

UNIVERSIDAD DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

Departamento de Psicología Evolutiva y de la Educación



***BURNOUT EN PROFESIONALES DE LA SALUD DEL
ECUADOR***

TESIS DOCTORAL

Autora: Marina del Rocío Ramírez Zhindón

Directores:

Prof. Dr. Fernando L. Vázquez González

Profa. Dra. Olga Díaz Fernández

Santiago de Compostela, 2015

UNIVERSIDAD DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

Departamento de Psicología Evolutiva y de la Educación



***BURNOUT EN PROFESIONALES DE LA SALUD DEL
ECUADOR***

TESIS DOCTORAL

Fdo. Marina del Rocío Ramírez Zhindón

Directores:

Prof. Dr. Fernando L. Vázquez González

Profa. Dra. Olga Díaz Fernandez

Santiago de Compostela, 2015

AUTORIZACIÓN DE LOS DIRECTORES Y DE LA TUTORA DE TESIS

Dña. Eva Taboada Ares, profesora del Departamento de Psicología Evolutiva y de la Educación, como Tutora, Dña. Olga Díaz Fernández y D. Fernando Lino Vázquez González, profesores del Departamento de Psicología Clínica y Psicobiología, como Directores de la Tesis de Doctorado titulada **BURNOUT EN PROFESIONALES DE LA SALUD DEL ECUADOR**, presentada por Dña. Marina del Rocío Ramírez Zhindón, alumna del Programa de Doctorado “Desarrollo Psicológico, Familia, Educación e Intervención”:

Autorizan la presentación de la tesis indicada, considerando que reúne los requisitos exigidos en el artículo 34 del reglamento de Estudios de Doctorado y que no incurre en las causas de abstención establecidas en la ley 30/1992.

Fdo. Dr. Fernando Lino Vázquez

Fdo. Dra Olga Díaz Fernández.

Fdo. Dra. Eva Taboada

RESUMEN

Uno de los grupos de mayor riesgo para desarrollar síndrome de burnout es el constituido por el personal sanitario. El objetivo del presente estudio fue determinar la prevalencia del burnout y de sus dimensiones, así como los factores asociados en profesionales de enfermería y de medicina de las instituciones de salud de las 24 provincias de Ecuador. Se seleccionó una muestra de 2404 profesionales de salud (68.4% mujeres, media de edad = 40.0 años). Se emplearon distintos instrumentos para recoger información sobre sus características sociodemográficas, laborales y clínicas (síndrome de burnout, malestar emocional, personalidad, apoyo social y afrontamiento). Se encontró una prevalencia de 36.4% para el síndrome de burnout. Respecto a las dimensiones del burnout, se halló una prevalencia de 17.6% para el elevado cansancio emocional, 13.6% para la elevada despersonalización y 18.2% para la baja realización personal en el trabajo). Presentaron mayor riesgo de burnout los profesionales con ingresos mensuales de \$1000 o más; el personal médico; aquellos con jornadas laborales de más de ocho horas diarias; los que atienden más de 17 pacientes al día; los que trabajaban por turnos; aquellos con síntomas somáticos y de ansiedad, neuroticismo y psicoticismo. Los resultados revelan la necesidad de desarrollar servicios preventivos y de tratamiento del burnout para este sector de la población.

Palabras clave: burnout, cansancio emocional, despersonalización, baja realización personal, prevalencia, profesionales de la salud.

SUMMARY

One of the groups most at risk for developing burnout syndrome is constituted by medical staff. The aim of this study was to determine the prevalence of burnout syndrome and its dimensions, as well as the related factors, in nurses and doctors of medical health institutions of the 24 provinces of Ecuador. A sample of 2404 health professionals (68.4% women, mean age = 40.0 years) was selected. A variety of instruments to collect information on socio-demographic, work and clinical characteristics (burnout syndrome, emotional distress, personality, social support and coping) were used. A prevalence of 36.4% for the burnout syndrome was found. Regarding the burnout dimensions, a prevalence of 17.6% for high emotional fatigue, 13.6% for high depersonalization, and 18.2% for low personal fulfillment at work were found. Professionals with monthly incomes of \$1000 or more; medical staff; with working hours more than eight a day, assisting more than 17 patients a day; those who work in shifts; those with somatic and anxiety symptoms, neuroticism and psychoticism were at the highest risk to suffer from burnout syndrome. The results reveal the need to develop preventive and treatment programs of burnout syndrome for this sector of the population.

Key words: burnout, emotional fatigue, lack of identity, low personal fulfillment, prevalence, medical staff.

DEDICATORIA

A mis padres Wilson y Marina,
pilares fundamentales en esta
meta y reto profesional



AGRADECIMIENTOS

A la Universidad Técnica Particular de Loja, por la visión humanística y proyección profesional, por su apoyo en la formación doctoral, y por haber permitido ser parte del sueño universitario.

A los directores de tesis Olga Díaz y Fernando Vázquez por su acompañamiento e ilusión puesta en este trabajo, empatía y generosidad de tiempo y conocimiento, elementos fundamentales que han permitido centrar mis esfuerzos en la fase final de esta tesis.

De manera especial a Mercy Ontaneda, compañera, con quien he caminado en los buenos y malos momentos para conseguir este sueño personal y profesional.

A mis compañeros de trabajo por su colaboración, un sincero agradecimiento: Sandra Guevara, Julio Alvarado, Byron Bustamante, Claudia Torres, Marco Jiménez, Angelina Gajardo y Miriam Guajala.

Finalmente agradezco a mi familia, espero que esta tesis refleje el esfuerzo y dedicación puestos en ella.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

PARTE TEÓRICA

I. INTRODUCCIÓN

1.	PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN.....	1
2.	CONCEPTUALIZACIÓN DEL SÍNDROME DE <i>BURNOUT</i> ...	3
3.	DESARROLLO, MANIFESTACIONES, DIFERENCIAS CON OTRAS CONDICIONES Y CONSECUENCIAS DEL <i>BURNOUT</i>	7
3.1	Desarrollo del <i>burnout</i>	8
3.2	Manifestaciones del síndrome de <i>burnout</i>	11
3.3	Diferencias con otras condiciones.....	16
3.4	Consecuencias del <i>burnout</i>	19
4.	PREVALENCIA DEL SÍNDROME DE <i>BURNOUT</i> EN PROFESIONALES DE LA SALUD.....	22
5.	FACTORES ASOCIADOS AL SÍNDROME DE <i>BURNOUT</i>	31
5.1	Variables sociodemográficas.....	32
5.2	Variables laborales.....	34
5.3	Variables clínicas.....	38
6.	OBJETIVOS DEL ESTUDIO.....	40

PARTE EMPÍRICA

II. MÉTODO

1.	ÁMBITO DE ESTUDIO.....	44
2.	DISEÑO.....	47
3.	PARTICIPANTES.....	49
4.	VARIABLES DEL ESTUDIO.....	50
4.1	Variables predictoras.....	50
4.2	Variables de resultado.....	52
5.	INSTRUMENTOS.....	54
5.1	Cuestionario de las características de los participantes.....	54
5.2	Inventario de <i>Burnout</i> de Maslach (<i>Maslach Burnout Inventory [MBI]</i>).....	56
5.3	Cuestionario de Salud General (<i>General Health Questionnaire [GHQ-28]</i>).....	57
5.4	Inventario COPE-28.....	58
5.5	Cuestionario de Apoyo Social MOS.....	59
5.6	Cuestionario de Personalidad (<i>Eysenck Personality Questionnaire Revised-Abbreviated [EPQR-A]</i>).....	60
6.	PROCEDIMIENTO.....	60
7.	ESTRATEGIA DE ANÁLISIS DE DATOS.....	65
7.1	Estudio descriptivo.....	65
7.2	Estudio analítico.....	66

III. RESULTADOS	
1. CARACTERÍSTICAS DE LA MUESTRA.....	68
1.1 Características sociodemográficas.....	68
1.2 Características de la situación laboral.....	71
1.3 Características clínicas de los participantes.....	78
2. ANÁLISIS DEL SÍNDROME DEL <i>BURNOUT</i>	82
2.1 Relación entre las variables del estudio y el <i>burnout</i> : análisis bivariados.....	83
2.2 Relación entre las variables del estudio y el <i>burnout</i> : análisis multivariante.....	111
3. ANÁLISIS DE LA DIMENSIÓN CANSANCIO EMOCIONAL DEL SÍNDROME DE <i>BURNOUT</i>	116
3.1 Relación entre las variables del estudio y cansancio emocional: análisis bivariados.....	117
3.2 Relación entre las variables del estudio y el cansancio emocional: análisis multivariante.....	147
4. ANÁLISIS DE LA DIMENSIÓN DESPERSONALIZACIÓN DEL SÍNDROME DE <i>BURNOUT</i>	151
4.1 Relación entre las variables del estudio y despersonalización: análisis bivariados.....	152
4.2 Relación entre las variables del estudio y la despersonalización: análisis multivariante.....	184
5. ANÁLISIS DE LA DIMENSIÓN REALIZACIÓN PERSONAL DEL SÍNDROME DE <i>BURNOUT</i>	189
5.1 Relación entre las variables del estudio y realización personal: análisis bivariados.....	190
5.2 Relación entre las variables del estudio y realización personal: análisis multivariante.....	221
IV. DISCUSIÓN	
Discusión.....	226
V. CONCLUSIONES	
Conclusiones.....	241
1. PERFIL DE LA MUESTRA.....	242
2. PREVALENCIA DEL SÍNDROME DE BURNOUT Y LAS DIMENSIONES DEL BURNOUT.....	242
3. VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS, LABORALES Y CLÍNICAS ASOCIADAS A LA PRESENCIA DE BURNOUT, CANSANCIO EMOCIONAL, DESPERSONALIZACIÓN Y FALTA DE REALIZACIÓN PERSONAL.....	243
4. IMPLICACIONES PRÁCTICAS Y DIRECTRICES FUTURAS..	244
VI. REFERENCIAS	
Referencias.....	246
VII. ANEXOS	
Anexo.....	289

ÍNDICE DE TABLAS

I. INTRODUCCIÓN

Tabla 1	Aspectos coincidentes de las definiciones del <i>burnout</i>	7
Tabla 2	Aspectos básicos del proceso del <i>burnout</i>	11
Tabla 3	Criterios diagnósticos CIE-10 para la Neurastenia	14
Tabla 4	Criterios diagnósticos DSM-V para los Trastornos de adaptación.....	15
Tabla 5	Diferencias del <i>burnout</i> con otras condiciones.....	16
Tabla 6	Estrés vs. <i>burnout</i>	17
Tabla 7	El <i>burnout</i> en personal de enfermería/la calidad de la atención.....	25
Tabla 8	<i>Burnout</i> en sanitarios de Argentina, Brasil, Costa Rica y Perú	29
Tabla 9	Factores asociados con el <i>burnout</i>	31

II. MÉTODO

Tabla 1	Niveles de complejidad del sistema de salud.....	47
Tabla 2	Puntos de corte en las tres dimensiones del síndrome de <i>burnout</i>	53
Tabla 3	Instrumentos de evaluación utilizados	55

III. RESULTADOS

Tabla 1	Características sociodemográficas de los participantes.....	70
Tabla 2	Características laborales de los participantes.....	75
Tabla 3	Malestar emocional.....	78
Tabla 4	Personalidad, apoyo social y afrontamiento.....	81
Tabla 5	Sexo y nivel de <i>burnout</i>	84
Tabla 6	Edad y nivel de <i>burnout</i>	85
Tabla 7	Hijos y nivel de <i>burnout</i>	86
Tabla 8	Etnia y nivel de <i>burnout</i>	87
Tabla 9	Estado civil y nivel de <i>burnout</i>	88
Tabla 10	Ingresos mensuales y nivel de <i>burnout</i>	89
Tabla 11	Profesión y nivel de <i>burnout</i>	90

Tabla 12	Experiencia profesional y nivel de <i>burnout</i>	92
Tabla 13	Dedicación y nivel de <i>burnout</i>	93
Tabla 14	Sector en el que trabajaban y nivel de <i>burnout</i>	94
Tabla 15	Tipo de contrato y nivel de <i>burnout</i>	95
Tabla 16	Jornada laboral diaria y nivel de <i>burnout</i>	96
Tabla 17	Turnos y nivel de <i>burnout</i>	97
Tabla 18	Atención directa al paciente y nivel de <i>burnout</i>	98
Tabla 19	Número de paciente atendidos al día y nivel de <i>burnout</i>	99
Tabla 20	Recursos en las instituciones y nivel de <i>burnout</i>	100
Tabla 21	Síntomas somáticos y nivel de <i>burnout</i>	102
Tabla 22	Ansiedad y nivel de <i>burnout</i>	103
Tabla 23	Disfunción social y nivel de <i>burnout</i>	104
Tabla 24	Depresión y nivel de <i>burnout</i>	105
Tabla 25	Personalidad y <i>burnout</i>	106
Tabla 26	Apoyo social y <i>burnout</i>	108
Tabla 27	Afrontamiento y <i>burnout</i>	109
Tabla 28	Resultados del análisis multivariante en relación al <i>burnout</i>	113
Tabla 29	Sexo y nivel de cansancio emocional.....	118
Tabla 30	Edad y nivel de cansancio emocional.....	119
Tabla 31	Hijos y nivel de cansancio emocional.....	121
Tabla 32	Etnia y nivel de cansancio emocional.....	122
Tabla 33	Estado civil y nivel de cansancio emocional.....	123
Tabla 34	Ingresos y nivel de cansancio emocional.....	124
Tabla 35	Profesión y nivel de cansancio emocional.....	125
Tabla 36	Experiencia profesional y nivel de cansancio emocional.....	127
Tabla 37	Dedicación y nivel de cansancio emocional.....	128
Tabla 38	Sector en el que trabajaban los participantes y nivel de cansancio emocional.....	129
Tabla 39	Tipo de contrato y nivel de cansancio emocional.....	130
Tabla 40	Jornada laboral diaria y nivel de cansancio emocional.....	132
Tabla 41	Turnos y nivel de cansancio emocional.....	133
Tabla 42	Atención directa y nivel de cansancio emocional.....	134
Tabla 43	Pacientes atendidos al día y nivel de cansancio emocional.....	135

Tabla 44	Recursos en las instituciones y nivel de cansancio emocional.....	137
Tabla 45	Síntomas somáticos y nivel de cansancio emocional.....	138
Tabla 46	Ansiedad y nivel de cansancio emocional.....	139
Tabla 47	Disfunción social y nivel de cansancio emocional.....	141
Tabla 48	Depresión y nivel de cansancio emocional.....	142
Tabla 49	Personalidad y cansancio emocional.....	142
Tabla 50	Apoyo social y cansancio emocional.....	145
Tabla 51	Afrontamiento y cansancio emocional.....	146
Tabla 52	Resultados del análisis multivariante en relación al cansancio emocional.....	149
Tabla 53	Sexo y nivel de despersonalización.....	153
Tabla 54	Edad y nivel de despersonalización.....	154
Tabla 55	Hijos y nivel de despersonalización.....	156
Tabla 56	Etnia y nivel de despersonalización.....	157
Tabla 57	Estado civil y nivel de despersonalización.....	158
Tabla 58	Ingresos y nivel de despersonalización.....	159
Tabla 59	Profesión y nivel de despersonalización.....	161
Tabla 60	Experiencia profesional y nivel de despersonalización.....	162
Tabla 61	Dedicación y nivel de despersonalización.....	163
Tabla 62	Sector en el que trabajaban y nivel de despersonalización.....	164
Tabla 63	Tipo de contrato y nivel de despersonalización.....	166
Tabla 64	Jornada laboral diaria y nivel de despersonalización.....	167
Tabla 65	Turnos y nivel de despersonalización.....	168
Tabla 66	Atención directa al paciente y nivel de despersonalización.....	170
Tabla 67	Pacientes atendidos al día y nivel de despersonalización.....	171
Tabla 68	Recurso en las instituciones y nivel de despersonalización.....	173
Tabla 69	Síntomas somáticos y nivel de despersonalización.....	174
Tabla 70	Ansiedad y nivel de despersonalización.....	175
Tabla 71	Disfunción social y nivel de despersonalización.....	177
Tabla 72	Depresión y nivel de despersonalización.....	178
Tabla 73	Personalidad y nivel de despersonalización.....	179
Tabla 74	Apoyo social y despersonalización.....	181
Tabla 75	Afrontamiento y despersonalización.....	182

Tabla 76	Resultados del análisis multivariante en relación a la despersonalización.....	186
Tabla 77	Sexo y nivel de realización personal.....	191
Tabla 78	Edad y nivel de realización personal.....	192
Tabla 79	Hijos y nivel de realización personal.....	193
Tabla 80	Etnia y nivel de realización personal.....	195
Tabla 81	Estado civil y nivel de realización personal.....	196
Tabla 82	Ingresos mensuales y nivel de realización personal.....	197
Tabla 83	Profesión y nivel de realización personal.....	198
Tabla 84	Experiencia Profesional y nivel de realización personal.....	199
Tabla 85	Dedicación y nivel de realización personal.....	201
Tabla 86	Sector en el que trabajaban y nivel de realización personal.....	202
Tabla 87	Tipo de contrato y nivel de realización personal.....	203
Tabla 88	Jornada laboral diaria y nivel de realización personal.....	205
Tabla 89	Turnos y nivel de realización personal.....	206
Tabla 90	Atención directa y nivel de realización personal.....	207
Tabla 91	Pacientes atendidos al día y nivel de realización personal.....	209
Tabla 92	Recursos en las Instituciones y nivel de realización personal.....	210
Tabla 93	Síntomas somáticos y nivel de realización personal.....	211
Tabla 94	Ansiedad y nivel de realización personal.....	213
Tabla 95	Disfunción social y nivel de realización personal.....	214
Tabla 96	Depresión y nivel de realización personal.....	215
Tabla 97	Personalidad y realización personal.....	216
Tabla 98	Apoyo social y realización personal.....	218
Tabla 99	Afrontamiento y realización personal.....	220
Tabla 100	Resultados del análisis multivariante en relación a la baja/media realización personal.....	224

ÍNDICE DE FIGURAS

I. INTRODUCCIÓN

Figura 1	Prevalencia del <i>burnout</i> en sanitarios españoles e hispanoamericanos.....	28
----------	---	----

II. MÉTODO

Figura 1	República de Ecuador.....	45
Figura 2	Sistema nacional de salud de Ecuador.....	46
Figura 3	Diagrama de flujo de los participantes del estudio.....	48
Figura 4	Provincias de Ecuador en las que se llevó a cabo el estudio.....	63

III. RESULTADOS

Figura 1	Porcentaje de profesionales de salud en función de la edad.....	69
Figura 2	Porcentaje de profesionales de la salud según el número de hijos.....	69
Figura 3	Porcentaje de profesionales de salud según los años de experiencia profesional.....	72
Figura 4	Porcentaje de profesionales en función de las Instituciones en las que trabaja.....	73
Figura 5	Porcentaje de profesionales de la salud según la jornada diaria laboral.....	74
Figura 6	Porcentaje de profesionales según los pacientes atendidos.....	75
Figura 7	Síntomas Somáticos.....	79
Figura 8	Ansiedad.....	79
Figura 9	Disfunción social.....	80
Figura 10	Depresión.....	80
Figura 11	Distribución de los participantes según los niveles de <i>burnout</i>	82
Figura 12	Puntuaciones medias en <i>burnout</i> en función del sexo.....	83
Figura 13	Puntuaciones medias en <i>burnout</i> en función de la edad.....	84
Figura 14	Puntuaciones medias en <i>burnout</i> en función de tener hijos o no....	85
Figura 15	Puntuaciones medias en <i>burnout</i> en función de la etnia.....	86

Figura 16	Puntuaciones medias en <i>burnout</i> en función del estado civil.....	87
Figura 17	Puntuaciones medias en <i>burnout</i> en función de los ingresos mensuales.....	89
Figura 18	Puntuaciones medias en <i>burnout</i> en función de la profesión.....	90
Figura 19	Puntuaciones medias en <i>burnout</i> en función de la experiencia profesional.....	91
Figura 20	Puntuaciones medias en <i>burnout</i> en función de la dedicación.....	92
Figura 21	Puntuaciones medias en <i>burnout</i> en función del sector en que trabajan.....	93
Figura 22	Puntuaciones medias en <i>burnout</i> en función del tipo de contrato...	94
Figura 23	Puntuaciones medias en <i>burnout</i> en función de la jornada laboral diaria.....	95
Figura 24	Puntuaciones medias en <i>burnout</i> en función de los turnos.....	96
Figura 25	Puntuaciones medias en <i>burnout</i> en función de la atención directa al paciente	97
Figura 26	Puntuaciones medias en <i>burnout</i> en función de pacientes atendidos al día.....	99
Figura 27	Puntuaciones medias en <i>burnout</i> en función de los recursos en las Instituciones	100
Figura 28	Puntuaciones medias en <i>burnout</i> en función de los síntomas somáticos.....	101
Figura 29	Puntuaciones medias en <i>burnout</i> en función de la ansiedad.....	102
Figura 30	Puntuaciones medias en <i>burnout</i> en función de la disfunción social...	104
Figura 31	Puntuaciones medias en <i>burnout</i> en función de la depresión.....	105
Figura 32	Neuroticismo y nivel de <i>burnout</i>	106
Figura 33	Extraversión y nivel de <i>burnout</i>	107
Figura 34	Psicoticismo y nivel de <i>burnout</i>	108
Figura 35	Apoyo social y nivel de <i>burnout</i>	109
Figura 36	Afrontamiento activo y nivel de <i>burnout</i>	110
Figura 37	Afrontamiento pasivo y nivel de <i>burnout</i>	111
Figura 38	Distribución de los participantes según los niveles de cansancio emocional.....	117
Figura 39	Puntuaciones medias en cansancio emocional en función del sexo....	118

Figura 40	Puntuaciones medias en cansancio emocional en función del edad....	119
Figura 41	Puntuaciones medias en cansancio emocional en función de tener hijos o no.....	120
Figura 42	Puntuaciones medias en cansancio emocional en función del etnia....	121
Figura 43	Puntuaciones medias en cansancio emocional en función del estado civil.....	122
Figura 44	Puntuaciones medias en cansancio emocional en función del ingreso mensual.....	124
Figura 45	Puntuaciones medias en cansancio emocional en función de la profesión.....	125
Figura 46	Puntuaciones medias en cansancio emocional en función de la experiencia profesional.....	126
Figura 47	Puntuaciones medias en cansancio emocional en función de la dedicación.....	127
Figura 48	Puntuaciones medias en cansancio emocional en función del sector en que trabajaban.....	129
Figura 49	Puntuaciones medias en cansancio emocional en función del tipo de contrato.....	130
Figura 50	Puntuaciones medias en cansancio emocional en función de la jornada laboral diaria.....	131
Figura 51	Puntuaciones medias en cansancio emocional en función de los turnos.....	132
Figura 52	Puntuaciones medias en cansancio emocional en función del tiempo de atención directa al paciente.....	133
Figura 53	Puntuaciones medias en cansancio emocional en función de pacientes atendidos al día.....	135
Figura 54	Puntuaciones medias en cansancio emocional en función de los recursos en las Instituciones	136
Figura 55	Puntuaciones medias en cansancio emocional en función de síntomas somáticos	137
Figura 56	Puntuaciones medias en cansancio emocional en función de la ansiedad.....	139
Figura 57	Puntuaciones medias en cansancio emocional en función de la disfunción	140

	social.....	
Figura 58	Puntuaciones medias en cansancio emocional en función de la depresión.....	141
Figura 59	Neuroticismo y nivel de cansancio emocional.....	143
Figura 60	Extraversión y nivel de cansancio emocional.....	143
Figura 61	Psicoticismo y nivel de cansancio emocional.....	144
Figura 62	Apoyo social y cansancio emocional.....	145
Figura 63	Afrontamiento activo y cansancio emocional.....	146
Figura 64	Afrontamiento pasivo y cansancio emocional.....	147
Figura 65	Distribución de los participantes según los niveles de despersonalización.....	152
Figura 66	Puntuaciones medias en despersonalización en función del sexo.....	153
Figura 67	Puntuaciones medias en despersonalización en función del edad.....	154
Figura 68	Puntuaciones medias en despersonalización en función de tener hijos o no.....	155
Figura 69	Puntuaciones medias en despersonalización en función de la etnia....	156
Figura 70	Puntuaciones medias en despersonalización en función del estado civil.....	157
Figura 71	Puntuaciones medias en despersonalización en función del ingreso mensual.....	159
Figura 72	Puntuaciones medias en despersonalización en función de la profesión.....	160
Figura 73	Puntuaciones medias en despersonalización en función de la experiencia profesional.....	161
Figura 74	Puntuaciones medias en despersonalización en función de la dedicación.....	162
Figura 75	Puntuaciones medias en despersonalización en función del sector en que trabajan.....	164
Figura 76	Puntuaciones medias en despersonalización en función del tipo de contrato.....	165
Figura 77	Puntuaciones medias en despersonalización en función de la jornada laboral diaria.....	166
Figura 78	Puntuaciones medias en despersonalización en función de los	168

	turnos.....	
Figura 79	Puntuaciones medias en despersonalización en función de la atención directa al paciente.....	169
Figura 80	Puntuaciones medias en despersonalización en función del número de pacientes atendidos por día	171
Figura 81	Puntuaciones medias en despersonalización en función de los recursos en las Instituciones y <i>burnout</i>	172
Figura 82	Puntuaciones medias en despersonalización en función de los síntomas somáticos	173
Figura 83	Puntuaciones medias en despersonalización en función de la ansiedad.....	175
Figura 84	Puntuaciones medias en despersonalización en función de la disfunción social.....	176
Figura 85	Puntuaciones medias en despersonalización en función de la depresión.....	177
Figura 86	Neuroticismo y nivel de despersonalización.....	179
Figura 87	Extraversión y nivel de despersonalización.....	180
Figura 88	Psicoticismo y nivel de despersonalización.....	181
Figura 89	Apoyo social y nivel de despersonalización.....	182
Figura 90	Afrontamiento activo y nivel de despersonalización.....	183
Figura 91	Afrontamiento pasivo y nivel de despersonalización.....	184
Figura 92	Distribución de los participantes según los niveles de realización personal.....	189
Figura 93	Puntuaciones medias en realización personal en función del sexo....	190
Figura 94	Puntuaciones medias en realización personal en función de la edad...	191
Figura 95	Puntuaciones medias en realización personal en función de tener hijos o no.....	193
Figura 96	Puntuaciones medias en realización personal en función de la etnia...	194
Figura 97	Puntuaciones medias en realización personal en función del estado civil.....	195
Figura 98	Puntuaciones medias en realización personal en función de los ingresos mensuales.....	196
Figura 99	Puntuaciones medias en realización personal en función de la	197

	profesión.....	
Figura 100	Puntuaciones medias en realización personal en función de la experiencia profesional.....	199
Figura 101	Puntuaciones medias en realización personal en función de la dedicación.....	200
Figura 102	Puntuaciones medias en realización personal en función del sector en el que trabajaban.....	201
Figura 103	Puntuaciones medias en realización personal en función del tipo de contrato.....	203
Figura 104	Puntuaciones medias en realización personal en función de la jornada laboral diaria.....	204
Figura 105	Puntuaciones medias en realización personal en función de los turnos.....	205
Figura 106	Puntuaciones medias en realización personal en función de la atención directa al paciente.....	207
Figura 107	Puntuaciones medias en realización personal en función del número de pacientes atendidos al día.....	208
Figura 108	Puntuaciones medias en realización personal en función de los recursos en las Instituciones.....	209
Figura 109	Puntuaciones medias en realización personal en función de síntomas somáticos.....	211
Figura 110	Puntuaciones medias en realización personal en función de la ansiedad.....	212
Figura 111	Puntuaciones medias en realización personal en función de la disfunción social.....	213
Figura 112	Puntuaciones medias en realización personal en función de la depresión.....	215
Figura 113	Neuroticismo y nivel de realización personal.....	216
Figura 114	Extraversión y nivel de realización personal.....	217
Figura 115	Psicoticismo y nivel de realización personal.....	218
Figura 116	Apoyo social y nivel de realización personal.....	219
Figura 117	Afrontamiento activo y nivel de realización personal.....	220
Figura 118	Afrontamiento pasivo y nivel de realización personal.....	221

PARTE TEÓRICA



I. INTRODUCCIÓN



PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN

El *burnout* es un fenómeno cada vez más extendido entre los profesionales de todo el mundo, acarreando elevadísimos costes para los empleados, las organizaciones y sus usuarios (Morse, Salyers, Rollins, Monroe-De Vita, y Pfahler, 2012). Actualmente el concepto de *burnout* se utiliza para hacer referencia a un tipo de estrés laboral crónico, generado específicamente en profesionales que mantienen una relación y contacto directo con personas, especialmente en relaciones de ayuda. Por ello, uno de los colectivos más afectado es el formado por el personal sanitario (médicos/as, enfermeros/as, psicólogos/as, psiquiatras, etc.). Este grupo es especialmente vulnerable por la complejidad de las situaciones que deben afrontar en su desempeño diario (alta implicación emocional, exceso de estimulación aversiva, contacto con enfermos, frustración de no poder curar, conflicto y ambigüedad de rol (Ruiz y Ríos, 2004). Además, las consecuencias del *burnout* en esta población son particularmente relevantes, ya que inciden en el deterioro de la calidad del servicio y el tratamiento que se proporciona a los pacientes (Marine, Ruotsalainen, Serra y Verbeek, 2006).

A pesar de la gravedad de este síndrome y sus repercusiones, el fenómeno del *burnout* no ha sido estudiado en los profesionales de la salud de Ecuador. De esta necesidad surge la importancia de la presente investigación, que tiene por objetivo determinar la prevalencia del *burnout* y las variables asociadas a dicho síndrome *en profesionales de la enfermería y de la medicina que trabajan en las instituciones de salud del Ecuador*.

Este trabajo está estructurado en seis apartados: introducción, método, resultados, discusión, conclusiones y referencias. En la sección de *Introducción* se delimita, en primer lugar, la conceptualización del síndrome de *burnout*, su desarrollo, manifestaciones, diferencia con otras condiciones y consecuencias, su prevalencia y los factores asociados al síndrome de *burnout*. Además, en este apartado se establecen los objetivos generales y específicos de la investigación

En la sección *Método* se abordan cuestiones relativas al ámbito del estudio, diseño, participantes, variables del estudio, instrumentos utilizados para recoger la información sociodemográfica, laboral y clínica de los participantes, el procedimiento y la estrategia de análisis de datos.

En el apartado de *Resultados* se realiza una descripción detallada de las características sociodemográficas, laborales y clínicas de los participantes. Además, se detallan las prevalencias del *burnout*, cansancio emocional, despersonalización, y realización personal y, se explican las diferentes variables asociadas a los mismos.

En la sección de *Discusión* se interpretan los resultados hallados comparándolos con los resultados de otros trabajos relacionados con la temática investigada, se abordan las limitaciones del estudio, sus implicaciones y se proponen futuras vías de investigación.

En el quinto apartado, *Conclusiones*, se exponen las principales conclusiones de la presente investigación. Por último, en la sección *Referencias* se incluyen todas las publicaciones que han servido de apoyo para el desarrollo del presente estudio.

CONCEPTUALIZACIÓN DEL SÍNDROME DE *BURNOUT*

El *burnout* ha sido un tema tratado durante más de cuatro décadas por diversos teóricos que han trabajado en el área del estrés laboral. El surgimiento del término es anglosajón, sin embargo, no existe acuerdo para una definición única y sus traducciones al español han sido diversas: *estar quemado*, *quemarse en el trabajo*, *síndrome de la quemazón*, *estrés laboral asistencial*, *desgaste asistencial*, *sentirse agotado*, *sentirse fatigado*, *desgaste profesional*.

Uno de los primeros en utilizar este término fue Herbert Freudenberger (1974), psiquiatra norteamericano, quien empleó el concepto de *burnout* para referirse al estado físico y mental de los voluntarios que trabajaban en la *Free Clinic* para toxicómanos en Nueva York. Describió cómo estas personas se volvían menos sensibles, poco comprensivas y hasta agresivas con los pacientes, con un trato distanciado y cínico, con tendencia a culpar al paciente de los propios problemas que padecía, lo que redundaba en un deterioro de los cuidados y de la atención profesional a los usuarios de los servicios.

Sin embargo, fue la psicóloga social Christina Maslach quien popularizó el término en el Congreso Anual de la Asociación Americana de Psicólogos en 1976. La propuesta desarrollada por Maslach y Jackson (1981) se basó en las investigaciones sobre las respuestas emocionales de las personas que realizaban trabajos de ayuda (médicos, enfermeras, profesores, trabajadores sociales, etc.) y habían perdido el sentido de responsabilidad y compromiso; estableciendo un síndrome tridimensional caracterizado por: agotamiento emocional, despersonalización y la falta de realización personal.

Desde entonces, los estudios sobre *burnout* no han dejado de proliferar. Sin embargo, como analizaremos a continuación, aún contando con los avances desarrollados en campos específicos, todavía existen diversas interpretaciones sobre el *burnout*. Gil Monte (2007) realiza una propuesta con el objetivo de delimitar la terminología del *burnout* e integrar los conocimientos sobre el tema. En concreto, propone utilizar el término *Síndrome de quemarse por el trabajo*, que define como una respuesta al estrés laboral crónico; además, señala que se trata de una experiencia subjetiva de carácter negativo compuesta por cogniciones, emociones y actitudes negativas hacia trabajo, hacia las personas con las que se relaciona el individuo en su trabajo, en especial los clientes, y hacia el propio rol profesional.

Según Mingote (1998), se trata de un síndrome clínico-laboral que se produce por una inadecuada adaptación al trabajo y se manifiesta por un menor rendimiento laboral y vivencias de baja realización personal, de insuficiencia e ineficacia laboral, desmotivación y retirada organizacional. Hay un predominio de síntomas disfóricos, sobre todo agotamiento emocional, y síntomas físicos como cansancio hasta el agotamiento, malestar general, junto con intentos de reducir la ansiedad residual a través de procedimientos paliativos como conductas adictivas, que a su vez, median en deterioro de la calidad de vida.

Desde una perspectiva más clínica, de acuerdo con la definición propuesta inicialmente por Freudenberger (1974), el *burnout* se manifiesta en aspectos físicos como cansancio, fatiga crónica, dolores de cabeza, espalda, cuello, alteraciones gastrointestinales, insomnio, hipertensión y dificultad respiratoria; además, aparecen

alteraciones de la conducta, sentimientos de frustración, inflexibilidad, rigidez e irritación ante la mínima presión en el trabajo.

Por su parte, Pines, Aronson y Kafry (1981) establecen que el *burnout* es un estado de agotamiento mental, físico y emocional producido por el resultado de estar expuesto por un tiempo prolongado a situaciones emocionalmente demandantes. El factor responsable del *burnout* es la presencia o ausencia de condiciones laborales favorables.

La conceptualización multidimensional más utilizada, investigada y aceptada por la comunidad científica, es la establecida por Maslach (1978, 1982) y Maslach y Jackson (1981, 1985, 1986), que definen el *burnout* como una respuesta inadecuada al estrés laboral crónico caracterizada por el cansancio emocional, despersonalización y baja realización personal, que se manifiesta en aquellas profesiones de servicios que implican una atención intensa y prolongada. Describieron tres dimensiones del *burnout*: (a) *cansancio emocional*, que representa la dimensión básica del *burnout* y se conceptualiza como desgaste, pérdida de energía, agotamiento físico y psíquico, sensación de no poder más; puede manifestarse física o psicológicamente; (b) *despersonalización*, es la dimensión de contexto interpersonal del síndrome, definida por actitudes negativas, trato cínico, distante e irritable hacia los sujetos con los que se trabaja, el sujeto culpa a los demás de sus frustraciones y descenso de su compromiso laboral; y, por último, (c) *falta de realización personal*, que representa la dimensión de autoevaluación del *burnout*, con sentimientos de baja autoestima, ineffectividad, baja moral, incapacidad para soportar el estrés, y evitación de relaciones interpersonales y profesionales, al comprobar que las demandas exceden a la capacidad para atenderlas.

Farber (1983) define el *burnout* como un síndrome relacionado con el trabajo, que surge por la percepción del sujeto de una discrepancia entre los esfuerzos y los resultados. Se caracteriza por agotamiento emocional, falta de energía, distanciamiento y cinismo hacia los usuarios, sentimiento de incompetencia, deterioro del autoconcepto profesional, actitudes de rechazo hacia el trabajo y diversos síntomas psicológicos como irritabilidad, tristeza y baja autoestima.

Para Price y Murphy (1984), el *burnout* es un proceso de adaptación a las situaciones de estrés laboral caracterizado por sentimientos de desorientación, desgaste y labilidad emocional, sentimientos de culpa debido al fracaso profesional, soledad y tristeza.

Ferrer (2002) define al *burnout* con las siguientes características: (a) estrés crónico progresivo que se desarrolla a lo largo de uno a tres años; (b) no acostumbra a generarse por sobrecarga cuantitativa de trabajo, sino por aspectos cualitativos; (c) las personas afectadas habían estado previamente motivadas por su tarea; (d) los primeros síntomas son la disminución de la eficacia y eficiencia, con sensación de cansancio físico y emocional injustificado, seguido del empobrecimiento de las relaciones personales, desconexión de las tareas y absentismo físico, con retrasos para incorporarse al lugar de trabajo y aumento de errores y quejas; (e) se pierden las razones y las motivaciones que justificaban la dedicación y el esfuerzo; (f) no se recupera el estado habitual con el descanso, como sería el caso de la fatiga derivada de ciertos esfuerzos claramente identificados, u otras formas de estrés; (g) su diagnóstico es válido y fiable, si lo llevan a cabo profesionales de la salud laboral o clínica, mediante cuestionarios y entrevistas.

Schaufeli, Leiter y Maslach (2009), después de analizar las definiciones existentes sobre el *burnout*, encuentran que éstas varían según el contexto, alcance, precisión e incluso las intenciones de quien las usa, pero, concluyen que coinciden en cinco aspectos, que se muestran en la Tabla 1.

Tabla 1. Aspectos coincidentes de las definiciones del *burnout*

- Predominan los síntomas disfóricos, principalmente el agotamiento emocional.
- El acento está en los síntomas mentales y conductuales más que en los físicos (es psíquico).
- Es un fenómeno relacionado con el trabajo (es laboral u ocupacional).
- Sus síntomas son observados en individuos normales y no patológicos (es una alteración psicosocial, pero no necesariamente es una enfermedad).
- Existe un decremento en la efectividad y el desempeño laboral debido a las actitudes negativas y conductas que implica (afecta a la productividad).

Nota. Adaptado de Schaufeli et al. (2009).

DESARROLLO, MANIFESTACIONES, DIFERENCIAS CON OTRAS CONDICIONES Y CONSECUENCIAS DEL *BURNOUT*

Existen varias perspectivas para analizar el desarrollo del síndrome según la relación secuencial en que se establecen en las dimensiones que lo conforman. En este apartado presentamos algunas descripciones realizadas por diferentes autores que intentan explicar el desarrollo y las fases por las que pasa la persona hasta llegar al *burnout*.

1.1. Desarrollo del *burnout*

Para algunos autores (De la Gándara, 1998; Einsiedel y Tully, 1980; Golembiewski y Muzenrinder, 1989), la aparición del *burnout* surge como un proceso continuo en el que el individuo pasa por tres fases de forma paulatina y progresiva. Una primera fase en la que las demandas laborales exceden los recursos materiales y humanos dándose una situación de estrés. Una segunda fase, de exceso o sobreesfuerzo, en la que el sujeto da una respuesta emocional a ese desajuste, apareciendo signos de ansiedad, fatiga, etc. La situación exige del sujeto una adaptación psicológica. En la tercera fase, la del enfrentamiento depresivo, se produce un cambio de actitudes y de conductas con el fin de defenderse de las tensiones experimentadas. Según esta sucesión de etapas, el *burnout* propiamente dicho aparece en la fase final como una respuesta a una situación laboral insoportable.

Klarreist (1990) considera el desarrollo del *burnout* como un proceso de progresivo deterioro emocional determinado por cuatro fases, cuyo orden no es necesariamente secuencial. En la primera fase, el sujeto se encuentra preparado psicológica y físicamente para “comerse el mundo”, triunfar, tiene grandes ilusiones y expectativas. La segunda fase, denominada desilusión, se caracteriza por la insatisfacción de las exageradas demandas y expectativas. Aunque el sujeto está impaciente por conseguir el éxito, aparece la irritación, desilusión e inseguridad, y habiendo perdido algo de confianza, sigue pensando en el trabajo. La tercera fase es la de la frustración, y está caracterizada por la irritabilidad y falta de moderación; el individuo pierde entusiasmo, culpa a los demás de su falta de éxito, se muestra más escéptico, duro y cínico, desatiende sus responsabilidades, y pierde lentamente confianza en su propia capacidad. En la cuarta fase, de desesperación, tiene la

sensación de que todo está perdido, sentimientos de fracaso, apatía, desgracia, soledad y aislamiento. Puede llegar a experimentar un cuadro indistinguible de la depresión clínica.

Edelwich y Brodsky (1980) describen la aparición del *burnout* como un proceso de cuatro fases que puede desarrollarse de forma cíclica en distintas épocas o trabajos: la primera fase está caracterizada por entusiasmo, elevadas aspiraciones, energía desbordante y carencia de la noción de peligro; en la segunda fase se da un estancamiento, el trabajo no tiene el resultado esperado y el sujeto constata la irrealidad de sus expectativas, entonces ocurre la pérdida del idealismo y del entusiasmo, en la tercera fase se produce la frustración, la percepción de desmotivación sobre el trabajo y uno mismo, y surgen problemas emocionales, físicos y conductuales; y la cuarta fase, se caracteriza por la apatía hacia la profesión y la actividad laboral, que constituye el mecanismo de defensa ante la frustración.

Como se señaló en el apartado anterior, entre las dimensiones más reconocidas en el campo de estudio se encuentran las establecidas por Maslach y Jackson (1981, 1985, 1986): cansancio emocional, despersonalización y baja realización personal. Maslach y Jackson (1982) mencionan que la primera dimensión desde el punto de vista temporal, es el agotamiento emocional, posteriormente, y de un modo secuencial, aparecería la despersonalización, y por último se desarrollaría la tercera dimensión, la ausencia de realización personal; pero en este caso el desarrollo sería simultáneo en vez de secuencial.

Por su parte Golembiewski y Munzenrider (1988) señalan que el proceso de desarrollo del *burnout* se inicia en diferentes fases asociadas a la aparición de factores de despersonalización, siendo el síntoma inicial, luego sentimientos de baja realización personal en el trabajo, y a largo plazo cansancio o agotamiento emocional.

El modelo propuesto por Gil-Monte, Peiró y Valcárcel (1995) establece que el síndrome se inicia con el desarrollo de sentimientos de baja realización personal en el trabajo y paralelamente altos sentimientos de agotamiento emocional. Las actitudes de despersonalización que siguen a estos sentimientos se consideran una estrategia de afrontamiento desarrollada por los profesionales, que a pesar de no ser eficaz en el trabajo, evita implicaciones personales que pueden agravar la sensación de agotamiento.

Buendía y Ramos (2001) entienden el *burnout* como un proceso que supone la interacción de variables emocionales (cansancio emocional, despersonalización), cognitivas (falta de realización en el trabajo) y sociales (despersonalización). Estas variables aparecen de manera secuencial y articulada entre sí dentro de un proceso más amplio de estrés laboral.

Para Burisch (2006), los aspectos básicos del proceso del *burnout* se puede resumir en las cuatro etapas que se muestran en la Tabla 2. El agotamiento físico/emocional producido por estresores laborales, continuando con la despersonalización y actitud cínica hacia el trabajo. El proceso del *burnout* culmina con aversión a todo, desesperación y culpa; las etapas de *burnout* se pueden desarrollar también secuencialmente con sentimientos de culpa e insuficiencia y pueden ser un resultado de alta demandas y bajos recursos.

Tabla 2. Aspectos básicos del proceso del *burnout*

Etapas	Características
Etapa 1: Alta carga de trabajo, alto nivel de estrés en el trabajo, altas expectativas del empleo.	-Las demandas del empleo superan los recursos del empleado. -El trabajo no cumple con las expectativas de la persona.
Etapa 2: Agotamiento físico/emocional	-Agotamiento crónico; mayor inversión de energía con el fin de ejecutar todas las tareas del trabajo; trastornos del sueño, susceptibilidad a los dolores de cabeza y otros dolores físicos. -Agotamiento emocional; fatiga, incluso solo al recordar el trabajo
Etapa 3: Despersonalización/cinismo/ Indiferencia	-Apatía, depresión, aburrimiento. -Actitud negativa hacia el trabajo, los colegas y clientes/beneficiarios del servicio/pacientes. -Abandono del trabajo, menor esfuerzo.
Etapa 4: Desesperación/desamparo/aversión	-Aversión a uno mismo, a otras personas. -Sentimientos de culpa e insuficiencia

Nota. Adaptado de Burisch (2006).

1.2. Manifestaciones del *burnout*

Álvarez y Fernández (1991) proponen la agrupación de los síntomas del *burnout* en psicossomáticos, conductuales, emocionales y defensivos. Las manifestaciones psicossomáticas del *burnout* son a menudo tempranas y aparecen como alteraciones funcionales: agotamiento físico, fatiga crónica, resfriados frecuentes y prolongados, dolores de cabeza, problemas de sueño, úlceras de estomago, pérdidas o ganancias de peso, exacerbación de desórdenes médicos preexistentes (ej., diabetes, alta presión sanguínea,

asma), aumento de conducta de alto riesgo, dolor muscular (particularmente en espalda y cuello), o desórdenes menstruales.

Las manifestaciones conductuales más frecuentes son el absentismo laboral, abandono del puesto de trabajo, pérdida de la calidad del trabajo y posturas de cinismo, problemas de relaciones con los compañeros y con los superiores, aumento de la conducta violenta, consumo de fármacos, alcohol, café, tabaco o drogas ilegales, comportamientos de alto riesgo como conducción imprudente o aficiones suicidas, y conflictos matrimoniales y familiares.

En relación a los síntomas emocionales, que son los definitorios del *síndrome de burnout*, se manifiestan en el distanciamiento afectivo, la impaciencia e irritabilidad, hostilidad, agresividad, sentimientos de fracaso, y celos de llegar a convertirse en una persona poco estimada, que pueden degenerar en desconfianza y actitudes defensivas. La persona afectada tiene una menor tolerancia a la frustración, con tendencia a reaccionar de forma agresiva hacia los clientes y hacia los compañeros de trabajo. También pueden observarse síntomas de nerviosismo, inquietud psicomotora e incapacidad para concentrarse, olvidos, etc.

Finalmente, en cuanto a las manifestaciones defensivas, surgen de la necesidad de los sujetos con *burnout* de aceptar sus sentimientos, aislamiento y sobrevinculación con los demás. La negación de sus emociones es un mecanismo con el que el sujeto trata de defenderse contra una necesidad que le es desagradable, con cinismo, hipercriticismo, grandiosidad o aburrimiento. La supresión consciente de información, el desplazamiento

de sentimientos hacia otras situaciones o cosas, la atención selectiva y la intelectualización, son otras formas de evitar la experiencia negativa.

Álvarez y Fernández (1991) mencionan que en el ambiente laboral también se pueden constatar signos de *burnout*: un decremento en el rendimiento laboral, absentismo y abandono (Bakker, Le Blanc, Schaufeli 2005; Cohen-Mansfield y Rosenthal 1989; Gil-Monte, 2005; Sothill, Barry y Williams 1992; Toppinen- Tanner, Ojajärvi, Väänäänen, Kalimo y Jäppinen, 2005). A ello hay que añadir la intención de dejar el trabajo, insatisfacción laboral, rotación laboral, retrasos y pausas durante la jornada y falta de motivación general (Al-Ma'aitah, Cameron, Horsburgh y Armstrong-Stassen, 1999; Burisch, 2002; Piko, 2006; Toppinen-Tanner et al., 2005).

Como condición clínica, según Schaufeli, Bakker, Hoogduin, Schaap y Klander (2001), el *burnout* puede ser etiquetado como *neurastenia laboral* como se describe en la *Clasificación Internacional de las Enfermedades*, en su décima edición (CIE-10; Organización Mundial de la Salud [OMS], 1992). En la Tabla 3 se muestran los criterios diagnósticos de la CIE-10 para la *Neurastenia*.

Tabla 3. Criterios diagnósticos CIE-10 para la Neurastenia

<p>A. Fatiga persistente después del menor esfuerzo mental o físico.</p> <p>B. Por lo menos dos de los siguientes seis síntomas: (a) sensación de dolor y molestias musculares, (b) mareos, (c) cefaleas de tensión, (d) trastornos del sueño, (e) incapacidad para relajarse, (f) irritabilidad, o (g) dispepsia.</p> <p>C. Además, si estuvieran presentes síntomas vegetativos o depresivos, no serían lo suficientemente persistentes o graves como para satisfacer las pautas de uno de los trastornos específicos de esta clasificación.</p> <p>Incluye: Síndrome de fatiga (crónica).</p> <p>Excluye: Malestar general, fatiga y debilidad nerviosa (R53); Agotamiento (Z73.0); Síndrome de astenia postviral (G93.3); Psicastenia (F48.8); Astenia sin especificación (R53).</p>
--

Nota. Adaptado de Organización Mundial de la Salud [OMS] (1992).

Bajo este mismo enfoque, Schaufeli y Enzman (1998) realizaron la propuesta de considerar al *burnout* como un trastorno adaptativo como se describe en el *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (DSM) de la Asociación de la Psiquiatría Americana [APA]. De acuerdo con la quinta revisión (DSM-5; APA, 2013/2014), los trastornos de adaptación (ver Tabla 4) se caracterizan por el desarrollo de síntomas clínicamente significativos emocionales o conductuales derivados de la reacción ante un estresor psicosocial, laboral o de otro tipo. Los síntomas deben desarrollarse dentro de los 3 meses siguientes al inicio del estresor.

Tabla 4. Criterios diagnósticos DSM-5 para los Trastornos de adaptación

- A. Aparición de síntomas emocionales o comportamentales en respuesta a un factor o factores de estrés identificable(s) que se producen en los tres meses siguientes al inicio del factor (es) de estrés.
- B. Estos síntomas o comportamientos son clínicamente significativos, como se pone de manifiesto por una o las dos características siguientes: (a) malestar intenso desproporcionado a la gravedad o intensidad del factor de estrés, teniendo en cuenta el contexto externo y los factores culturales que podrían influir en la gravedad y la presentación de los síntomas; (b) deterioro significativo en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
- C. La alteración relacionada con el estrés no cumple los criterios para otro trastorno específico y no constituye una simple exacerbación de un trastorno mental preexistente.
- D. Los síntomas no responden a una reacción de duelo normal.
- E. Una vez cesado el factor de estrés (o sus consecuencias), los síntomas no persisten más de 6 meses.

Especificar si:

Agudo: si la alteración dura menos de 6 meses.

Persistente (crónico): se la alteración dura 6 meses o más.

Los trastornos adaptativos son codificados según el subtipo, que se selecciona de acuerdo con los síntomas predominantes.

309.0 (F43.21). Con estado de ánimo deprimido

309.24 (F43.22). Con ansiedad

309.28 (F43.23). Con ansiedad mixta y estado de ánimo deprimido

309.3 (F43.24). Con alteración de la conducta

309.4 (F43.25). Con alteración mixta de las emociones o la conducta

309.9 (F43.20). Sin especificar

Nota. Adaptado del DSM-5 (APA, 2013/2014).

El DSM-5 distingue seis subtipos de trastornos de adaptación. El subtipo *sin especificar* es el más similar a la definición de *burnout*. Se caracteriza por reacciones desadaptativas (ej., quejas psicósomáticas, aislamiento social, inhibición académica o laboral) que no son clasificables como uno de los subtipos específicos del trastorno de

adaptación. Utilizar la definición de trastorno de adaptación para el diagnóstico de *burnout*, sin embargo, puede ser problemático. El *burnout*, por lo general, no es una reacción inmediata a un estresor identificable. Es más probable que un resultado de factores de estrés crónicos (es decir, que se producen continuamente situaciones problemáticas) y progresa muy lentamente. Por lo general, no se resuelve después de 6 meses, por lo tanto, puede ser considerado un trastorno adaptativo sin especificar crónico.

1.3. Diferencias con otras condiciones

El *síndrome de burnout* entendido desde la perspectiva clínica como un estado, se solapa parcialmente con los síntomas de otros estados, siendo los más frecuentes los que aparecen en la Tabla 5.

Tabla 5. Diferencias del *burnout* con otras condiciones

-	Estrés
-	Depresión
-	Estrés postraumático
-	Alienación
-	Insatisfacción laboral
-	Ansiedad

En relación al estrés, éste puede intensificar el *burnout*, pero no es la causa. Asimismo, como se muestra en la Tabla 6, ambas condiciones presenta algunas manifestaciones diferentes.

Tabla 6. Estrés vs. *burnout*

Estrés	<i>Burnout</i>
- Síntomas físicos - Sentimientos de urgencia e hiperactividad - Sobreimplicación en los problemas - Hiperactividad emocional - El daño fisiológico es el sustrato primario	-Síntomas emocionales -Sensación de impotencia -Falta de implicación -Embotamiento emocional -El daño emocional es el sustrato primario
-Puede tener efectos positivos en exposiciones moderadas (estrés) -Agotamiento o falta de energía física	-Sólo tiene efectos negativos -El agotamiento afecta a la motivación y a la energía psíquica

Nota. Adaptado de Burish (2006) y Fidalgo Vega (2005).

Es más, Pines (1993) plantea que el estrés es un fenómeno más amplio y no lleva necesariamente al *burnout*. Las personas son capaces de desarrollarse y crecer en trabajos estresantes y exigentes si perciben que su labor es significativa y apreciada. Álvarez y Fernández (1991) señalan que la principal diferencia es que el *burnout* es una consecuencia del estrés crónico experimentado en el contexto laboral, derivado de las demandas y características de la ocupación. El estrés puede ser experimentado positiva o negativamente por la persona, mientras que el *burnout* es un fenómeno exclusivamente negativo (Starrin Larsson, y Styborn, 1990), pudiendo considerarlo similar a un estrés negativo (D'Aurora y Fimian, 1988; Farber, 1984).

En relación con la depresión, su diferencia central con el *burnout* es que la depresión puede extenderse sobre todos los ámbitos de la vida (ej., el trabajo, familia o el ocio). El *burnout*, sin embargo, es específico para el contexto laboral (Maslach, Schaufeli, Leiter, 2001). Así, en este marco conceptual parece haber acuerdo sobre la especificidad del *burnout* como síndrome relacionado con el trabajo y caracterizado por síntomas disfóricos similares a los de la depresión.

En relación al trastorno de estrés postraumático, éste es causado por la exposición a un evento traumático o situación estresante extrema en la que la persona responde con miedo, impotencia u horror (Mealer, Burnham, Goode, Rothbaum y Moss, 2009). El *burnout* es causado por factores estresantes interpersonales y emocionales en el lugar de trabajo y se caracteriza por reacciones diferentes tales como el agotamiento.

Con respecto a la diferencia entre *burnout* y alienación, para Cherniss (1993), la alienación ocurre en situaciones de escasa libertad para desarrollar una tarea que es posible realizar, mientras el *burnout* ocurre bajo condiciones de excesiva autonomía para realizar una labor imposible.

En cuanto a la diferencia entre *burnout* e insatisfacción laboral, a pesar de tratarse de experiencias psicológicas negativas internas, en el *síndrome de burnout* las dimensiones de agotamiento emocional y despersonalización son características directas del síndrome y éstas no están presentes en la insatisfacción laboral (Firth y Britton, 1989).

Por último, el *síndrome de burnout* es un constructo más amplio que la ansiedad. Es decir, el agotamiento emocional aparece cuando la persona experimenta sentimientos de sobreexigencia en una situación, mientras que la ansiedad es el resultado de la tensión, aprensión, nerviosismo y preocupación del sujeto, que no posee las habilidades requeridas para dicha situación (Leiter, 1990).

1.4. Consecuencias del *burnout*

3.4.1. Consecuencias del *burnout* sobre la salud

El *burnout* se ha asociado con problemas de salud mental. Así, por ejemplo, *burnout* y depresión se encuentran fuertemente relacionados (Ahola et al., 2005; Halayem-Dhouib et al., 2010; Leiter y Durup, 1994; Maslach et al., 2001; Wang, 2005). En esta línea Dyrbye et al. (2006), en un estudio realizado con 1.098 estudiantes de medicina, encontraron que la depresión fue la única variable que tenía una relación significativa con la presencia o no *del síndrome de burnout*; mientras que un estudio efectuado a 106 médicos residentes de cardiología (Waldman et al., 2009) se hallaron altos niveles de *burnout*, estrés percibido y síntomas depresivos.

También se han presentado investigaciones en lo referente a la asociación de *burnout*, alcoholismo y abuso de sustancias (Ahola et al., 2008; Balch, Freischlag y Shanafelt, 2009; Borritz, Rugulies, Christensen, Villadsen y Kristensen, 2006; Middaugh, 2007). Los síntomas de ansiedad, depresión y baja satisfacción en el trabajo que genera el *burnout* pueden intentar manejarse con conductas adictivas, como el abuso de tabaco, alcohol y otras drogas (Bennett, Lowe, Matthews, Dourali y Tattersall, 2001; Coffey y Coleman, 2001). En un estudio realizado con una muestra de 3.151 empleados de Finlandia con *burnout* elevado, el 10% cumplían los criterios para dependencia del alcohol (Ahola, 2007). El *burnout* también se ha asociado al abuso de tranquilizantes, antidepresivos y ansiolíticos, generando como consecuencia un porcentaje superior de bajas laborales (Moriana y Herruzco, 2005; Sigüero, Pérez, González, y Cermeño, 2003). Un buen ejemplo de ello es el estudio de Grau, Suñer y García (2005) con una muestra de 2.290

profesionales de la salud en el que se observó una asociación entre un alto nivel de cansancio emocional y el consumo de tranquilizantes o antidepresivos.

También el *burnout* puede aumentar el riesgo de enfermedades cardiovasculares y trastornos músculo-esqueléticos (Honkonena et al., 2006; Melamed, Shirom, Toker, Berliner y Shapira, 2006). Se han descrito consecuencias del *burnout* sobre la salud cardiovascular, como alteraciones cardíacas, palpitaciones y taquicardia (Gil-Monte, Nuñez-Román y Selva-Santoyo, 2006) e hipertensión (Melamed et al., 2006). El *burnout* fue predictivo de futuros infartos de miocardio en los hombres y mujeres (Appels, Falger y Schouten, 1993; Appels y Mulder, 1988, 1989). En esta línea, Poulsen, Khan, Meredith, Henderson y Castrisos (2012) en un estudio realizado a 486 profesionales de la salud, hallaron que la prevalencia de las enfermedades cardiovasculares fue de 11.0% en los médicos privados de mayor edad. En un estudio en Finlandia, el 47% de los empleados con síndrome de *burnout*, presentó un trastorno músculo-esquelético y el 28% una enfermedad cardiovascular (Ahola, 2007).

3.4.2. Consecuencias del *burnout* sobre el trabajo

El *síndrome de burnout* tiene consecuencias negativas sobre la actividad laboral, incluyendo insatisfacción en el trabajo, altos índices de absentismo laboral y rotación, así como también ambigüedad y conflicto del rol (Gil-Monte 2003; Iverson, Olekalns y Erwin, 1998; Poghosyan, Clarke, Finlayson y Aiken, 2010; Shaufeli y Enzmann, 1998; Wright y Cropanzano, 1998).

El *burnout* produce un deterioro de la salud del trabajador, lo cual aumenta la tasa de absentismo y su deseo de abandonar la organización y la profesión (Anagnostopoulos y Niakas, 2015; Gil-Monte, 2005). Sherring y Knight (2009) en una muestra de 475 enfermeras concluyeron que las personas que experimentan *burnout* eran más propensas a tomar permisos por enfermedad y considerar abandonar sus puestos de trabajo. Algunos estudios concluyeron que entre el 50% y el 60% del absentismo está ocasionado por el estrés laboral (Cox et al., 2000). Algunos trabajos (Cohen-Mansfield y Rosenthal, 1989; Toppinen-Tanner et al., 2005) establecen que existe una correlación entre el grado de estrés y absentismo profesional. En ocasiones la baja por enfermedad o incapacidad laboral puede ser una forma justificada de abandono del trabajo originada por el *burnout*.

En otros estudios (Burisch, 2002; Lee y Ashforth, 1996; Lee, Hwang, Kim y Daly, 2004) se ha hallado una relación inversa entre el síndrome de *burnout* y la satisfacción laboral, en cuanto que un elevado nivel de *burnout* implica un grado de satisfacción laboral bajo.

En cuanto a la sobrecarga laboral se ha encontrado relación con el *burnout* en diferentes muestras de trabajadores (Greenglass, Burke y Moore, 2003; Kilfedder, Power y Wells, 2001). La primera etapa del proceso de *burnout*, de agotamiento emocional (Greenglass, Pantony y Burke 1988), tiene como principal fuente la sobrecarga de trabajo (Gil-Monte, 2005; Hallberg, Johansson y Schaufeli, 2007; Janssen, Schaufeli y Houkes, 1999; Leiter, 1991), constituyendo un modo desadaptativo de afrontarla (Maslach et al. 2001).

Por último, diversas investigaciones han relacionado el conflicto y ambigüedad de rol con el síndrome de *burnout* (Peeters, Montgomery, Bakker y Schaufeli, 2005; Schaufeli et al., 2009; Shinan-Altman y Cohen, 2009; Tunc y Kutanis, 2009).

PREVALENCIA DEL SÍNDROME DE *BURNOUT* EN PROFESIONALES DE LA SALUD

El *burnout* afecta cada vez a más profesionales en todo el mundo (Cole y Carlin, 2009; Gil-Monte y Moreno, 2007); sentirse quemado no es algo exclusivo de una profesión, sin embargo, los profesionales vinculados al contacto directo con las personas como la medicina, la enfermería, el trabajo social, la consejería y la enseñanza están sometidos a diversos estresores adicionales (Hyman et al., 2011).

Más en concreto, las investigaciones sugieren que el *burnout* y la insatisfacción laboral se han incrementado en la fuerza de trabajo sanitaria moderna (Gabbe, Melville, Mandel y Walker, 2002; Johns y Ossoff, 2005). Los profesionales de salud afrontan una tarea compleja en la que influyen diversas situaciones: horarios irregulares, burocratización e individualismo en las instituciones sanitarias, alta implicación emocional, exceso de estimulación aversiva, contacto con enfermos, frustración de no poder curar, conflicto de rol y ambigüedad de rol (Ruiz y Ríos, 2004). Estos elementos de la tarea, junto a otros aspectos como falta de habilidades, factores de la organización y bajo apoyo social en el trabajo pueden conducir a la angustia, *burnout* y problemas psicosomáticos, que a su vez inciden en el deterioro de la calidad de del servicio (Marine et al., 2006).

Diversos países han desarrollado investigaciones sobre la prevalencia del *burnout* entre profesionales de salud; especialmente en los profesionales de enfermería y la medicina. En lo referente al personal de enfermería, algunos investigadores (Aiken, Clarke, Sloane, Sochalski y Silber, 2002; Shimizu, Mizoue, Kubota, Mishima, y Nagata, 2003; Wu, Zhu, Wang, Wang, y Lan, 2007) señalan que están sometidos a largas horas de trabajo con limitados recursos, una amplia gama de tareas y relaciones complejas con los pacientes, médicos, otros colegas y sus propias familias. En lo que respecta a los profesionales médicos, Osuna (2006) indica que la sobrecarga de trabajo, el ambiente físico, el exceso de responsabilidades, la falta de incentivos, y la burocratización organizacional, entre otras circunstancias, pueden generar estrés constante tanto por las exigencias intelectuales como actitudinales y emocionales.

En lo referente al personal de enfermería, se han desarrollado diversas investigaciones (Aiken et al., 2002; Deschamps, Olivares, De la Rosa y Asunsolo, 2011; Díaz, Stimolo y Caro, 2010; Leiter, Harvie y Frizzell, 1998; Silva et al., 2011; Vahey, Aiken, Sloane, Clarke y Vargas 2004), en las que se informa de diversos niveles de prevalencia, coincidiendo en que esta profesión es una de las más vulnerables al síndrome de *burnout* (Fernández, 1992; Gil-Monte, 1991). De igual manera, el desarrollo de este síndrome ha sido estudiado entre la profesión médica por diferentes autores (Carr, Gareis y Barnett, 2003; Firth-Cozens y Greenhalgh, 1997; Flórez, 2002; Johnson et al., 1995; Marshall, Zahorodny y Passannante, 1998; McManus, Winder, y Gordon, 2002), informándose de diferencias sobre los porcentajes de médicos afectados, tanto por el tipo de profesional como por variables sociodemográficas o laborales relacionadas, entre otras. De hecho, en Europa y Estados Unidos este síndrome afecta entre un 25% y 60% de los médicos, y puede alcanzar al 75% de los médicos residentes (Wallace, Lemaire y Ghali,

2009); específicamente en Europa se ha estimado que entre un 2.4% y un 72% de los médicos podrían sufrir de *burnout* (Roth et al., 2011).

Los datos hallados en algunas investigaciones pueden ayudarnos a comprender mejor la magnitud de este fenómeno en los sanitarios. Así, por ejemplo, Poghosyan et al. (2010) realizaron un estudio en seis países: Estados Unidos, Canadá, Reino Unido, Alemania, Nueva Zelanda y Japón, donde se estudió la relación entre *burnout* y la calidad de la atención en una muestra de 53.846 profesionales de enfermería. Para ello se utilizaron datos de la evolución hospitalaria, recogidos desde el 1998 a 2005. Los profesionales de enfermería de Japón obtuvieron los niveles más altos de *burnout*, con las puntuaciones medias más altas en cansancio emocional, despersonalización, y más bajas en realización personal. El personal de enfermería de Alemania tuvo los niveles más bajos de *burnout* en esas tres dimensiones. El de Canadá, Reino Unido y Nueva Zelanda obtuvo menores niveles de *burnout* en general que el de Japón y Estados Unidos, pero mayores que el de Alemania. En cuanto a la calidad del servicio, el 80% del personal de enfermería en Japón percibió la calidad de la atención durante el último turno como regular o mala en comparación con el 9.4% de Nueva Zelanda, el 19% de Estados Unidos, el 14% de Canadá y el 13% de Reino Unido. El segundo peor nivel en calidad de atención lo obtuvo el personal de enfermería de Alemania con el 30%, lo que indicó una calidad de atención regular o mala (ver Tabla 7).

Tabla 7. El *burnout* en personal de enfermería/la calidad de la atención

	Estados Unidos	Canadá	Reino Unido	Alemania	Nueva Zelanda	Japón
Dimensiones del <i>burnout</i>						
CE	24.5 (12.1)	22.5 (11.3)	21.8 (11.0)	18.4 (10.0)	22.2 (11.2)	29.4 (11.6)
DP	6.9 (6.1)	6.2 (5.6)	6.8 (5.8)	5.2 (4.7)	6.0 (5.8)	8.1 (5.8)
RP	37.5 (7.2)	37.4 (7.1)	36.0 (7.3)	37.5 (7.5)	38.2 (6.8)	24.6 (8.4)
Atención pobre (%)	18.8	14.4	12.8	30.7	9.4	79.9
Muestra de enfermeras	13.152	16.844	9.851	2.676	4.230	5.956

Nota CE = cansancio emocional; DP = despersonalización; RP = realización personal; Adaptado de Poghosyan et al. (2010).

En Francia, en un trabajo (Poncet et al., 2007) con 2497 profesionales de enfermería y 878 médicos intensivistas, aproximadamente un tercio del personal de enfermería y la mitad del personal médico informaron de altos niveles de *burnout*. En este mismo país, en un estudio realizado por Embriaco, Papazian, Kentish-Barnes, Pochard, y Azoulay (2007) con 978 médicos y 2497 enfermeras que trabajaban en unidades de cuidados intensivos, encontraron que el síndrome de *burnout* severo estuvo presente en aproximadamente el 50% de los médicos y en un tercio del personal de enfermería. Los determinantes de *burnout* fueron diferentes en los dos grupos. En los médicos intensivistas con un *burnout* severo, éste se relacionó con un elevado número de horas de trabajo, mientras en el personal de enfermería los determinantes del síndrome de *burnout* estuvieron relacionados con la organización y con la jubilación. En otro trabajo, que se realizó entre 193 médicos anestesiistas de ocho hospitales públicos franceses (Chiron, Michinov, Olivier-Chiron, Laffon y Rusch, 2010), se encontró bajos niveles de agotamiento y despersonalización, pero también de realización personal. Se encontraron diferencias entre subgrupos: anestesiistas médicos refirieron mayores niveles de despersonalización y menor realización que el personal de enfermería anestesiista; las

anestesiastas mujeres y jóvenes refirieron mayores niveles de agotamiento emocional y de insatisfacción laboral en relación con los anestesiastas masculinos y senior.

En Italia, en la investigación realizada por Ferrari et al. (2014) con 180 médicos residentes en psiquiatría, se encontró un nivel moderado de *burnout*, relacionado con la carga de trabajo y la organización del trabajo; una mayor carga de trabajo y tener síntomas de depresión menor se relacionaron con el cansancio emocional y la despersonalización. En otro estudio en este país (Bressi et al., 2008) con 440 profesionales de la salud se examinaron los aspectos del trabajo que los encuestados percibían como estresantes y/o satisfactorios. La tasa de respuesta fue del 87.9%; se halló en el personal médico y de enfermería un alto nivel de agotamiento emocional (32.2% vs. 31.9%) y despersonalización (29.8% vs. 23.6%) y un bajo nivel de realización personal (12.4% vs. 15.3%).

Estudios realizados en los países escandinavos informaron de porcentajes más bajos en las dimensiones del *burnout*: un 25% de las enfermeras suecas obtuvieron puntuaciones elevadas en agotamiento y un 6.9% refirieron alta despersonalización (Glasberg, Eriksson y Norberg, 2007; Gunnarsdottir, Clarke, Rafferty y Nutbeam, 2009). En un estudio escocés en 510 profesionales de enfermería de una institución psiquiátrica (Kilfedder et al., 2001), el 42% de los encuestados refirió un elevado nivel de cansancio emocional. En una investigación realizada en Hungría (Kovács, Kovács y Hegedűs, 2010), con una muestra de 80 profesionales de medicina y 76 de enfermería, no se encontraron diferencias en el nivel o la frecuencia del *burnout*. Los análisis de regresión mostraron que el mejor predictor del agotamiento emocional era la disonancia emocional; mientras que el mejor predictor de la despersonalización era la manifestación de las emociones negativas.

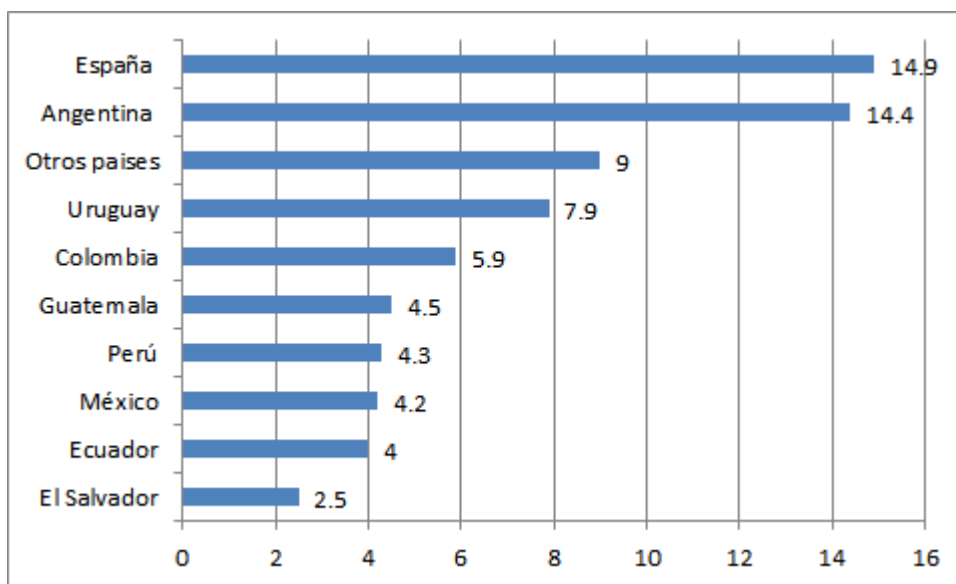
En el continente asiático se realizaron varios estudios centrados en esta temática. En Yemen en un trabajo con una muestra de 563 médicos que trabajaban en cuatro hospitales (Al-Dubai y Rampal, 2010), se encontró un elevado agotamiento emocional (63.2%), alta despersonalización (19.4%) y baja realización personal (33.0%). Sesenta y seis médicos (11.7%) fueron identificados con un alto grado de *burnout*, encontrándose un mayor porcentaje entre los médicos con una experiencia de trabajo menor o igual a 10 años (OR = 2.8), en los que trabajan 40 o más horas/semana (OR = 2.1) y en los que tenían la morbilidad psicológica (OR = 5.3).

En Arabia Saudita, en un estudio realizado en este país (Al-Turki et al., 2010), la prevalencia del síndrome de *burnout* en personal de enfermería fue elevada. El 42% presentaron un elevado nivel de despersonalización, el 45% tuvieron un elevado cansancio emocional y el 71.5% baja realización personal; el personal de enfermería casado fue más propenso al agotamiento emocional.

En los países africanos, los estudios de *burnout* son escasos y se han desarrollado en la última década. En una investigación en el hospital de Malawi (Thorsen, Teten, Tharp y Meguid, 2011), casi tres cuartas partes del personal de salud (72%) informaron de agotamiento emocional, más de un tercio (43%) despersonalización, mientras que casi tres cuartas partes (74%) baja realización personal.

En los países de habla hispana, Grau, Flichtentrei, Suñer, Prats y Braga (2009) realizaron un estudio de *burnout* con 11.530 profesionales de la salud (ver Figura 1). Los valores más altos de prevalencia del *burnout* se encontraron en España (con un 14.9%), Argentina (con un 14.4%) y Uruguay (con un 7.9%). Los profesionales de México, Perú,

Colombia, Guatemala y El Salvador presentaron prevalencias entre 2.5% y 5.9%. Ecuador presentó una de las prevalencia más bajas en relación con los otros países, con un 4.0%. En cuanto al tipo de profesión, los médicos tuvieron una prevalencia del 12.1% y el personal de enfermería del 7.2%.



Nota. Adaptado de Grau et al. (2009).

Figura 1. Prevalencia del *burnout* en sanitarios españoles e hispanoamericanos

En España, las prevalencias halladas en relación al síndrome de *burnout* en muestras de trabajadores sanitarios son elevadas. Así, Albadalejo et al. (2004) informaron una prevalencia del 30%, Fernández (1992) del 41.6% y Martín, Fernández, Gómez y Martínez (2001) del 43.9%. En médicos, en una investigación se hallaron prevalencias que oscilaron entre el 25% y el 70% (Cebriá Andreu, 2003), mientras que en otra investigación la prevalencia fue del 14.9% (Grau et al., 2009).

En relación a Hispanoamérica, en una investigación en los hospitales de Ecatepec y Cautitlán en México, con una muestra de 122 profesionales de enfermería (García, Oviedo, Santillán, Velasquez y Fiesco, 2009), la prevalencia de síndrome de *burnout* fue de 27% y

de 24%, respectivamente. En un informe de la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS; 2012) se analizó el *burnout* en Argentina, Brasil, Perú y Costa Rica (ver Tabla 8). Se encontró que Argentina presentaba los porcentajes más altos de *burnout*, con valores del 59% para el personal médico y del 55% para el personal de enfermería. Las diferencias para el personal médico no fueron significativas con respecto a Brasil y Costa Rica, pero sí con respecto a Perú, que presentó los porcentajes más bajos.

Tabla 8. *Burnout* en sanitarios de Argentina, Brasil, Costa Rica y Perú

Países	Enfermeras /os	Médicas/os
Argentina	55%	59%
Brasil	54%	52%
Costa Rica	43%	56%
Perú	11%	12%

Nota. Adaptado de la OPS/OMS (2010).

En Brasil, la prevalencia de *burnout* en profesionales de atención primaria oscila entre el 25% y 70% (Tomasi et al., 2008); en este mismo país, el *burnout* en médicos de cuidados intensivos se estimó en el 7.4% (Tironi et al., 2009). Otra investigación realizada en Brasil con 188 profesionales de la salud (Zanatta y Lucca, 2015), encontró que el 29.8% del personal de enfermería presentó alta despersonalización; y el 27.8% del personal médico, y el 25.5% de los técnicos de enfermería, baja realización profesional. El 19.2% de los enfermeros, el 16.8% de los técnicos de enfermería y el 16.6% de los médicos presentaron puntuaciones elevadas en al menos dos de las esas tres dimensiones del *burnout*.

En Argentina, en una investigación con 106 médicos y un grupo de comparación de 104 profesionales no médicos apareados por edad y género (Waldman et al., 2009), se encontraron altos niveles de agotamiento emocional y despersonalización en la mayoría de los encuestados. En otra investigación en Argentina, con 162 médicos de las unidades de cuidados intensivos pediátricos (Galván et al., 2012), se encontró un alto riesgo de *burnout* en el 41%; elevado agotamiento emocional en el 25%, baja realización personal en el 6%, y despersonalización en el 19%.

En conclusión, la prevalencia del síndrome de *burnout* en personal sanitario ha sido estudiada en diversos países; generalmente utilizando el Inventario de *Burnout* de Maslach que evalúa las dimensiones de cansancio emocional, despersonalización y baja realización personal. Sin embargo, los resultados han sido diversos sea por la utilización y aplicación de los instrumentos, distintos baremos o puntuaciones, inadecuada interpretación de resultados en función del contexto donde se desarrollan los estudios, entre otros (García Remuzgo y Fuentes 2007; Ríos, 2009). Los puntos de corte deben interpretarse con cautela debido a los factores sociales y culturales que influyen en cada país (Schaufeli y Van Dierendonck, 1995). Estas divergencias en los resultados de los estudios generan cierta confusión en relación a los datos de prevalencia reales de este síndrome (Grau, Gil Monte, García, y Figueiredo, 2008). En algunas investigaciones, en la definición de la prevalencia del síndrome de *burnout* no siempre se analizaron las tres dimensiones, sino que utilizaron una sola puntuación, lo que dificulta establecer relaciones entre las investigaciones (Sigüero et al., 2003).

FACTORES ASOCIADOS AL SÍNDROME DE *BURNOUT*

En la literatura científica se han identificado una serie de factores asociados con el síndrome de *burnout* (ver Tabla 9). Estos factores incluyen variables sociodemográficas (ej., sexo, edad, salario), laborales (ej., profesión, experiencia), personalidad, malestar emocional, estrategias de afrontamiento y apoyo social.

Tabla 9. Factores asociados con el *burnout*

-
- Sexo
 - Edad
 - Hijos
 - Estado civil
 - Etnia
 - Ingreso mensual
 - Experiencia profesional
 - Sector en el que trabaja
 - Tipo de Contrato
 - Jornada laboral diaria
 - Turnos
 - Número de pacientes
 - Recursos
 - Malestar emocional
 - Afrontamiento
 - Apoyo social
 - Personalidad
-

1.5. Variables sociodemográficas

En lo referente al sexo, algunos trabajos (Atance, 1997; Freudenberger y North, 1985; Greenglass, Pantony y Burke, 1988) encontraron que el síndrome de *burnout* es más frecuente en mujeres; mientras que en otros estudios se encontró que los hombres presentan niveles más altos de *burnout* (Albino, Agüero, Martínez y Vega 2002; Martín et al., 2001). No obstante, en algunas investigaciones no se encontraron diferencias significativas por sexos (Bonde, 2008; Camara y Cuesta, 2005 Cebriá et al., 2001; Gil-Monte, Peiró y Valcárcel, 1996; Garcia-Izquierdo, 1991).

En cuanto a las dimensiones del *burnout*, algunos estudios señalan que las mujeres presentan un mayor cansancio emocional (Atance, 1997; Grau et al., 2009; Ortega Ruíz, López Ríos y Gómez Martín, 2008); y los varones niveles más elevados de despersonalización (Gil-Monte y Peiró, 1996; Maslach y Jackson, 1981; Pecino, de la Fuente, Aguayo, Fernández, de la Fuente Solana 2014).

En cuanto a la edad, algunas investigaciones hallaron que a mayor edad, menores niveles de *burnout* (Grau, et al., 2009; Lin, John y McVeigh, 2009; Iglesias, de Bengoa Vallejo y Fuentes 2010). En cambio, otros trabajos encontraron que a menor edad, mayor *burnout* (Alacacioglu, Yavuzsen, Dirioz, Oztop y Yilmaz, 2009; Nyssen, Hansez, Baele, Lamy y De Keyser, 2003). En algunos estudios no se han hallado diferencias significativas en función de la edad (Embriaco et al., 2007; Goehring, Bouvier Gallacchi, Künzi y Bovier, 2005; Martín et al., 2001).

En cuanto a la relación de esta variable con las dimensiones del *burnout*, diversos trabajos han encontrado una relación positiva de la edad con la dimensión de cansancio emocional (Gil Monte, et al., 1996).

En lo que respecta al número de hijos, distintos estudios encontraron que las personas que tienen hijos presentan puntuaciones más elevadas de *burnout* (Martín et al., 2001; Pérez, et al., 2007), aunque algunas investigaciones no han encontrado diferencias significativas entre tener hijos y el *síndrome de burnout* (Da Silva, Daniel y Pérez (1999); Vidal y Ferrer (2002).

En cuanto a las dimensiones del *burnout*, Moreira, Magnago, Sakae y Magajewski (2009) señala que los sujetos con hijos sufren de mayor agotamiento emocional y mayor realización personal. Al respecto, Maslach (2003) menciona que los profesionales de salud con hijos son generalmente mayores, estables y emocionalmente maduros, lo que favorece una sensación de mayor realización personal.

En relación al estado civil, aunque algunas investigaciones no han encontrado diferencias significativas (Castillo, Benavente, Arnold y Cruz, 2012; Grau et al., 2009; Villanueva et al., 2008), otros estudios hallaron que los casados tienden a experimentar menos *burnout* (Martín et al., 2001; Maslach y Jackson, 1984) y que los médicos más jóvenes y solteros presentan niveles más elevados de *burnout* en comparación con los más mayores y casados (Alacacioglu et al., 2009). Además, el hecho de que se generen dificultades familiares que distorsionen el funcionamiento normal de la dinámica del hogar predispone a padecer el síndrome de *burnout* (Leiter, 1990).

En cuanto a la relación entre las dimensiones de *burnout* y el estado civil, algunos investigadores señalan que las personas casadas son más propensas a sufrir agotamiento emocional (Al-Turki, 2010; Lin, John y McVeigh, 2009; Moreira et al., 2009). En lo referente a la dimensión de realización personal, las personas casadas tienen mayores niveles que las solteras (Albadalejo et al., 2004; Maslach, 2003).

En relación a la etnia, en un trabajo previo (Michels, Probst, Godenick y Palesch, 2003) los caucásicos presentaron mayor despersonalización que los afroamericanos.

1.6. Variables laborales

Una investigación previa encontró una relación significativa del *burnout* con los bajos ingresos por las horas trabajadas (Tironi et al., 2009).

En cuanto a la relación con las dimensiones del *burnout*, un salario bajo fue predictor significativo de las puntuaciones altas en agotamiento emocional (Pavlakis, Raftopoulos y Theodorou, 2010).

En cuanto a la experiencia profesional, algunos estudios (Hunnibell, Reed, Quinn-griffin y Fitzpatrick, 2008; Mallidou, Cummings, Estabrooks y Giovannetti, 2011) han encontrado que los primeros años de experiencia serían los más vulnerables para desarrollar *burnout*. Sin embargo, la mayoría de los trabajos indican que el síndrome de *burnout* aparece a medida que la experiencia profesional es mayor (Akkus, Karacan, Gôker, y Aksu, 2010; Aranda et al., 2004; Gil-Monte y Peiró, 1997; Hillhouse y Adler, 1997; Ríos-Rísquez et al., 2008).

Con respecto a la relación con las dimensiones del *burnout*, un estudio (Carlotto, Pizzinato, Bones y Oliveira, 2013) encontró que cuanto menor es la experiencia profesional, mayores son las puntuaciones en la dimensión de agotamiento emocional.

Con respecto a la relación entre el *burnout* y el trabajo en el sector público o privado, en un estudio realizado con una muestra de 1482 profesionales de enfermería (Ratpoulos, Charalambous y Talias, 2012) se encontró que un 12.7% de aquellos que trabajaban en el sector público, y un 12.2% de las que trabajaban en el sector privado, presentaban *burnout*. Otro estudio (Ozyurt, Hayran y Sur, 2006), en una muestra de 598 médicos, encontró que los que trabajaban en hospitales públicos experimentaron más *burnout* que los que trabajaban en hospitales privados. Asimismo, otras investigaciones (Demir, Ulusoy y Ulusoy, 2003; Ersoy-Kart, 2009) hallaron un mayor número de profesionales de la salud con *burnout* en aquellos que trabajaban en instituciones públicas. Sólo una investigación (Hansen, Sverke y Naswall, 2009) encontró que el personal sanitario de hospitales privados experimentaba más *burnout* que el de hospitales públicos.

En relación con las dimensiones del *burnout*, con el trabajo, se encontró que el personal de enfermería que trabajaba en el sector público tenía menor puntuación en realización personal que el que trabajaba en el privado (Ratpoulos et al., 2012).

Por lo que respecta a la contratación, presentaron mayor *burnout* aquellos con contrato indefinido (Albino et al., 2002; Aguilera y de Alba García, 2010; Martín et al., 2001). En relación con las dimensiones del *burnout*, los profesionales de salud con un tipo de contratación estable presentaron valores más altos de agotamiento emocional, despersonalización y menor realización personal en relación a los profesionales con un tipo

de contrato eventual (Bernaldo y Labrador, 2008; Ríos-Rísquez y Godoy-Fernández, 2008; Villanueva et al., 2008).

En lo relacionado con la jornada laboral diaria, investigaciones previas encontraron que aquellos profesionales con más horas de trabajo tenían puntuaciones de *burnout* más elevadas (Betancur et al., 2012; Gil-Monte y Peiró, 1997; Pérez et al., 2007), presentando un mayor cansancio emocional el personal sanitario que dedicaba más horas semanales a su profesión (Hoffman y Scott, 2003); sin embargo, en dos trabajos (Biaggi, Peter y Ulich, 2003; Garza, Schneider, Promenence y Mong, 2004) la relación entre el síndrome de *burnout* y el número de horas de trabajo no fue significativa.

El tipo de turno también se ha relacionado con el *burnout*. Se encontró una relación significativa del trabajo por turnos con la fatiga y la disminución de la concentración, lo que a su vez se relacionaba con el *burnout* (Walsh, Dolan y Lewis, 1998). Un estudio (Ribeiro et al., 2014) encontró que la propensión a desarrollar el síndrome fue mayor en las enfermeras que trabajaban en el turno de noche.

En relación con las dimensiones del *burnout*, la investigación ha encontrado que el trabajo nocturno, los turnos de trabajo irregulares y los descansos excesivamente cortos entre turnos contribuían a un mayor agotamiento emocional (Drach-Zahavy y Marzuq, 2013; Escribá, Martín y Pérez, 2006; Gil-Monte y Peiró, 1997); y que niveles bajos de realización personal se encontraban asociados con el turno nocturno permanente (García-Izquierdo y Ríos-Rísquez, 2012), así como con realizar guardias (Grau et al., 2009).

El número de pacientes atendidos parece contribuir al *burnout*. En un estudio realizado en EE.UU en enfermeras de 168 hospitales de Pensilvania (Aiken et al., 2002) se encontró que cada paciente extra por enfermera se asoció a un 23% de aumento en la tasa de *burnout*. Otra investigación realizada en España con profesionales sanitarios de Madrid (Martín et al., 2001) encontró que el principal factor generador de estrés laboral fue la sobrecarga de pacientes, directamente relacionado con el desarrollo del síndrome de *burnout* (Gil-Monte, García Jueas y Hernandez , 2008).

En relación con las dimensiones del *burnout*, el número de pacientes atendidos parece contribuir al *burnout* especialmente en la dimensión de agotamiento emocional (Shanafelt et al., 2014).

En cuanto a los recursos, la generación de recursos insuficientes, una excesiva carga laboral con jornadas de más de 8 horas diarias, turnos rotatorios y pacientes críticos constituyen factores de riesgo en la aparición de síndrome de *burnout* (Melita, Cruz y Merino, 2008). La insuficiencia de recursos se asocia con el *burnout*, la satisfacción en el trabajo y la salud general de las enfermeras (Khamisa, Oldenburg , Peltzer y Dragan, 2015)

En relación con las dimensiones del *burnout*, de acuerdo con la teoría de demandas y recursos laborales (Bakker, Hakanen, Demerouti y Xanthopouloum 2007; Demerouti, Bakker, Nachreiner, y Schaufeli, 2001), las demandas del trabajo influyen en la aparición de agotamiento emocional.

1.7. Variables clínicas

Con respecto al malestar emocional, diversos trabajos (Ahola et al., 2005; Meier, 1984; Schaufeli Enzmann, 1998; Toppinen-Tanner et al., 2005; Wang, 2005) han encontrado una asociación entre el *burnout* y la depresión; y una investigación (Bargellini et al., 2000) encontró que ansiedad rasgo es un predictor para el *burnout*.

En relación con las dimensiones del *burnout*, se ha encontrado una fuerte asociación de la depresión con la dimensión de agotamiento emocional (Glass y McKnight, 1996; Schaufeli y Enzmann, 1998); de sufrir un elevado grado de ansiedad con las dimensiones de agotamiento emocional y despersonalización (Cebriá et al., 2001); y del deterioro de la salud mental con la dimensión de despersonalización (Honkonena et al., 2006).

En lo referente al afrontamiento, Leiter (1990, 1991) señala que las estrategias de afrontamiento de control previenen el síndrome de *burnout* porque aumentan los sentimientos de realización personal en el trabajo, mientras que las de escape aumentan la probabilidad de aparición del síndrome. Folkman y Lazarus (1985) encontraron que los posibles cambios cognitivos que se realizan ante las demandas estresantes están relacionados con no presentar *burnout*, las estrategias de afrontamiento activas y directas están asociadas con niveles bajos del síndrome (Burke y Greenglass, 2000; Leiter, 1991). Sin embargo, algunos autores (Maslach, 2001; Schaufeli, Bakker, Hoogduin, Schaap y Kadler, 2001) han señalado que no existe relación entre el *burnout* y el afrontamiento.

En relación con las dimensiones del *burnout*, se ha encontrado correlación entre la utilización de estrategias de escape-evitación y las dimensiones del *burnout* de cansancio emocional, despersonalización y falta de realización personal (Thorton, 1992); las personas que utilizaron estrategias de afrontamiento de distanciamiento y confrontación, centradas en la emoción, presentaron niveles mayores de despersonalización (Greenglass y Burke, 2001; Leiter, 1990, 1991; Thorton, 1992). Diversos trabajos (Greenglass y Burke, 2001; Shimizutani et al., 2008; Shirey, 2006) encontraron que las enfermeras que se esforzaban por cambiar la situación estresante como estrategia para afrontar el problema presentaron bajos niveles de cansancio emocional y despersonalización, y su realización personal fue alta.

Por lo que respecta al apoyo social y su relación con el *burnout*, las investigaciones indican que actúa como factor protector ante el estrés (Eastburg, Williamson, Gorsuch, Ridley, y Ridley, 1994; Folkman y Lazarus, 1985; Gil-Monte y Peiró, 1996; McAbee, 1991). De este modo, tener una buena interacción social en el trabajo es un factor protector (Aldrete, Navarro, González, Contreras y Pérez, 2015), mientras que la falta de apoyo social es una fuente de estrés y se ha relacionado con un aumento significativo de los niveles de *burnout* (Flynn, Thomas-Hawkins y Clarke, 2009; Gil-Monte, 2005). El apoyo por parte de los supervisores del grupo va unido a niveles bajos de *burnout* (Escribá et al., 2006; Fong, 1990). El apoyo social de los compañeros es un predictor significativo del componente emocional y actitudinal (Gil-Monte y Peiró, 1999)

Por último, por lo que respecta a los rasgos de personalidad, una investigación (Swider y Zimmerman, 2010) encontró que las personas que mostraban puntuaciones más

elevadas en neuroticismo y más bajas en extraversión eran más propensas a experimentar el síndrome de *burnout*.

En relación con las dimensiones del *burnout*, en un estudio realizado con una muestra de médicos (Cebriá et al., 2001) se encontraron asociaciones significativas entre la ansiedad e inestabilidad emocional, la tensión y los niveles elevados de agotamiento emocional y despersonalización. En otra investigación (McManus, Jonvik, Richards y Paice, 2011) se encontró una relación positiva entre el neuroticismo y el agotamiento emocional. Asimismo, otro trabajo (Alarcon, Eschleman, y Bowling, 2009) encontró que el agotamiento emocional y la despersonalización tenían una relación negativa con la estabilidad emocional, la amabilidad, la responsabilidad y la extraversión; mientras que en dos investigaciones (Alarcon, et al., 2009; McManus, Keeling y Paice, 2004) la realización personal se relacionaba positivamente con la extraversión. Asimismo, la despersonalización se ha relacionado con menores niveles de amabilidad (McManus et al., 2004). Una investigación (Schwab, 1995) halló que el optimismo y la extraversión serían factores protectores en las dimensiones de cansancio emocional y despersonalización.

OBJETIVOS DEL ESTUDIO

El objetivo general de esta investigación es realizar un estudio epidemiológico sobre el *burnout* en profesionales de la enfermería y de la medicina que trabajan en las instituciones de salud de las 24 provincias de Ecuador.

Este objetivo general se desglosa en los siguientes objetivos específicos:

- Determinar las características sociodemográficas (sexo, edad, número de hijos, etnia, estado civil), laborales (ingresos, profesión, experiencia profesional, dedicación, sector en el que trabaja, tipo de contrato, jornada diaria laboral, turnos, atención directa, número de pacientes atendidos, recursos) y clínicas (malestar emocional, personalidad, apoyo social y afrontamiento) de la muestra.

- Determinar la prevalencia del síndrome de *burnout* y de sus tres dimensiones (cansancio emocional, despersonalización y falta de realización personal) en el personal médico y de enfermería.

- Determinar las variables sociodemográficas, laborales y clínicas asociadas a la presencia de *burnout*, cansancio emocional, despersonalización y falta de realización personal.

II. PARTE EMPÍRICA



III. MÉTODO



ÁMBITO DE ESTUDIO

El estudio fue realizado con médicos/as y enfermeros/as de instituciones de salud de las 24 provincias de Ecuador, un país latinoamericano situado en América del Sur con una superficie de 256.370 km², y una población de 16.304.453 habitantes (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos del Ecuador [INEC], 2015).

Ecuador cuenta con cuatro regiones de características singulares (ver Figura 1). La **región Costa o Litoral**, ubicada al oeste del país, dividida en siete provincias: Esmeraldas, Santo Domingo, Manabí, Los Ríos, Santa Elena, Guayas y el Oro. La **región Sierra o Interandina**, que comprende las provincias de Carchi, Imbabura, Pichincha, Cotopaxi, Tungurahua, Chimborazo, Bolívar, Cañar, Azuay y Loja. La **región Amazónica u Oriental**, que abarca seis provincias: Sucumbíos, Napo, Orellana, Pastaza, Morona Santiago y Zamora Chinchipe. Y, finalmente, la región **Galápagos o Insular**, situada en el Océano Pacífico a 1000 km de las costas ecuatorianas, que abarca la provincia de Galápagos y sus islas San Cristóbal, Santa Cruz e Isabela.



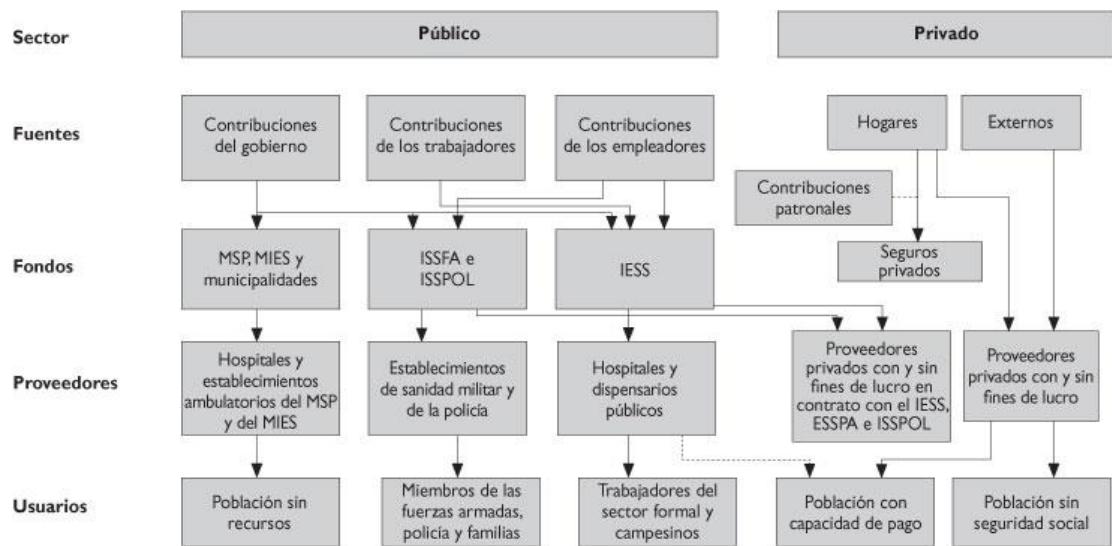
Fuente: Instituto Geográfico Militar del Ecuador (2009)

Figura 1. República de Ecuador

El sistema de salud de Ecuador encuentra amparado por la *Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud* (Ley No. 2002-80) que dispone:

“Que de conformidad con el artículo 42 de la Constitución Política de la República, el Estado garantizará el derecho a la salud, su promoción y protección por medio del desarrollo de la seguridad alimentaria, la provisión de agua potable y saneamiento básico, el fomento de ambientes saludables en lo familiar, laboral y comunitario y la posibilidad de acceso permanente e ininterrumpido a los servicios de salud, conforme a los principios de equidad, universalidad, solidaridad, calidad y eficiencia”

Este sistema lo integran dos sectores, público y privado, cuyas fuentes de ingresos provienen de la contribución del gobierno, trabajadores, empleadores y usuarios en general (ver Figura 2).



MSP: Ministerio de Salud Pública
MIES: Ministerio de Inclusión Económica y Social
ISSFA: Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas
ISSPOL: Instituto de Seguridad Social de la Policía Nacional
IESS: Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social

Nota. Adaptado de Lucio et al. (2011).

Figura 2. Sistema nacional de salud de Ecuador

El ente rector, responsable de coordinar, regular, evaluar y ejecutar políticas sobre la salud, además de gestionar vínculos con los diversos actores involucrados tanto en el sector público como privado, es el Ministerio de Salud Pública de Ecuador.

Las instituciones sanitarias pertenecen, mayoritariamente, al sector público y cuentan con un sistema independiente de organización, gestión y financiación. En cuanto a su organización, como se puede ver en la Tabla 1, éstas se establecen de acuerdo a distintos niveles de complejidad.

Tabla 1. Niveles de complejidad del sistema de salud

Niveles de complejidad	Instituciones
Nivel I: Complejidad baja	Puestos de salud, sub-centros y centros de salud que ofrecen atención ambulatoria y otros servicios básicos. Los sub-centros ofrecen también atención al parto, emergencias y atención odontológica.
Nivel II: Complejidad intermedia	Hospitales básicos y hospitales generales que además de la atención del Nivel I, ofrecen internamientos de corta estancia.
Nivel III: Complejidad alta	Hospitales especializados y de referencia para la atención de la población local, regional y nacional; también realizan docencia e investigación de la salud.

Nota. Adaptado de Toledo, Lascano, Gómez y Estrada (2011).

Según el “Anuario de estadísticas de salud: recursos y actividades” del INEC (2013), en el sistema nacional de salud de Ecuador trabajan 26.000 médicos/as y 15.776 enfermeros/as en los distintos centros sanitarios de país.

DISEÑO

Se trata de un estudio transversal, descriptivo y analítico realizado con médicos/as y enfermeros/as pertenecientes al sistema de salud pública y privada en las 24 provincias de Ecuador entre el 26 noviembre del 2011 y el 5 diciembre del 2012. Como se muestra en la Figura 3, la realización del estudio implicó la definición de la población de referencia, la población susceptible de ser incluida en la muestra, la selección y definición de variables, los instrumentos de medida y la definición de “caso”. Las variables predictoras y de resultado se midieron en una sola ocasión.

El objetivo fundamental de este tipo de estudios es determinar la *prevalencia*, término que hace referencia a la proporción de quienes tienen una condición determinada en un momento del tiempo. Los estudios transversales también se utilizan para examinar asociaciones, aunque presenta el inconveniente de la imposibilidad para establecer la direccionalidad de las mismas (Newman, Browner, Cummings y Hulley, 2007/2008).

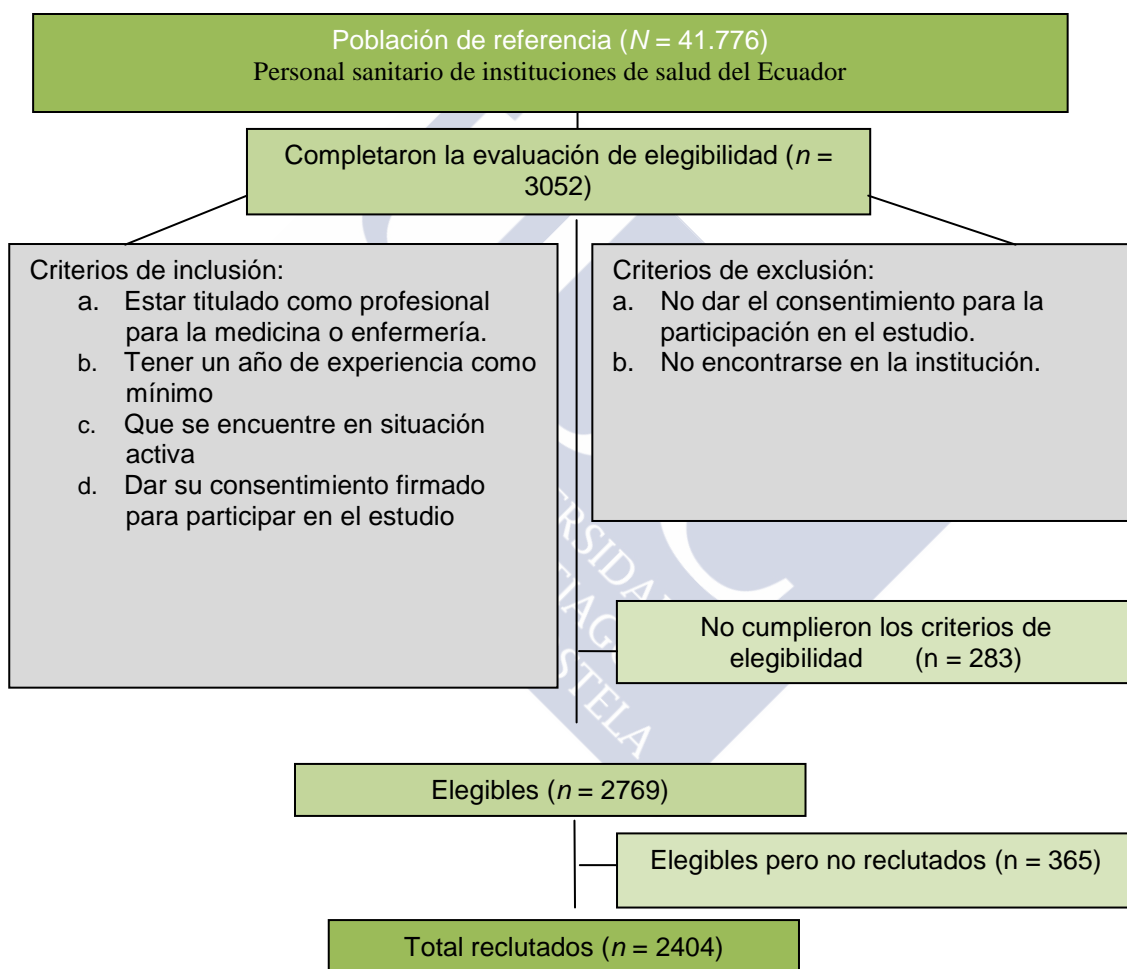


Figura 3. Diagrama de flujo de los participantes del estudio

PARTICIPANTES

Los participantes fueron reclutados de la población de médicos/as y enfermeros/as de las 24 provincias que componen Ecuador. Para participar en el estudio, los sanitarios tenían que (a) estar titulados como profesional para la medicina o la enfermería, (b) tener un año de experiencia como mínimo, (c) encontrarse en situación activa, (d) dar su consentimiento firmado para participar en el estudio. Se excluyeron aquellos profesionales de la salud que (a) no dieron su consentimiento firmado, (b) durante el período de estudio se encontraban de baja (ej., maternal, por enfermedad) o se hallaban ausentes por cuestiones profesionales (ej., estancias en otros centros, realización de cursos).

Se invitó a participar al estudio a todos los sanitarios que estaban ejerciendo su profesión en los sistemas público y privado en los años 2011 y 2012 en estas provincias. Para minimizar la pérdida de sujetos se siguieron las estrategias recomendadas por Hulley, Newman y Cummings (2007/2008): tratar a los participantes con amabilidad, afecto y respeto, ayudándoles a entender la pregunta de investigación de modo que quisiesen participar en que el estudio tuviese éxito; presentar de una forma atractiva el estudio; programar una serie sistemática de intentos de contacto; proporcionar recordatorios de la fecha de la entrevista; y recoger la información de la forma más agradable y menos invasiva posible.

De los 3250 médicos/as y enfermeros/as que estaban trabajando en las instituciones de salud 3052 cumplieron los criterios de elegibilidad.

La tasa de respuesta fue del 90.7%, 283 sujetos (9.3%) rehusaron participar en el estudio. Las razones argumentadas por los sanitarios para no participar en estudio fueron que la investigación podría interferir en su desempeño laboral, por falta de tiempo para cumplimentar los instrumentos de evaluación, por desacuerdo a proporcionar información personal y por desinterés en el estudio. De los 2769 encuestados, 365 se eliminaron por no haber contestado correctamente los cuestionarios.

La muestra final quedó compuesta por 2404 sanitarios, el 31.6% eran hombres y el 68.4% mujeres, con un rango de edad comprendido entre los 21 y los 65 años ($M = 40.0$; $DT = 10.6$). En la sección de Resultados se muestran en detalle las restantes características de la muestra.

Todos los participantes dieron su consentimiento informado. La participación fue voluntaria y gratuita, sin ningún incentivo económico o de otro tipo. El estudio se llevó a cabo en conformidad con la última revisión de la Declaración de Helsinki y obtuvo la aprobación de los comités éticos de las instituciones de salud participantes.

VARIABLES DEL ESTUDIO

1.8. Variables predictoras

1.8.1. Variables sociodemográficas

- ✓ Sexo como variable cualitativa con dos categorías: hombre, mujer.
- ✓ Edad como variable cuantitativa continua. Se ha medido en años cumplidos.

- ✓ Número de hijos como variable cuantitativa continua.
- ✓ Etnia como variable cualitativa de cuatro categorías: mestizo, blanco, afroecuatoriano, indígena.
- ✓ Estado civil como variable cualitativa con cinco categorías: soltero, casado, pareja de hecho, divorciado/separado, viudo/a.

1.8.2. Variables laborales

- ✓ Ingresos mensuales como variable cualitativa con siete categorías: 0 a 1000 \$, 1001 a 2000 \$, 2001 a 3000 \$, 3001 a 4000 \$, 4001 a 5000 \$, > 5001 \$, no recibían remuneración
- ✓ Profesión como variable cualitativa con dos categorías: médico/a, enfermero/a.
- ✓ Años de experiencia profesional (antigüedad) como variable cuantitativa continua.
- ✓ Dedicación como variable cualitativa con las siguientes categorías: tiempo parcial, tiempo completo.
- ✓ Sector en el que trabaja como variable cualitativa con las siguientes categorías: público, privado, mixto.
- ✓ Tipo de contrato como variable cualitativa con las siguientes seis categorías: ninguno, eventual, ocasional, fijo, indefinido, servicios profesionales.
- ✓ Número de instituciones en las que trabaja como variable cuantitativa continua.
- ✓ Jornada laboral diaria como variable cuantitativa continua.
- ✓ Trabajo por turnos como variable cualitativa con dos categorías: Con turnos, sin turnos.
- ✓ Atención directa (mensurada en porcentaje) como variable cualitativa con cinco categorías: ninguna, 25% o menos, 26-50%, 51-75%, 76-100%.

- ✓ Número de pacientes atendidos diariamente como variable cuantitativa continua.
- ✓ Recursos proporcionados por la institución como variable cualitativa con cuatro categorías: nada, poco, bastante, totalmente.

1.8.3. Variables clínicas

- ✓ Malestar emocional (síntomas somáticos, ansiedad, disfunción social, depresión) como variables cuantitativas continuas.
- ✓ Personalidad (neuroticismo, extraversión, psicoticismo) como variables cuantitativas continuas.
- ✓ Apoyo social como variable cuantitativa continua.
- ✓ Afrontamiento (activo y pasivo) como variables continuas.

1.9. Variables de resultado

Se han recogido como variables de resultado las tres dimensiones del *síndrome de burnout*: cansancio emocional, despersonalización y realización personal. Se han clasificado en tres niveles: bajo, medio y alto, de acuerdo con los puntos de corte establecidos previamente en la literatura científica (Seisdedos, 1997), como se recoge en la Tabla 2.

Tabla 2. Puntos de corte en las tres dimensiones del síndrome de *burnout*

Dimensiones	Alto	Medio	Bajo
Cansancio emocional	≥ 27	19 - 26	< 19
Despersonalización	≥ 10	6 - 9	6
Baja realización personal	< 34	34 - 39	≥ 40

En las tres escalas la puntuación mínima es de 0, mientras que la máxima es de 54 para cansancio emocional, 30 para despersonalización y 48 para realización personal.

La siguiente variable de resultado analizada ha sido la presencia de cansancio emocional, despersonalización y baja realización personal (complementaria de la realización personal), considerada como variable dicotómica:

- ✓ Sí: niveles altos de cansancio emocional, despersonalización y baja realización personal.
- ✓ No: niveles bajos y medios de cansancio emocional, despersonalización y alta realización personal.

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

INSTRUMENTOS

Se utilizaron una serie de instrumentos para recoger información sobre las características sociodemográficas, laborales y clínicas. En la Tabla 3 se muestra la relación de instrumentos utilizados con sus características básicas.

1.10. Cuestionario de las características de los participantes

Se elaboró un cuestionario ad hoc (ver Anexo 1) para obtener información sobre las siguientes variables:

- ✓ Características sociodemográficas: sexo, edad, número de hijos, etnia, estado civil.
- ✓ Características de la situación laboral: ingresos mensuales, profesión, años de experiencia profesional, dedicación, sector en el que trabaja, tipo de contrato, número de instituciones, jornada laboral diaria, turnos, atención directa, número de pacientes al día y recursos institucionales.

Tabla 3. Instrumentos de evaluación utilizados

Instrumento	Constructo evaluado	Formato	Propiedades psicométricas
Cuestionario de las características de los participantes	Información sociodemográfica y laboral del personal sanitario	Heteroadministrado	
Inventario de <i>burnout</i> Maslach MBI	Síndrome de <i>burnout</i>	Autoadministrado, 22 ítems	$\alpha = .70 - .90$
Cuestionario de Salud General GHQ-28	Malestar general	Autoadministrado, 28 ítems	Sensibilidad = 84.6% Especificidad = 82%
Inventario COPE-28	Estrategias de afrontamiento	Autoadministrado, 28 ítems	$\alpha = .50 - .80$
Cuestionario de Apoyo Social MOS	Apoyo Social	Autoadministrado, 20 ítems	$\alpha = .97$
Cuestionario de Personalidad de Eysenck Revisado-Abreviado EPQR-A	Personalidad	Autoadministrado, 24 ítems	extraversión $\alpha = .74$ neuroticismo $\alpha = .78$ psicoticismo $\alpha = .63$ sinceridad $\alpha = .54$

Nota. MBI = Inventario de *burnout* de Maslach; GHQ-28 = Cuestionario de Salud General; COPE-28= Cuestionario de Afrontamiento; MOS = Cuestionario de Apoyo Social Percibido; EPQR-A= Cuestionario de Personalidad de Eysenck Revisado-Abreviado.

1.11. Inventario de *burnout* de Maslach (Maslach burnout Inventory [MBI]; Maslach y Jackson, 1986; versión española de Seisdedos, 1997)

Este instrumento está diseñado para valorar el síndrome de *burnout* en sus tres aspectos fundamentales: cansancio emocional, despersonalización y baja realización personal (ver Anexo 2). Está compuesto por 22 ítems. Para las respuestas se utiliza una escala de Likert con puntuaciones de 0 a 6 de forma que 0 supone que lo expuesto no sucede nunca y 6 que sucede todos los días, dejando el resto de puntuaciones intermedias para la frecuencia de aparición situadas entre estos dos extremos.

La subescala de cansancio emocional está compuesta por 9 ítems y mide los sentimientos de una persona emocionalmente exhausta por el propio trabajo. La puntuación máxima es de 54 y se asocia de manera directa con el *burnout*. La subescala de despersonalización está integrada por 5 ítems y valora los sentimientos y actitudes negativas hacia el paciente. La puntuación máxima es de 30 se relaciona de manera directa con el nivel de *burnout*. La subescala de realización personal consta de 8 ítems y mide sentimientos de competencia y de éxito en el trabajo. La puntuación máxima es de 48 y se relaciona de manera inversa con el *burnout*. Los sujetos que presentan el síndrome de *burnout* serán aquellos que puntúen alto en despersonalización y cansancio emocional, y que obtengan puntuaciones bajas en realización personal.

En cuanto a las propiedades psicométricas, la consistencia interna (alfa de Cronbach) del MBI oscila en el rango de .70 a .90 (Maslach y Jackson, 1986), habiéndose obtenido con frecuencia índices más bajos para la escala de despersonalización (Schaufeli

y Van Dierendonck, 1993). Igualmente, se ha encontrado una alta fiabilidad test-retest a lo largo de los diferentes estudios (Maslach y Jackson, 1986). El análisis de la consistencia interna del inventario para la muestra de este trabajo se obtuvo un coeficiente alfa de Cronbach de .73.

1.12. Cuestionario de Salud General (General Health Questionnaire [GHQ-28]; Goldberg y Hillier, 1979; versión española de Muñoz, Vázquez-Barquero, Rodríguez, Pastrana y Varo, 1979)

Se trata de un cuestionario autoadministrado que evalúa el grado de malestar emocional y que diferencia probables casos de salud mental de aquellos que no lo son (ver Anexo 3). Contiene 28 ítems repartidos en cuatro subescalas (síntomas somáticos, ansiedad e insomnio, disfunción social y depresión grave) de siete ítems; en cada uno de ellos la persona debe señalar su situación actual en comparación con las últimas semanas marcando una de las cuatro opciones de respuesta, desde encontrarse mejor de lo habitual hasta peor de lo habitual.

El rango de puntuaciones oscila entre 0 y 28, donde una mayor puntuación es indicativa de un mayor malestar. Asimismo, dispone de un punto de corte, donde una puntuación superior a 5/6 es indicativa de caso probable, con una sensibilidad del 84.6% y una especificidad del 82% (Lobo, Pérez-Echeverría y Artal, 1986). El valor del coeficiente alfa de Cronbach, calculado en nuestro trabajo fue .89, similar al obtenido por Lobo y Muñoz (1996) y López-Castedo y Domínguez (2010).

1.13. Inventario COPE-28 (Brief COPE; Carver, 1997; versión española de Morán, Landero, y González, 2010)

Es un inventario autoadministrado de 28 ítems que describe distintas conductas o estrategias de afrontamiento pasivo y activo (ver Anexo 4). Para ítem la persona evalúa la frecuencia con la que lo aplica en una escala graduada desde 0 (*no he estado haciendo eso en absoluto*) hasta 3 (*he estado haciendo eso mucho*). Se compone de un total de 14 subescalas (con dos ítems cada una): autodistracción, afrontamiento activo, negación, consumo de alcohol o drogas, búsqueda de apoyo social emocional, búsqueda de apoyo social instrumental, desconexión conductual, desahogo, reinterpretación positiva, planificación, humor, aceptación, religión y autoculpabilización.

La puntuación de cada escala se obtiene sumando las puntuaciones de los dos ítems correspondientes. A mayor puntuación en cada subescala mayor utilización de la estrategia correspondiente. Este cuestionario cuenta con propiedades psicométricas adecuadas, con un alfa de Cronbach que oscila entre .50 y .80 para cada estrategia (Carver, 1997); en el presente estudio los índices de consistencia interna, calculados también mediante el coeficiente alfa de Cronbach, la gran mayoría fueron superiores a .75.

1.14. Cuestionario de Apoyo Social MOS (MOS Social Support Survey; Sherbourne y Steward, 1991; versión española Revilla, Luna del Castillo, Bailón y Medina, 2005).

Este instrumento es un cuestionario breve, multidimensional y autoadministrado que evalúa tanto los aspectos cuantitativos del apoyo social (red social) como los cualitativos (dimensiones del apoyo social) (ver Anexo 5). El MOS cuenta con un total de 20 ítems; el ítem número 1 hace referencia al tamaño de la red social y los 19 ítems restantes están referidos a cuatro dimensiones del apoyo social funcional: apoyo social emocional/informacional, apoyo instrumental, interacción social positiva y apoyo afectivo. Se pregunta mediante una escala tipo Likert de 5 puntos, que oscila entre 1 (*nunca*) a 5 (*siempre*), con qué frecuencia está disponible para la persona cada tipo de apoyo.

El rango de puntuaciones oscila entre 0 y 100, donde una mayor puntuación es indicativa de un mayor apoyo social percibido. En España se han utilizado puntos de corte empleando 57 para la puntuación total, 24 para la dimensión emocional, 12 para la instrumental y 9 para la interacción social y la afectiva (López et al., 2000). La consistencia interna para la puntuación total es alta ($\alpha = .97$) y para las subescalas oscila entre .91 y .96; la fiabilidad test-retest es elevada (.78). En el presente estudio se obtuvo una alfa de Cronbach de .97 para el global de las escalas.

1.15. Cuestionario de Personalidad de Eysenck Revisado-Abreviado (*Eysenck Personality Questionnaire Revised-Abbreviated* [EPQR-A]); Francis, Brown y Philipchalk, 1992; versión española de Sandín, Valiente y Chorot, 1999)

El EPQR-A consta de 24 ítems y cuatro subescalas (neuroticismo, extraversión, psicoticismo y sinceridad), con 6 ítems por cada una de ellas (ver Anexo 6). Las tres primeras subescalas miden rasgos de personalidad, mientras que la última evalúa la tendencia a mentir (o a emitir respuestas de deseabilidad social; en la versión española, al igual que ocurre con el cuestionario EPQ, se evalúa inversamente, esto es, se calcula el nivel de sinceridad). El formato de respuesta es de Sí (1) vs. No (0), con un rango de puntuaciones para cada subescala entre 0 y 6, interpretándose que a mayor puntuación en cada rasgo mayor presencia del mismo.

Sandín, Valiente, Montes, Chorot y Germán (2002) hallaron una consistencia interna (alfa de Cronbach) para la extraversión de 0.74, para el neuroticismo de 0.78, para el psicoticismo de 0.63 y para la sinceridad de 0.54. Estos autores concluyen que las dimensiones de neuroticismo y extraversión tienden a ser más consistentes que las de psicoticismo y sinceridad.

PROCEDIMIENTO

El presente estudio incluyó dos fases claramente diferenciadas. La primera de ellas se centró, fundamentalmente, en la elaboración de un protocolo de evaluación y el entrenamiento de los evaluadores. En relación al primer aspecto, se planificó un protocolo

de evaluación con los instrumentos que se utilizaron para recoger la información y se realizó una revisión del mismo en relación con el aspecto lingüístico, considerando la posibilidad de que pudiesen existir palabras que no eran de uso frecuente en Ecuador. Se presentó el cuestionario a tres expertos en lingüística para su revisión y adaptación de aquellos vocablos de uso infrecuente; encontraron 10 términos que se incluían en algunos ítems de los cuestionarios y que no eran utilizados en este contexto.

Después de la revisión de los instrumentos, se realizó una prueba preliminar en cuatro instituciones de salud de la ciudad de Loja, dos de las cuales fueron privadas y las otras dos públicas; se trabajó con 25 enfermeros/as y 25 médicos/as, para aclarar, precisar y perfeccionar la batería de cuestionarios. Además, se observó el tiempo requerido para la aplicación de la misma

También en esta fase se realizó el proceso de formación, que estuvo dirigido a profesionales relacionados con la psicología y a estudiantes y egresados universitarios, los cuales formaron parte del equipo encargado de recoger la información para el estudio. En primer lugar, se planificó una formación de 20 horas para los docentes colaboradores del presente proyecto; se presentó el proyecto, su relevancia, los objetivos, la metodología, el cronograma y las responsabilidades adquiridas, y se actualizaron las competencias relacionadas con la evaluación y el diagnóstico. Se explicó explícitamente el alcance del proyecto, así como el tiempo previsto para el acompañamiento in situ de los investigadores, y la supervisión y revisión de la información obtenida en el campo, con la finalidad de garantizar la veracidad de la misma.

Como se había previsto, aproximadamente durante 4 semanas se difundió información sobre el proyecto de investigación entre los egresados de la titulación de Psicología. Los egresados interesados en participar en el proyecto se inscribieron en los distintos centros regionales, provinciales y asociados de la UTPL de todo el país, con la finalidad de ser aceptados en dicho proyecto. Una vez verificados los requisitos, se notificó la aceptación en el programa y la correspondiente convocatoria para la formación presencial en la sede de Loja.

La formación comprendió un total de 24 horas y fue impartida por el grupo de investigadores del proyecto, diez profesores de Psicología, con una experiencia en evaluación entre 5 y 10 años. Se realizó una contextualización del proyecto de investigación, su significación, objetivos y metodología a seguir. Asimismo, se entrenó al estudiantado en la integración teórico-práctica de destrezas y conocimientos especializados en el área de la psicometría, psicotecnia, y evaluación psicológica, y se realizaron ejercicios prácticos de aplicación de los instrumentos. Finalmente, se mostraron las características de las instituciones de salud a contactar para realizar el proceso de investigación.

Las evaluaciones fueron hechas por expertos, que previamente habían recibido en torno a 24 horas de entrenamiento consistentes en seminarios teórico-prácticos en esta temática.

Tras finalizar el proceso de prueba y formación se inició la fase II, la *aplicación de los instrumentos*, que se aplicaron a médicos/as y enfermeros/as de las 91 instituciones de salud de las 24 provincias de Ecuador (ver Figura 4).



Figura 4. Provincias de Ecuador en las que se llevó a cabo el estudio

Bajo el criterio de accesibilidad, se realizó un acercamiento a las instituciones de salud contemplando los criterios de inclusión y exclusión establecidos para participar en el estudio. Este acercamiento consistió en el envío de una carta donde se presentaban los objetivos del proyecto y la invitación a participar en esta investigación, la cual contaba con el respaldo de la UTPL. Cada investigador procedió a realizar el acercamiento a las instituciones de salud que le habían asignado. La primera tarea consistía en averiguar aquellos datos más relevantes que le servirían para solicitar una cita como los nombres de los directivos o las políticas institucionales. Previo a la primera entrevista con el director, se pidió a todos los egresados que recordasen lo explicado de manera detallada en el curso

de formación sobre la presentación personal, la fluidez verbal y la actitud positiva al presentarse ante las autoridades.

Una vez concertada la cita con el directivo de la institución de salud correspondiente, se procedía a realizar la entrevista con el mismo. Cada egresado llevaba una carta de la Dirección General del Proyecto y el trabajo a desarrollar. Después de presentarse al director, explicaba y resaltaba los objetivos y la puesta en marcha del proyecto, las características de la institución patrocinadora (UTPL). Posteriormente, se determinó el día y la hora de la aplicación de la batería de instrumentos de acuerdo a la disponibilidad de los sanitarios de las instituciones de salud y las reuniones semanales que se realizaban al iniciar las jornadas. Esto se coordinó con los jefes de personal médico y de enfermería.

De los 3250 invitados a participar en el proyecto, acudieron a las evaluaciones 2769 profesionales de la salud. El personal previamente entrenado aplicó los cuestionarios colectivamente; la duración aproximada de cada evaluación fue de 35-40 minutos; dicha aplicación se realizó en las instituciones de salud, en los consultorios o en las salas de conferencias. La evaluación fue realizada por los investigadores (egresados de psicología y docentes de psicología de la UTPL), de acuerdo a la disponibilidad de los centros entre los meses de enero y diciembre del 2012.

El proceso de supervisión del trabajo de campo se llevó a cabo en cada una de las provincias por el grupo de investigadores responsables del proyecto, quienes se trasladaron desde la ciudad de Loja a cada uno de los lugares en los que se realizaron evaluaciones.

ESTRATEGIA DE ANÁLISIS DE DATOS

Para el análisis de los datos se utilizó el paquete estadístico SPSS para Windows (versión 20.0). Para la elección de las pruebas estadísticas para determinar la significación estadística se tuvo en cuenta: (a) el objetivo del análisis, (b) las características de las variables implicadas, (c) las condiciones de aplicación de cada prueba, (d) el diseño del estudio, y (e) el número de grupos a utilizar.

1.16. Estudio descriptivo

- ✓ Valoración de las variables sociodemográficas, laborales y clínicas: se estimaron las medias y desviaciones típicas para las variables cuantitativas, y el número y porcentaje de participantes para las variables cualitativas.
- ✓ Valoración del síndrome de *burnout*. Se han calculado (a) la puntuación media y desviación típica para el síndrome de *burnout*; (b) el número y porcentaje de participantes con nivel bajo, medio y alto del síndrome de *burnout*; y (c) el número y porcentaje de participantes con síndrome de *burnout*.
- ✓ Valoración de cansancio emocional, despersonalización y baja realización personal. Se han presentado: (a) los valores medios y las desviaciones típicas hallados en las tres dimensiones del síndrome; (b) el número y porcentaje de sujetos con nivel bajo, medio y alto de cansancio emocional, despersonalización y baja realización personal; y (c) el número y porcentaje de individuos que tenían cansancio emocional, despersonalización y baja realización personal.

1.17. Estudio analítico

Para el estudio analítico se recodificaron las distintas variables en: edad (< 40 años, \geq 40 años), hijos (no tiene hijos, tiene hijos), etnia (mestizo, otras razas), estado civil (casado/pareja de hecho, soltero/divorciado/viudo), ingresos mensuales (< 1000 \$, \geq 1000 \$), experiencia profesional (\leq 10 años, > 10 años), sector en el que trabaja (público, privado/mixto) tipo de contrato (nombramiento, otro tipo de contrato), jornada laboral diaria (\leq 8 horas, > 8 horas) turnos (con turnos, sin turnos), atención directa (\leq 50% atención directa, > 50% atención directa), número de pacientes atendidos al día (0 - 17 pacientes, 18 pacientes en adelante), recursos institucionales bastante/totalmente, poco/ninguno). Posteriormente, se realizaron dos tipos de análisis:

- Análisis bivariante: para la comparación de variables cualitativas se ha utilizado el test de ji cuadrado de Pearson o el test exacto de Fisher (cuando alguno de los valores esperados era menor de 5), considerando significativa una $p < .05$. Para la comparación de medias en variables cuantitativas se ha utilizado la t de Student para dos muestras independientes. Asimismo, se ha considerado significativa una $p < .05$.

- Análisis multivariante: se han realizado regresiones logísticas para el síndrome de *burnout* y para cada una de sus dimensiones. Los análisis de regresión logística se realizaron con ajuste simultáneo de todas las variables que habían alcanzado significación estadística en los análisis bivariados. Los resultados se informaron como odds ratios (OR) con intervalos de confianza del 95%.

IV. RESULTADOS



CARACTERÍSTICAS DE LA MUESTRA

1.18. Características sociodemográficas

Las características sociodemográficas de los participantes se muestran en la Tabla 1. La primera variable que se muestra en la misma es el sexo. Esta variable ha sido cumplimentada por el 100% de los profesionales, el 68.4% eran mujeres y el 31.6% restantes eran hombres.

En cuanto a la variable edad ha sido cumplimentada por el 100% de los participantes, la edad media es de 40 años, entre un mínimo de 21 años y un máximo de 65 años. Como se muestra en la Figura 1, los grupos de edad más prevalentes fueron los de 30 a 34 años con 460 participantes (19.1%), seguido por los de 25 a los 29 años con 393 participantes (16.3%) y los de 45 a los 49 años con 341 participantes (14.2%). En los extremos se situaron los más jóvenes y los más mayores; había 64 participantes con edades entre los 20 y los 24 años (2.7%) y 104 con más de 60 años (4.3%).

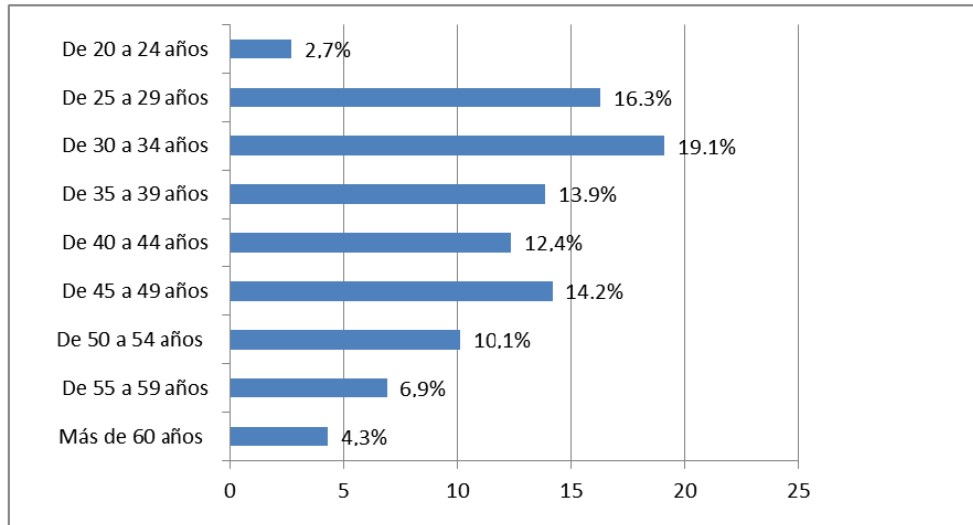


Figura 1. Porcentaje de profesionales de salud en función de la edad

Respecto a la variable número de hijos, ha sido cumplimentado por el 96.8% de los profesionales de la salud encuestados. La media fue de 4.7 con un mínimo de 0 y un máximo de 9 hijos. De ellos 547 no tenían hijos, 677 tenían dos hijos, 560 tenían 3 o más hijos y 544 tenían un solo hijo (Ver Figura 2).

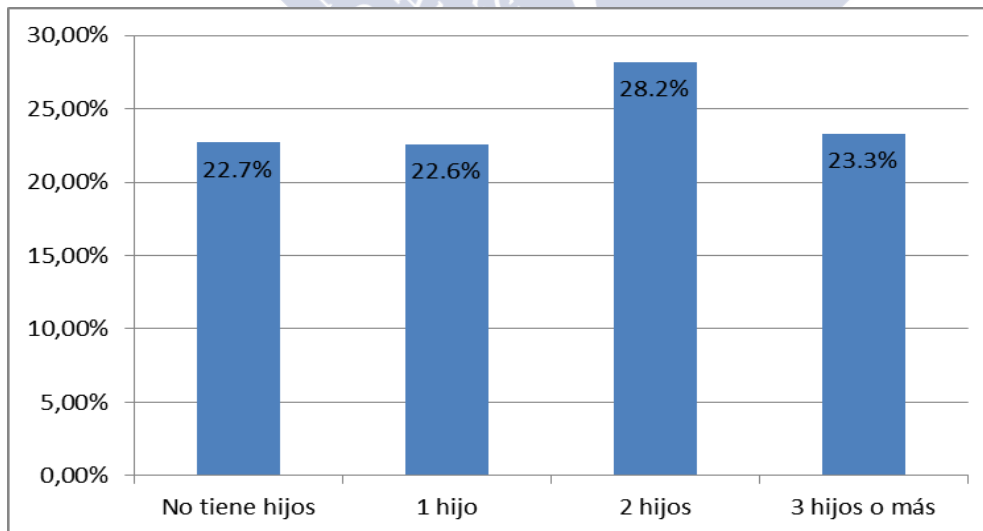


Figura 2. Porcentaje de profesionales de la salud según el número de hijos

Respecto a la variable etnia, ha sido contestada por el 100% de los encuestados. La categoría con mayor porcentaje fue la de los mestizos/as con 91.6%, seguida por la de la raza blanca con un 6.2%, la raza afroecuatoriano con un 1.3% y la indígena 0.9%.

Igualmente, la variable estado civil ha sido cumplimentada por el 100% de los participantes. En la distribución según el estado civil, el 28.4% de los sanitarios estudiados son solteros, el 55.7% estaban casados, el 5.5% pareja de hecho, el 8.3% divorciado/separado, y el 2.1% viudo/a.

Tabla 1. Características sociodemográficas de los participantes (N = 2404)

VARIABLES	Total	
	N	%
Sexo		
Hombre	760	31.6
Mujer	1644	68.4
Edad		
M	40.0	
DT	10.6	
Intervalo	21-65	
Número de hijos /as		
M	4.71	
DT	17.1	
Intervalo	0-9	
Etnia		
Mestizo/a	2203	91.6
Blanco/a	149	6.2
Afroecuatoriano/a	31	1.3
Indígena	21	0.9
Estado civil		
Soltero/a	682	28.4
Casado/a	1339	55.7
Pareja de hecho	132	5.5
Divorciado/a	200	8.3
Viudo/a	51	2.1

1.19. Características de la situación laboral

En la Tabla 2 se muestran los datos correspondientes a las variables laborales de los participantes. La primera variable analizada fue la variable ingresos familiares mensuales, ha sido informada por el 99,3% de los médicos/as y enfermeros/as; la categoría de ingresos predominante fue la de 1001 a 2000 \$ (50.6%), seguido por las de menos de 1000\$ (34.6%), 2001 a 3000\$ (9.3%), 3001 a 4000\$ (2.7%), 4001 a 5000\$ (0.8%), la de 5001 a 6000\$; el 0.2% no recibían remuneración alguna.

En cuanto a la profesión fue cumplimentada por el 100% de los participantes. El 50.3% eran enfermeros y el 49.7% restante eran médicos.

La siguiente variable analizada fue la experiencia profesional, habiendo sido cumplimentada por el 100% de los profesionales de la salud entrevistados. La media fue de 13.4 con un mínimo de 1 y un máximo de 57 años de experiencia. Como se muestra en la Figura 3, el 51.3% tenían una experiencia de 10 años o más y el 48.7% de menos de 10 años.

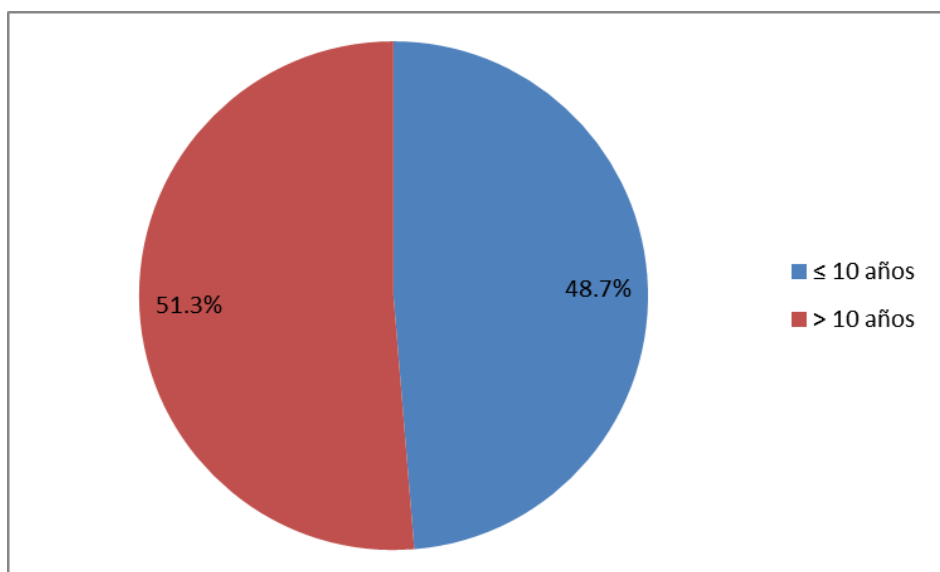


Figura 3. Porcentaje de profesionales de salud según los años de experiencia profesional

En cuanto a la variable dedicación, ha sido cumplimentada por el 98.4 % de los participantes. El 74.8% señalaron una dedicación a tiempo completo y el 23.6% restante a tiempo parcial.

Respecto a la variable sector en el que trabaja, ha sido contestada por el 98.6% de los encuestados. La categoría con mayor porcentaje fue la de del sector público con un 53.2%, seguida por el sector privado con un 25.5%. Un 19.8% trabajaban en sectores mixtos.

En cuanto a la variable tipo de contrato, ha sido informada por el 98.5% de los médicos y enfermeros. La categoría predominante fue la de contrato indefinido (49.5%), seguido por la de contrato ocasional (21.3%), el contrato de plazo fijo (16.4%), la de servicios profesionales (5.8%) y el contrato eventual (3.8%); el 1.7% no tenía ningún tipo de contrato.

Respecto a la variable número de instituciones en las que trabaja, ha sido cumplimentada por el 99.0% de los participantes. El número medio de instituciones en las que trabajaban los profesionales de la salud fue de 1.3, oscilando entre un mínimo de una y un máximo de cuatro instituciones. El 77.0% ($n = 1818$) trabajaba en una institución y el 23.0% ($n = 542$) restante en dos o más (ver Figura 4).

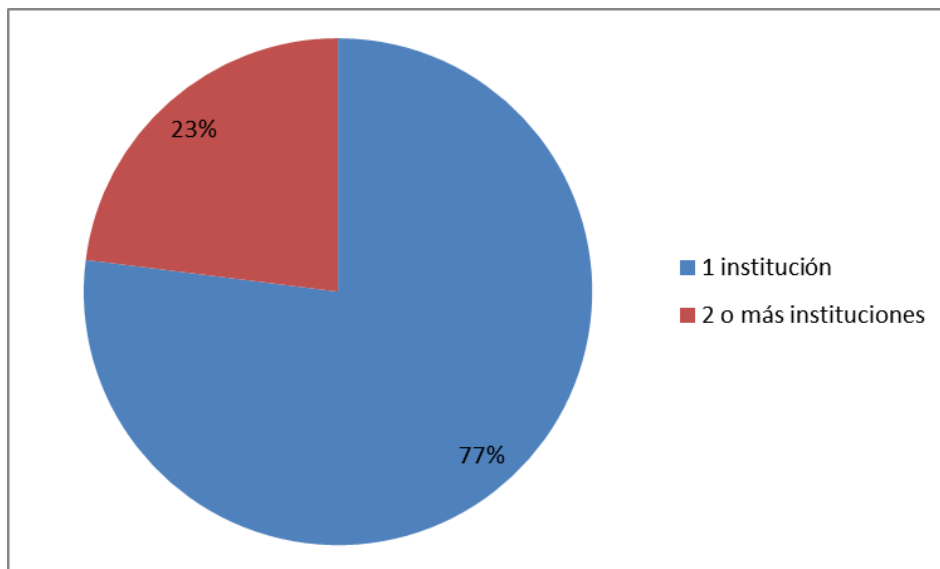


Figura 4. Porcentaje de profesionales en función de las instituciones en las que trabaja

En cuanto a la jornada diaria laboral, ha sido cumplimentado por el 97.5% de los profesionales de la salud encuestados. La media fue de 8.8, con un mínimo de 1 hora y un máximo de 24 horas. De ellos, el 72.5% ($n = 1700$) trabajaba 8 horas diarias y el 27.5% ($n = 645$) restante, 9 horas o más (ver Figura 5).

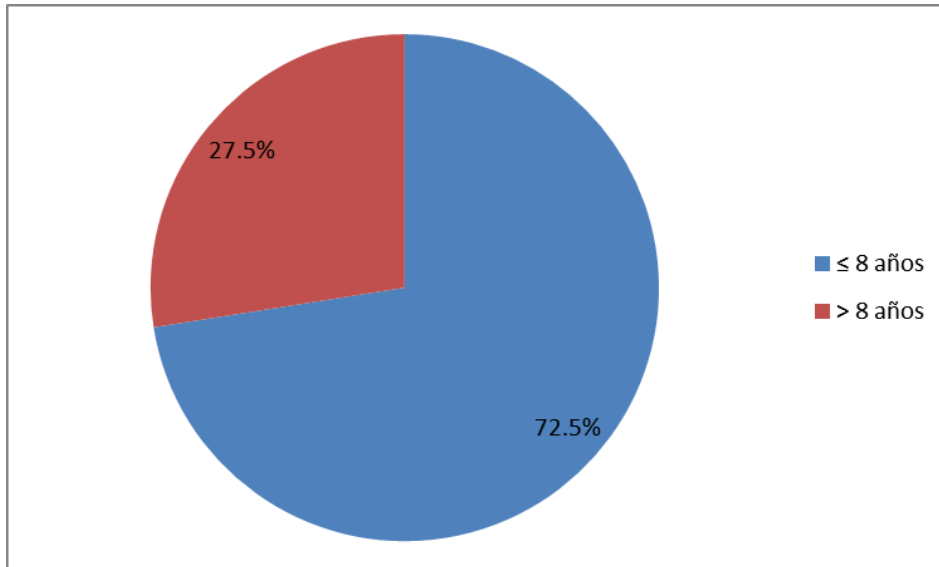


Figura 5. Porcentaje de profesionales de la salud según la jornada diaria laboral

En relación a la variable trabajo por turnos, ha sido informada por el 100% de los profesionales de la salud. Los profesionales de la salud que trabajaban por turnos representaron el 57.4% del total, frente al restante 42.6% que no hacían turnos.

Respecto a la variable porcentaje de atención directa, ha sido cumplimentada por el 99.2% de los médicos y enfermeros. La categoría predominante fue la de un porcentaje de atención entre el 76-100% (62.4%), seguido por la de un porcentaje entre el 51-75% (26.7%), la de un porcentaje entre el 26-50% (5.8%), la de un porcentaje del 25% o menos (3.2%). Un 1.1% de los profesionales no tenía contacto directo con los pacientes.

Respecto a la variable número de pacientes atendidos al día, ha sido informada por el 96.0% de los participantes. El número medio de pacientes atendidos es de 18.7, oscilando entre un mínimo de 0 y un máximo de 45 pacientes. Como se muestra en la

Figura 6, el 48.8% ($n = 1173$) atendía a menos de 17 pacientes al día y el 47.2% ($n = 1135$) restante a 18 o más.

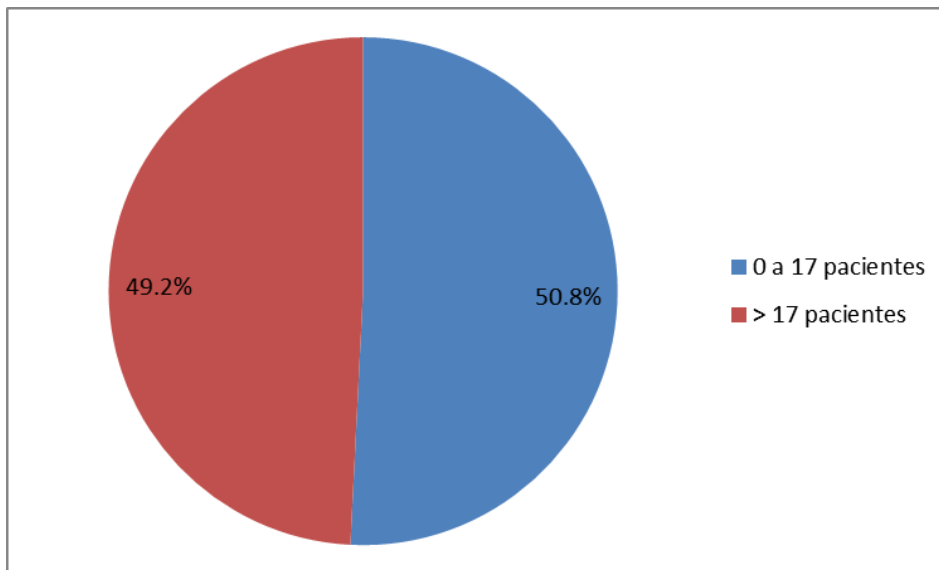


Figura 6. Porcentaje de profesionales según los pacientes atendidos

En cuanto a la variable recursos proporcionados por la institución, ha sido cumplimentada por el 98.8% de los médicos y enfermeros. La categoría predominante fue la de bastante con un 55.1%, seguido por la de totalmente con un 36.7%, la de poco con un 7.9% y nada con un 0.3%.

Tabla 2. Características laborales de los participantes ($N = 2404$)

VARIABLES	Total	
	<i>N</i>	%
Ingresos familiares mensuales (\$)		
0 a1000	824	34.2
1001 a 2000	121	50.6
2001 a 3000	223	9.3
3001 a 4000	64	2.7
4001 a 5000	19	0.8
5001 a 6000	36	1.5
No remuneración	4	0.2
No contestaron	16	0.7

Tabla 2. Características laborales de los participantes (continuación)

VARIABLES	Total	
	N	%
Profesión		
Médico/a	1194	49.7
Enfermero/a	1210	50.3
Experiencia profesional		
<i>M</i>	13.4	
<i>DT</i>	10.3	
Intervalo	1-57	
Dedicación		
Total	1798	74.8
Parcial	568	23.6
No contestaron	38	1.6
Sector en el que trabaja		
Público	1279	53.2
Privado	614	25.5
Mixto	477	19.8
No contestaron	34	1.4
Tipo de contrato		
Eventual	91	3.8
Ocasional	513	21.3
Plazo fijo	395	16.4
Nombramiento	1189	49.5
Servicios profesionales	139	5.8
Ninguno	41	1.7
No contestaron	36	1.5
Número de instituciones		
<i>M</i>	1.3	
<i>DT</i>	10.3	
Intervalo	1-4	

Tabla 2. Características laborales de los participantes (continuación)

VARIABLES	Total	
	N	%
Jornada Laboral diaria		
<i>M</i>	8.8	
<i>DT</i>	3.6	
Intervalo	1-24	
Turnos		
Con turnos	1379	57.4
Sin turnos	1025	42.6
Atención directa		
Ninguna	26	1.1
25% o menos	77	3.2
26-50%	138	5.7
51-75%	642	26.7
76-100%	1501	62.4
No contestaron	20	0.8
No de pacientes/día		
<i>M</i>	18.7	
<i>DT</i>	11.7	36.7
Intervalo	0-45	51.1
Recursos Institucionales		7.9
Totalmente	873	
Bastante	1308	
Poco	188	
Nada	7	
No contestaron		

1.20. Características clínicas de los participantes

La primera variable clínica analizada fue variable malestar emocional; las subescalas de síntomas somáticos, ansiedad, disfunción social, depresión fueron completadas por el 100% de los participantes (ver Tabla 3).

Tabla 3. Malestar emocional

VARIABLES	Total	
	N	%
Sin síntomas somáticos	1676	69.7
Con síntomas somáticos	728	30.3
Sin ansiedad	1458	60.6
Con ansiedad	946	39.4
Sin disfunción social	2380	99.0
Con disfunción social	24	1.0
Sin depresión	2265	94.2
Con depresión	139	5.8

En la subescala de síntomas somáticos la puntuación promedio fue de 1.3 ($DT = 0.5$). Un 69.7% ($n = 1676$) no presentaba síntomas somáticos y el 30.3% ($n = 728$) presentaba síntomas somáticos (ver Figura 7).

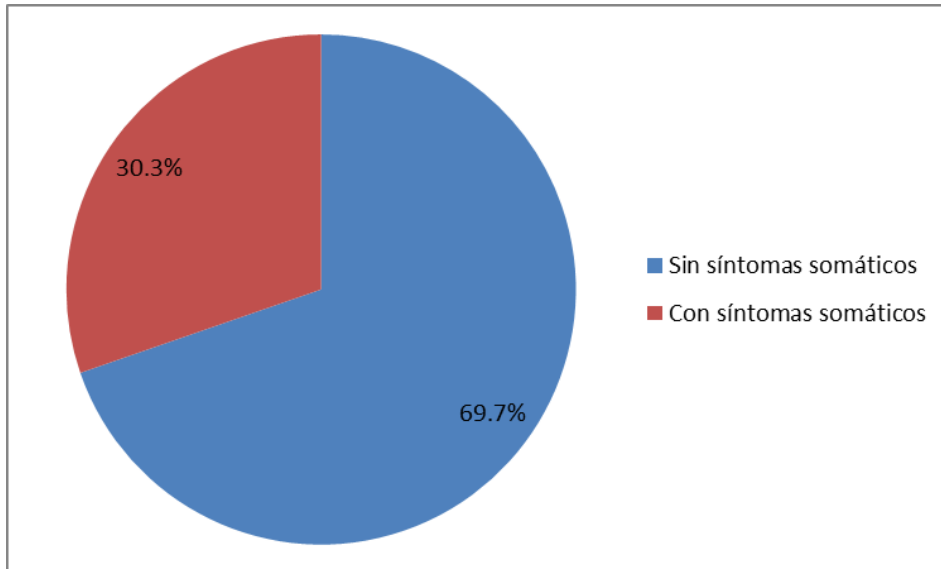


Figura 7. Síntomas somáticos

En relación a la subescala de ansiedad, la puntuación promedio fue de 1.4 ($DT=0.5$). El 60.6% ($n = 1458$) no presentaba ansiedad, mientras que el 39.4% ($n = 946$) presentaba ansiedad (ver Figura 8).

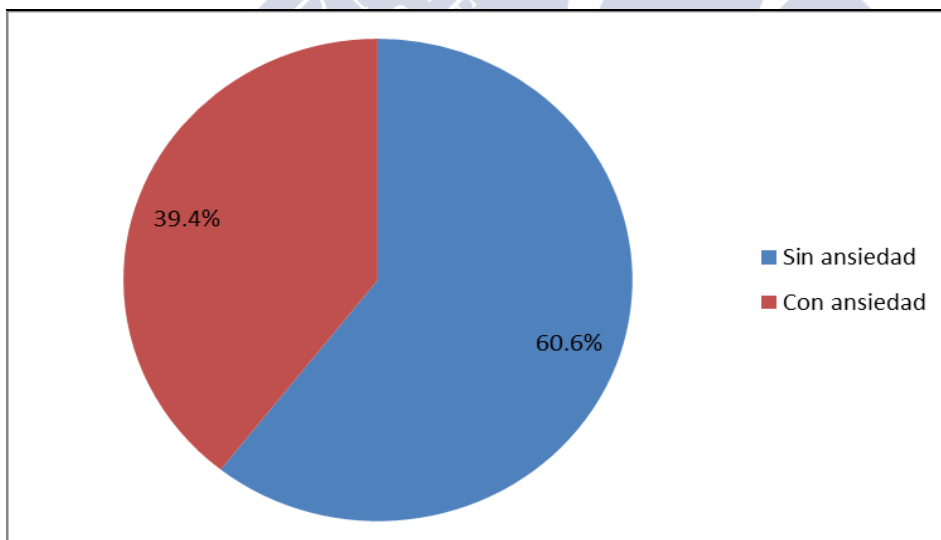


Figura 8. Ansiedad

En la subescala disfunción social la puntuación promedio fue de 1.0 ($DT = 0.1$). Un 99% ($n = 2380$) no presentaba disfunción social y el 1% ($n = 24$) presentaba disfunción social (ver Figura 9).

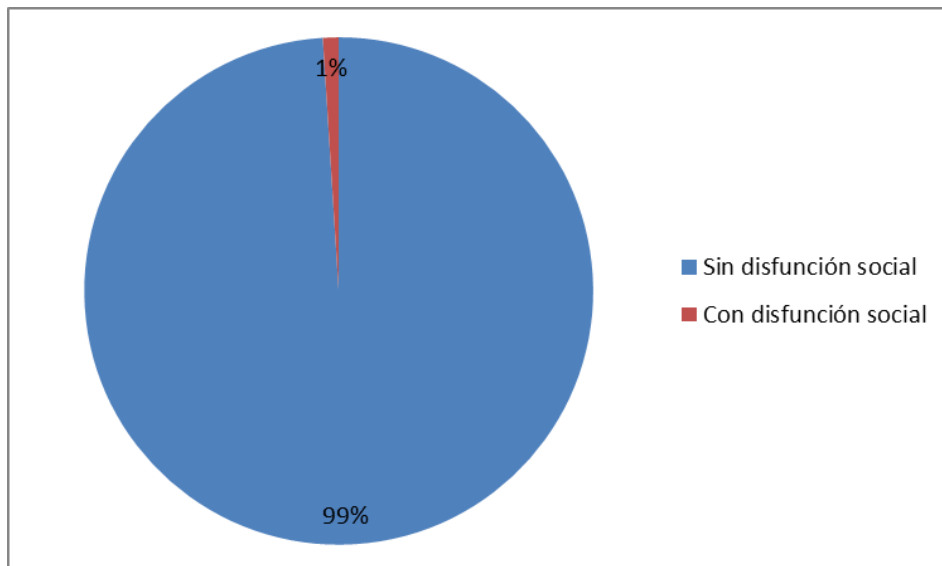


Figura 9. Disfunción social

En lo que respecta a la subescala depresión, la puntuación promedio fue de 1.1 ($DT = 0.2$). Un 94.2% ($n = 2265$) no presentaba síntomas de depresión y el 5.8% ($n = 139$) presentaba síntomas de depresión (ver Figura 10).

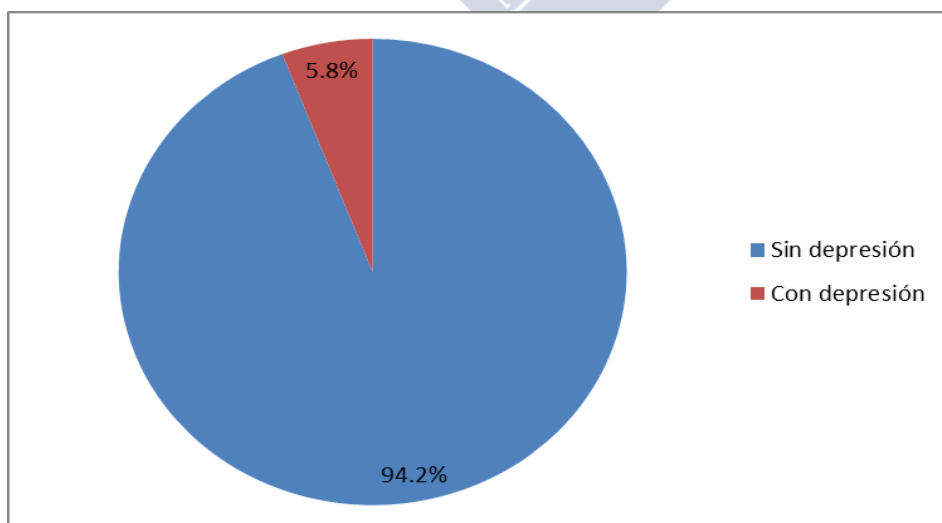


Figura 10. Depresión

En la Tabla 4 se muestran las medias y desviaciones típicas para la personalidad, el apoyo social y el afrontamiento. Respecto a la personalidad, las subescalas de neuroticismo, extraversión y psicoticismo fueron cumplimentadas por el 100 % de los participantes. La puntuación media en la subescala de neuroticismo fue de 1.8, en la de extraversión 4.3 y 1.6 en la de psicoticismo (ver Tabla 4).

Respecto a la variable apoyo social, ha sido cumplimentada por el 100% de los participantes. La media en apoyo social fue de 73.3 ($DT = 19.1$), siendo la puntuación más baja de 19 y más alta de 95 (ver Tabla 4).

En cuanto a la variable afrontamiento, y, la dimensión de afrontamiento activo ha sido cumplimentada por el 95.5% de los participantes, con una puntuación media de 9.2 ($DT = 7.4$), oscilando entre un mínimo de 0 y un máximo de 42; la dimensión de afrontamiento pasivo ha sido informada por el 94.5% de los participantes, con una puntuación media de 10.9 ($DT = 8.5$), siendo la puntuación más baja de 0 y más alta de 42 (ver Tabla 4).

Tabla 4. Personalidad, apoyo social y afrontamiento

VARIABLES	<i>M</i>	<i>DT</i>
Neuroticismo	1.8 (0-6)	1.7
Extraversión	4.3 (0-6)	1.7
Psicoticismo	1.6 (0-6)	1.0

Tabla 4. Personalidad, apoyo social y afrontamiento (continuación)

VARIABLES	<i>M</i>	<i>DT</i>
Apoyo social	73.3 (19-95)	19.1
Afrontamiento activo	9.2 (0-42)	7.4
Afrontamiento pasivo	10.9 (0-42)	8.5

ANÁLISIS DEL SÍNDROME DEL *BURNOUT*

Al analizar el síndrome de *burnout* se halló una puntuación media de 60.3 ($DT = 14.1$). En función de los distintos niveles considerados en el estudio, como se muestra en la Figura 11, se encontró que 709 (33.9%) participantes tenían un nivel bajo de *burnout*, 620 (29.7%) un nivel medio y 760 (36.4%) un nivel alto. Por consiguiente, el 63.6% de los profesionales de la salud padecían niveles bajos/medios de *burnout* y el 36.4% altos.

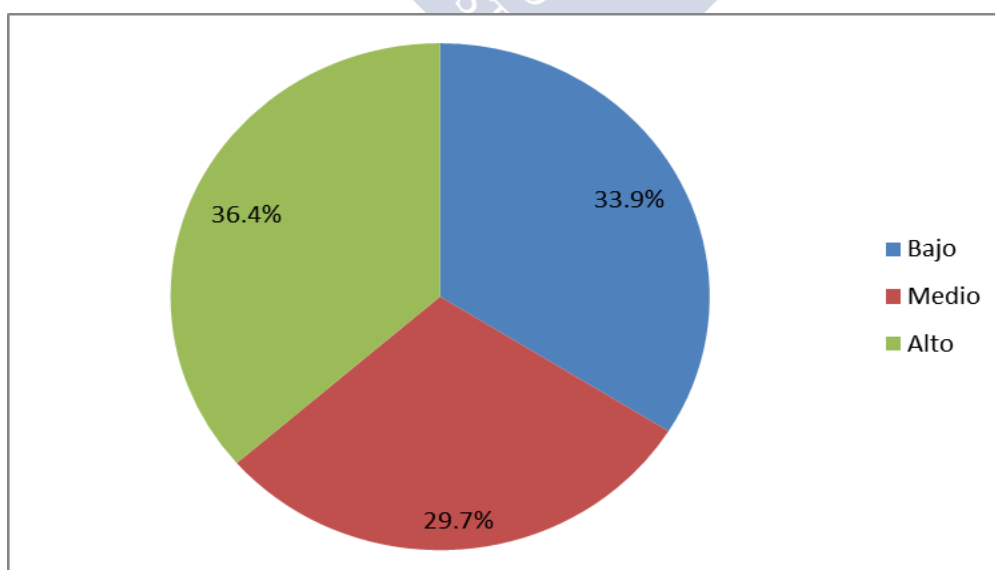


Figura 11. Distribución de los participantes según los niveles de *burnout*

1.21. Relación entre las variables del estudio y el *burnout*: análisis bivariados.

2.1.1 Variables sociodemográficas y *burnout*

La primera de las variables sociodemográficas analizadas en relación con el *burnout* fue el sexo. La puntuación media en *burnout* para los hombres fue de 62.5 ($DT = 14.3$) y para las mujeres de 59.2 ($DT = 13.9$) (ver Figura 12); las diferencias entre hombres y mujeres fueron estadísticamente significativas, $t(2087) = 5.02, p > .0001$.

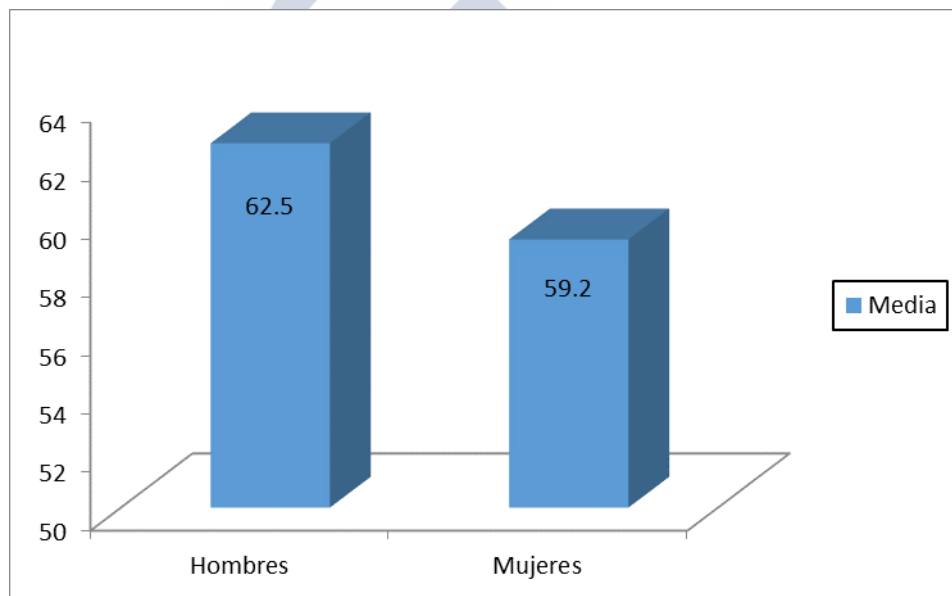


Figura 12. Puntuaciones medias en *burnout* en función del sexo

También, en relación a las variables sexo y nivel de *burnout*, se halló en los profesionales de la salud que los hombres en el 58.8% tenían niveles bajos de *burnout*, mientras que el 41.2% tenían niveles altos; en las mujeres el 66.0% tenían un nivel bajo y el 34.0% alto (ver Tabla 5). Se encontró una relación estadísticamente significativa entre ambas variables, $\chi^2(1, N = 2089) = 10.47, p < .0001$.

Tabla 5. Sexo y nivel de *burnout*

		Nivel de <i>burnout</i>				$\chi^2(1 \text{ a}, N = 2089)$	<i>p</i>
		Bajo/medio		Alto			
		<i>n</i>	%	<i>n</i>	%		
Sexo	Hombres (<i>n</i> = 702)	413	58.8	289	41.2	10.47	<.0001
	Mujeres (<i>n</i> = 1387)	916	66.0	471	34.0		

Nota. ^a Grados de libertad.

En relación a la edad y el *burnout*, se halló una media en *burnout* para los sujetos de menos de 40 años de 61.4 (*DT* = 14.3) y para los de 40 años o más de 58.9 (*DT* = 13.8) (ver Figura 13), siendo las diferencias estadísticamente significativas, $t(2036) = 3.9$, $p < .0001$.

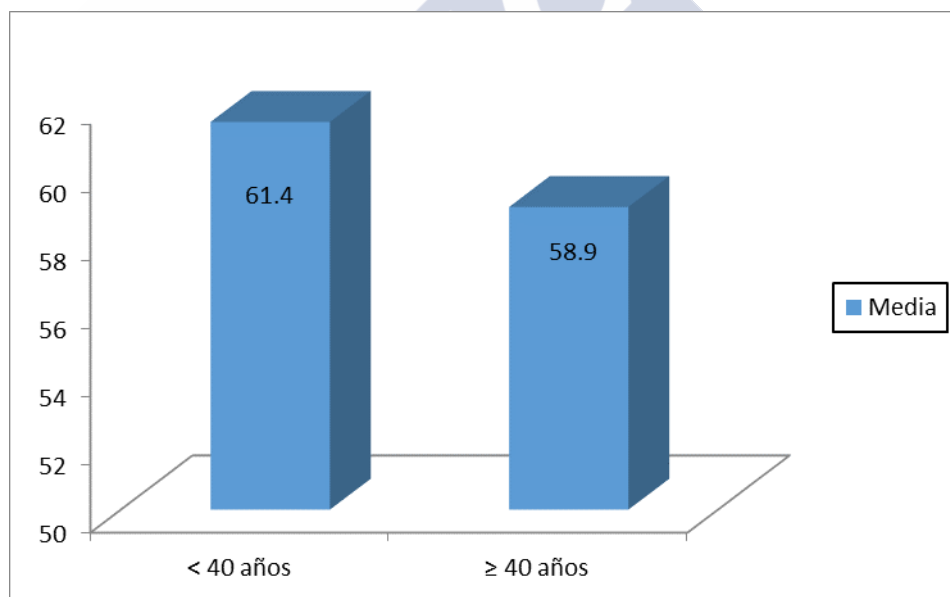


Figura 13. Puntuaciones medias en *burnout* en función de la edad

Igualmente en cuanto a la relación entre edad y nivel de *burnout*, se encontró en los de menos de 40 años que el 60.5% de los participantes tenían un nivel bajo de *burnout* y el 39.5% alto; en los de 40 años o más, el 67.4% tenían niveles bajos de *burnout* y el

32.6% alto (ver Tabla 6). Las diferencias halladas entre ambas variables fueron estadísticamente significativas, $\chi^2(1, N = 2089) = 10.87, p < .0001$.

Tabla 6. Edad y nivel de *burnout*

		Nivel de <i>burnout</i>				$\chi^2(1 \text{ a}, N = 2089)$	<i>p</i>
		Bajo/medio		Alto			
		<i>n</i>	%	<i>n</i>	%		
Edad	< 40 años (n = 1146)	693	60.5	453	39.5	10.87	<.0001
	≥ 40 años (n = 943)	636	67.4	307	32.6		

Nota. ^a Grados de libertad.

En cuanto a la relación entre las variables número de hijos y *burnout* se encontró una puntuación media en *burnout* para los que no tenían hijos de 61.2 (*DT* = 14.8) y para los que tenían hijos de 59.9 (*DT* = 13.9), (ver Figura 14); no hubo diferencias estadísticamente significativas entre ambas variables, $t(2087) = 1.79, p = .73$.

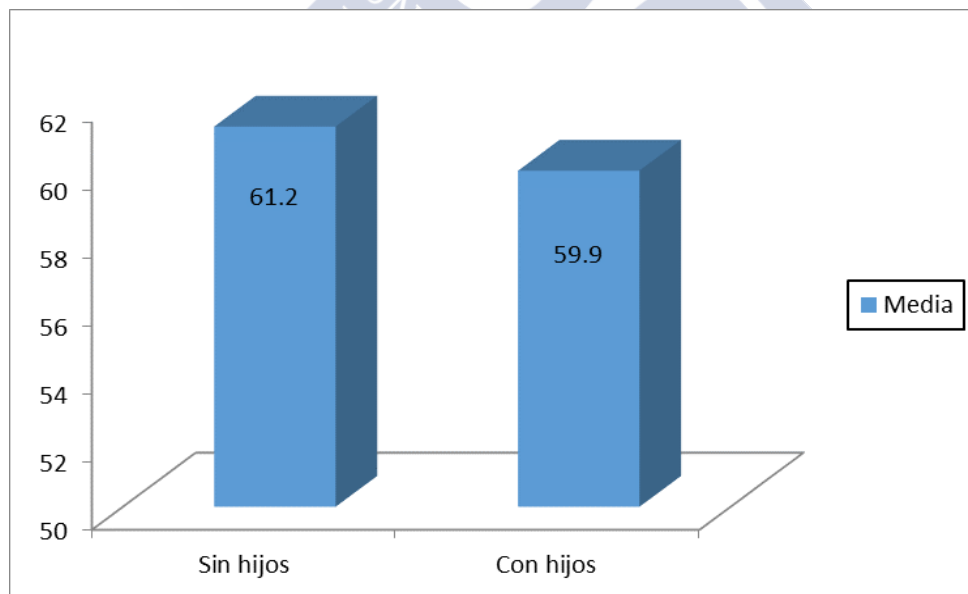


Figura 14. Puntuaciones medias en *burnout* en función de tener hijos o no

De igual modo, en relación al número de hijos y nivel de *burnout*, se halló en aquellos sin hijos que el 58.9% tenían un nivel bajo de *burnout* y el 41.1% alto; en los que

tenían hijos, el 65.3% presentaba un nivel bajo de *burnout* y 34.7% alto (ver Tabla 7). Se encontró una relación estadísticamente significativas entre ambas variables, $\chi^2 (1, N = 2089) = 7.16, p = .007$.

Tabla 7. Hijos y nivel de *burnout*

		Nivel de <i>burnout</i>				$\chi^2(1^a, N = 2089)$	<i>p</i>
		Bajo/medio		Alto			
		<i>n</i>	%	<i>n</i>	%		
Hijos	Sin hijos (<i>n</i> = 550)	324	58.9%	226	41.1%	7.16	.007
	Con hijos (<i>n</i> = 1539)	1005	65.3%	534	34.7%		

Nota. ^a Grados de libertad.

Respecto a la relación entre las variables etnia y *burnout*, se halló una puntuación media en *burnout* para los mestizos de 60.3 (*DT* = 13.9) y para los de otras razas de 60.6 (*DT* = 16.9) (ver Figura 15); no hubo diferencias estadísticamente significativas entre ambas variables, $t (2087) = -0.29, p = .77$.

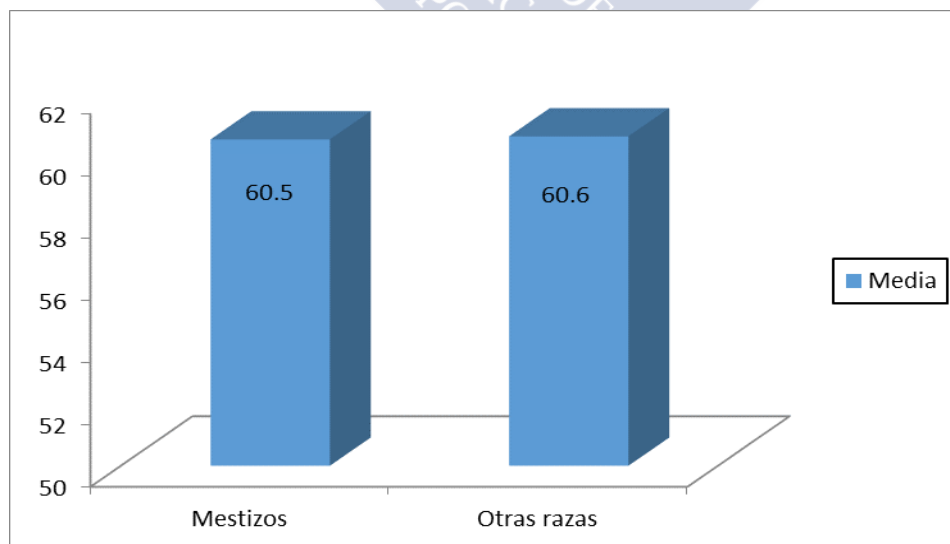


Figura 15. Puntuaciones medias en *burnout* en función de la etnia

De igual manera en relación a la etnia y el nivel de *burnout*, se halló que en los mestizos el 64.0% tenían un nivel bajo de *burnout* y el 36.0% alto; en los de otras etnias, el 59.6% presentaba un nivel bajo de *burnout* y el 40.4% alto (ver Tabla 8). No se encontró una relación estadísticamente significativas entre ambas variables, $\chi^2(1, N = 2089) = 1.39$, $p = .23$.

Tabla 8. Etnia y nivel de *burnout*

		Nivel de <i>burnout</i>				$\chi^2(1^a, N = 2089)$	<i>p</i>
		Bajo/medio		Alto			
		<i>n</i>	%	<i>n</i>	%		
Etnia	Mestizos (<i>n</i> =1911)	1223	64.0%	688	36.0%	1.39	.23
	Otras Razas (<i>n</i> =178)	106	59.6%	72	40.4%		

Nota. ^a Grados de libertad.

Respecto a la relación entre las variables estado civil y *burnout*, se encontró una puntuación en *burnout* para los casados/pareja de hecho de 60.0 (*DT* = 14.2) y para los solteros/divorciados/viudos fue de 60.8 (*DT* = 14.1) (ver Figura 16); no se hallaron diferencias estadísticamente significativas, $t(1729) = -1.18$, $p = .24$.

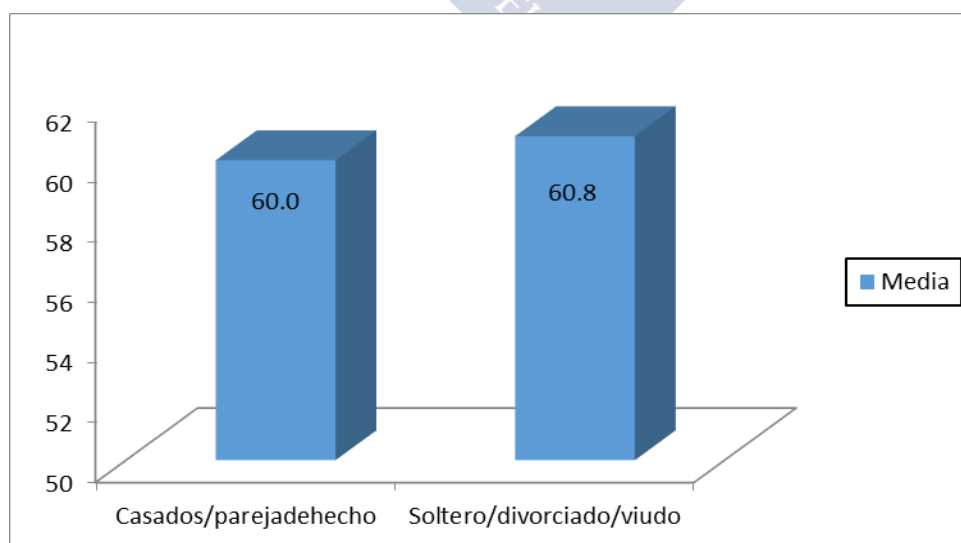


Figura 16. Puntuaciones medias en *burnout* en función del estado civil

De igual forma, en el análisis de la relación entre estado civil y nivel de *burnout*, en los participantes casados o con pareja de hecho se halló que el 64.7% tenían un nivel bajo de *burnout* y el 35.3% alto; en los otros estados, el 61.9% tenían un nivel bajo del *burnout* y el 38.1% alto (ver Tabla 9); las diferencias halladas entre ambas variables fueron estadísticamente significativas, $\chi^2(1, N = 2089) = 1.63, p = .202$

Tabla 9. Estado civil y nivel de *burnout*

		Nivel de <i>burnout</i>				$\chi^2(1^a, N = 2089)$	<i>p</i>
		Bajo/medio		Alto			
		<i>n</i>	%	<i>n</i>	%		
Estado civil	Casado /p areja de hecho (<i>n</i> =1280)	828	64.7%	452	35.3%	1.63	.202
	Solteros/divorciado/viudo (<i>n</i> =809)	501	61.9%	308	38.1%		

Nota. ^a Grados de libertad.

2.1.2 Variables laborales y *burnout*

La primera de las variables laborales analizadas en este subepígrafe fue ingresos mensuales. En relación a las variables ingresos mensuales y *burnout*, se encontró una puntuación media en *burnout* para los que ganaban menos de 1000\$ al mes de 58.7 (*DT* = 14 .1) y de 61.2 (*DT* = 14.1) para los de 1000\$ o más (ver Figura 17); las diferencias fueron estadísticamente significativas, $t(1481) = -3.8, p < .0001$.

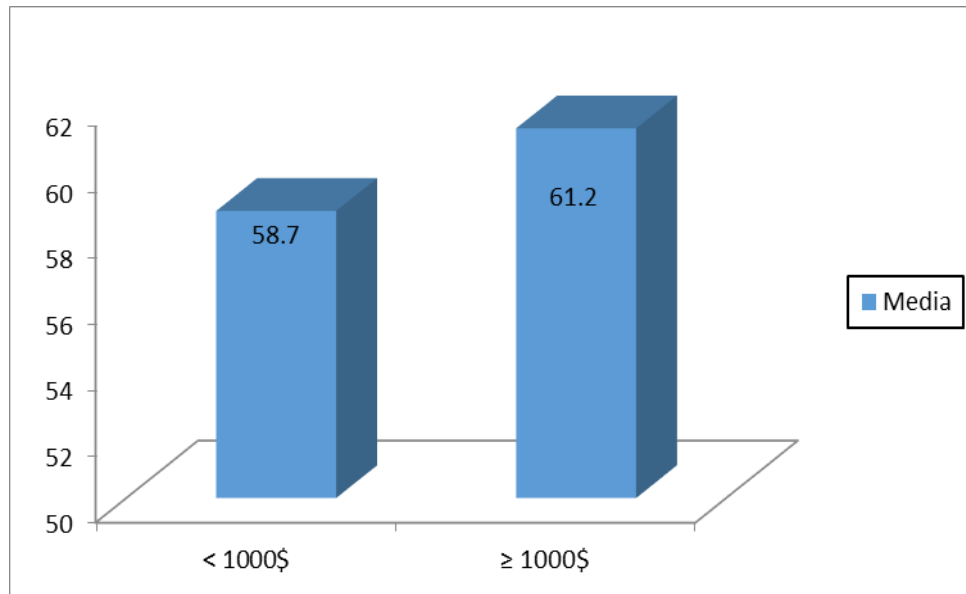


Figura 17. Puntuaciones medias en *burnout* en función de los ingresos mensuales

De igual modo en relación a los ingresos y el *burnout*, en los profesionales de la salud con ingresos menores a 1000\$ mensuales el 68.0% tenían un nivel de *burnout* bajo y el 32.0% alto; en aquellos que ganaban más de 1000\$, el 61.3% tenían *burnout* bajo y el 38.7% alto (ver Tabla 10); las diferencias halladas entre ambas variables fueron estadísticamente significativas, $\chi^2(1, N = 2076) = 9.19, p = .002$.

Tabla 10. Ingresos mensuales y nivel de *burnout*

		Nivel de <i>burnout</i>				$\chi^2(1^a, N = 2076)$	<i>p</i>
		Bajo/medio		Alto			
		<i>n</i>	%	<i>n</i>	%		
Ingresos mensuales	< 1000\$ (<i>n</i> = 725)	493	68.0	232	32.0	9.19	.002
	≥ 1000\$ (<i>n</i> = 1315)	828	61.3	523	38.7		

Nota. ^a Grados de libertad.

Al analizar la relación entre la profesión y el *burnout*, se encontró una puntuación media en *burnout* para los médicos/as de 62.4 ($DT = 13.8$) y para los enfermeros/as de 57.9 ($DT = 14.1$) (ver Figura 18), hallándose diferencias estadísticamente significativas, $t(2059) = 7.33, p < .0001$.

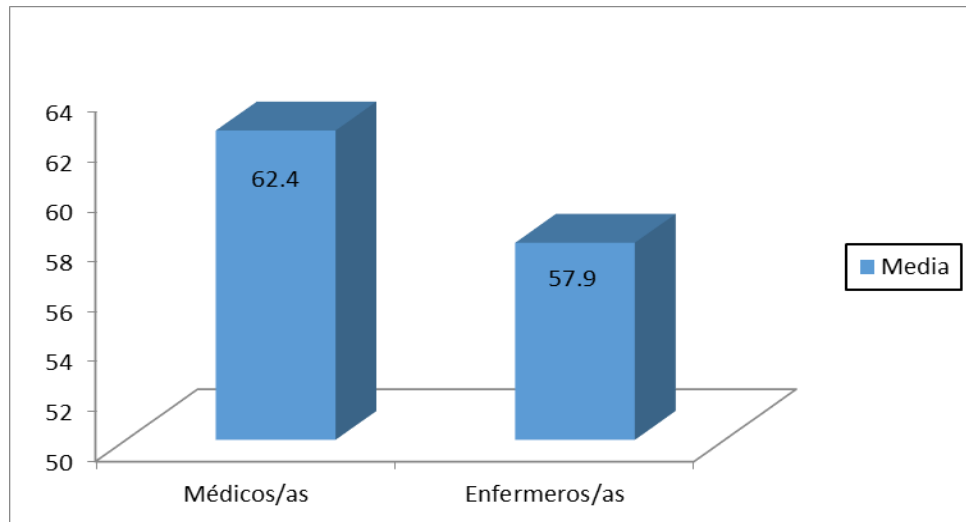


Figura 18. Puntuaciones medias en *burnout* en función de la profesión

También, en el análisis de la relación entre profesión y nivel de *burnout*, como se puede observar en la Tabla 11, el 58.8% de los médicos/as tenían un nivel de *burnout* bajo y el 41.2% alto, mientras que en los enfermeros/as el 68.9% presentaban un nivel de *burnout* bajo y el 31.1% alto; las diferencias halladas entre ambas variables fueron estadísticamente significativas, $\chi^2(1, N = 2089) = 23.04, p < .0001$.

Tabla 11. Profesión y nivel de *burnout*

		Nivel de <i>burnout</i>				$\chi^2(1^a, N = 2089)$	<i>p</i>
		Bajo/medio		Alto			
		<i>n</i>	%	<i>n</i>	%		
Profesión	Médico/as (<i>n</i> = 1092)	642	58.8	450	41.2	23.04	< .0001
	Enfermeros/as (<i>n</i> = 997)	687	68.9	310	31.1		

Nota. ^a Grados de libertad.

En relación a la variables experiencia profesional y *burnout*, la media del *burnout* para los de 10 o menos años de experiencia fue de 61.9 ($DT = 14.0$) y para los de más de 10 años de 59.1 ($DT = 13.6$) (ver Figura 19), siendo las diferencias estadísticamente significativas, $t(2013) = 4.51, p < .0001$.

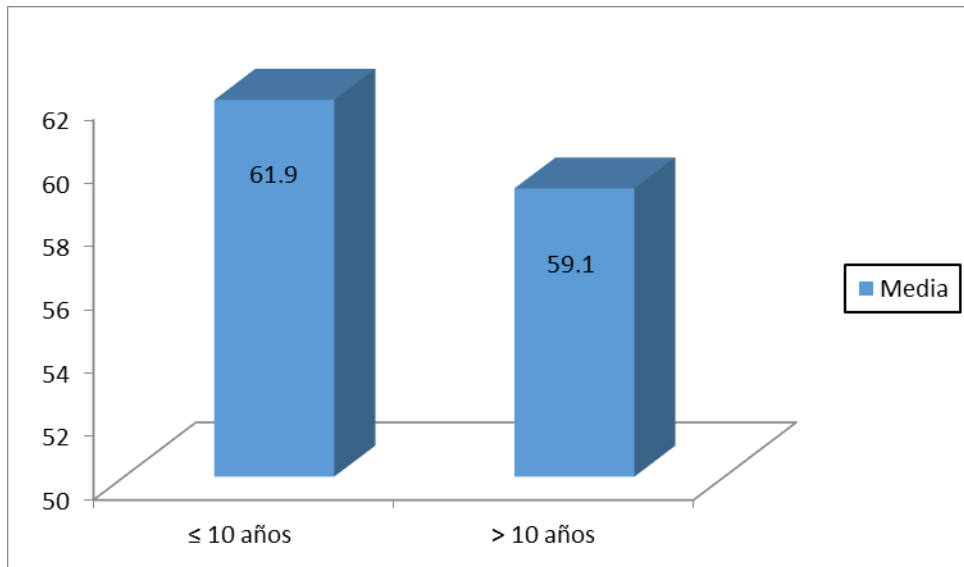


Figura 19. Puntuaciones medias en *burnout* en función de la experiencia profesional

Igualmente, al analizar la relación entre experiencia profesional y nivel de *burnout*, se halló que un 60.2% de los profesionales de la salud con una experiencia de 10 o menos años tenían un nivel de *burnout* bajo y el 39.8% un nivel alto; el 67.1% de los profesionales con más de 10 años de experiencia profesional tenían un nivel de *burnout* bajo y el 32.9% alto (ver Tabla 12). Las diferencias halladas en la relación entre ambas variables fueron estadísticamente significativas, $\chi^2(1, N = 2026) = 10.54, p < .0001$.

Tabla 12. Experiencia profesional y nivel de *burnout*

		Nivel de <i>burnout</i>				$\chi^2(1^a, N = 2026)$	<i>p</i>
		Bajo/medio		Alto			
		<i>n</i>	%	<i>N</i>	%		
Experiencia profesional	≤ 10 años (<i>n</i> = 992)	597	60.2	395	39.8	10.54	<.001
	> 10 años (<i>n</i> = 1034)	694	67.1	340	32.9		

Nota. ^a Grados de libertad.

En relación a las variables dedicación y *burnout*, para los participantes a tiempo completo la media del *burnout* fue de 60.7 (*DT* = 14.5) y para aquellos a tiempo parcial de 58.7 (*DT* = 12.8) (ver Figura 20), siendo las diferencias estadísticamente significativas, *t* (2068) = 2.98; *p* = .003.

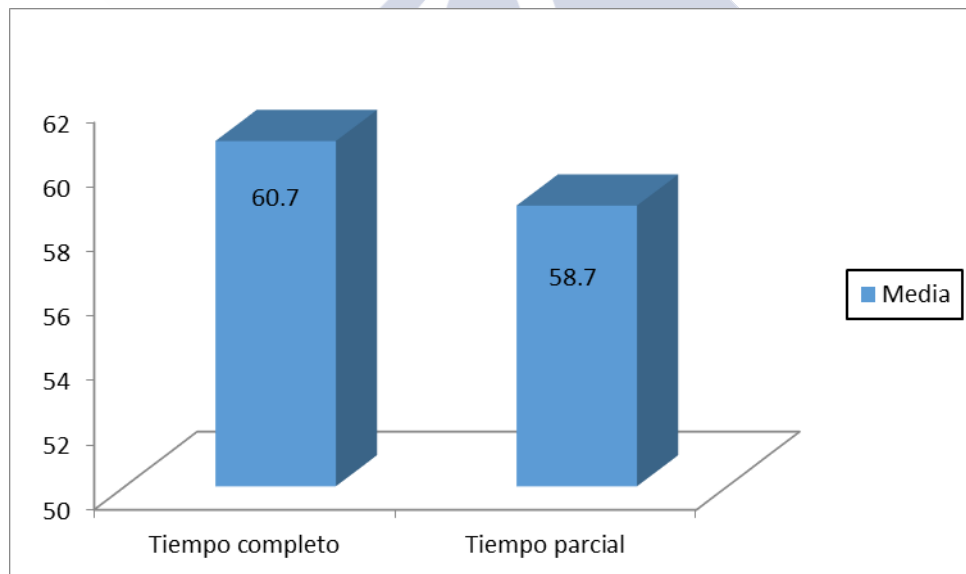


Figura 20. Puntuaciones medias en *burnout* en función de la dedicación

De igual forma, en relación a la dedicación y el nivel de *burnout*, se halló que el 61.5% de los sujetos a tiempo completo presentaban un nivel de *burnout* bajo y el 38.5% alto, mientras que un 70.2% de los sujetos a tiempo parcial tenían un nivel de *burnout* bajo

y el 29.8% alto (ver Tabla 13); las diferencias halladas en la relación entre ambas variables fueron estadísticamente significativas, $\chi^2(1, N = 2070) = 12.32 p < .0001$.

Tabla 13. Dedicación y nivel de *burnout*

		Nivel de <i>burnout</i>				$\chi^2(1 \text{ a}, N = 2070)$	<i>p</i>
		Bajo/medio		Alto			
		<i>n</i>	%	<i>n</i>	%		
Dedicación	Tiempo completo (<i>n</i> = 1570)	966	61.5	604	38.5	12.32	<.0001
	Tiempo parcial (<i>n</i> = 500)	351	70.2	149	29.8		

Nota. ^a Grados de libertad.

En cuanto a las variables sector en el que trabajaban y *burnout*, se encontró una puntuación en *burnout* para aquellos que trabajaban en instituciones públicas de 60.1 (*DT* = 14.1) y de 60.9 (*DT* = 14.2) para los que trabajaban en instituciones privadas o mixto (ver Figura 21); hubo diferencias estadísticamente significativas, $t(2063) = -1.19, p = .23$.

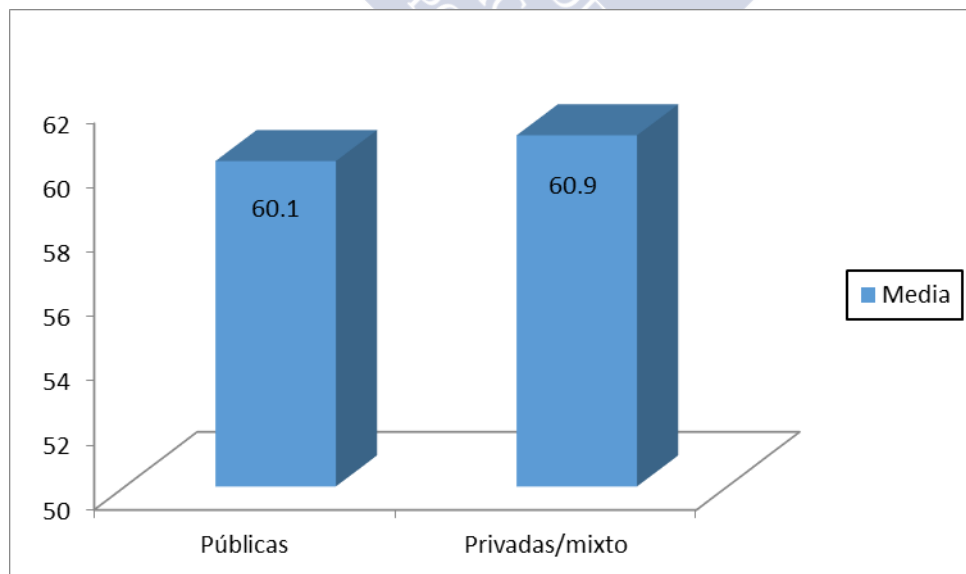


Figura 21. Puntuaciones medias en *burnout* en función del sector en que trabaja

De igual forma, en la relación entre el sector en el que trabajaban y el nivel de *burnout*, en aquellos que desempeñaban su profesión en el sector público el 64.0% tenían un nivel de *burnout* bajo y el 36.0% alto; y aquellos que trabajaban en la privada o mixto, el 62.4% tenían un nivel de *burnout* bajo y el 37.6% alto (ver Tabla 14); no se hallaron diferencias estadísticamente significativas, $\chi^2(1, N = 2065) = 0.42, p = .52$.

Tabla 14. Sector en el que trabajaban y nivel de *burnout*

		Nivel de <i>burnout</i>				$\chi^2(1^a, N = 2065)$	<i>p</i>
		Bajo/medio		Alto			
		<i>n</i>	%	<i>n</i>	%		
Sector en el que trabajaban	Pública (<i>n</i> =1530)	979	64.0%	551	36.0%	.42	.52
	Privada/mixto (<i>n</i> =535)	334	62.4%	201	37.6%		

Nota. ^a Grados de libertad.

En relación al tipo de contrato y el *burnout*, se encontró una puntuación media en *burnout* para el personal de salud con nombramiento del 59.5 (*DT* = 13.9) y de 61.4 (*DT* = 14.0) para aquellos con otros tipos de contrato (ver Figura 22); hubo diferencias estadísticamente significativas entre ambas variables, $t(2059) = -3.21, p < .0001$.

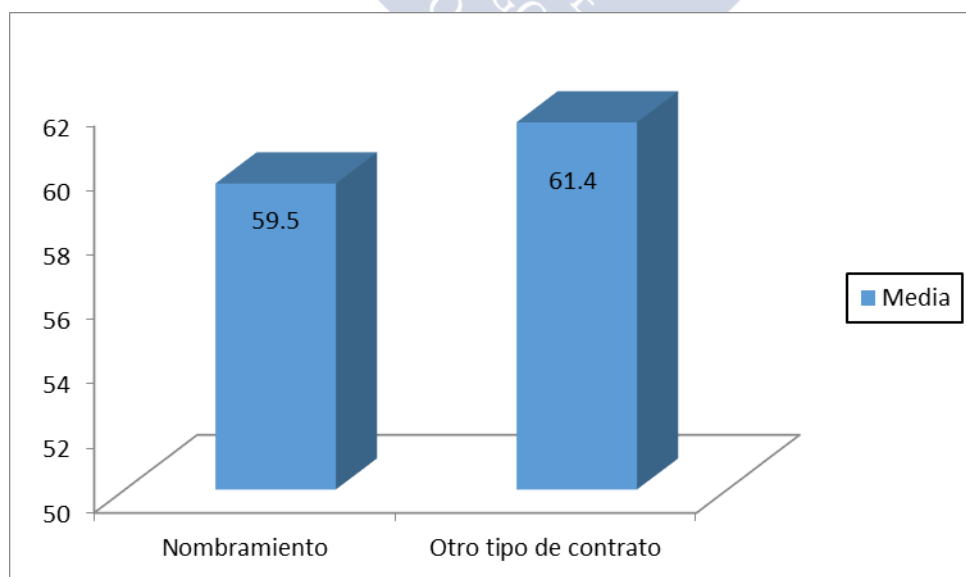


Figura 22. Puntuaciones medias en *burnout* en función del tipo de contrato

De igual manera en la relación entre tipo de contrato y el nivel de *burnout*, en aquellos participantes con nombramiento el 65.5% tenían un nivel de *burnout* bajo y el 34.5% alto; en los sujetos con otros tipos de contrato, el 61.3% tenían un nivel de *burnout* bajo y el 38.7% alto (ver Tabla 15); no se hallaron diferencias estadísticamente significativas, $\chi^2(1, N = 2062) = 3.79, p = .051$.

Tabla 15. Tipo de contrato y nivel de *burnout*

		Nivel de <i>burnout</i>				$\chi^2(1^a, N = 2062)$	<i>p</i>
		Bajo/medio		Alto			
		<i>n</i>	%	<i>n</i>	%		
Tipo de contrato	Nombramiento (<i>n</i> =1025)	671	65.5	354	34.5	3.79	.051
	Otros tipos de contrato (<i>n</i> =1037)	636	61.3	401	38.7		

Nota. ^a Grados de libertad.

Al analizar la relación entre duración de la jornada laboral diaria y el *burnout*, como se muestra en la Figura 23, se encontró una puntuación media de *burnout* para los que trabajan hasta 8 horas de 59.2 (*DT* = 13.9) y para los que trabajan más de ocho horas de 63.1 (*DT* = 14.2), hallándose diferencias estadísticamente significativas, $t(1066) = -5.58, p < .0001$.

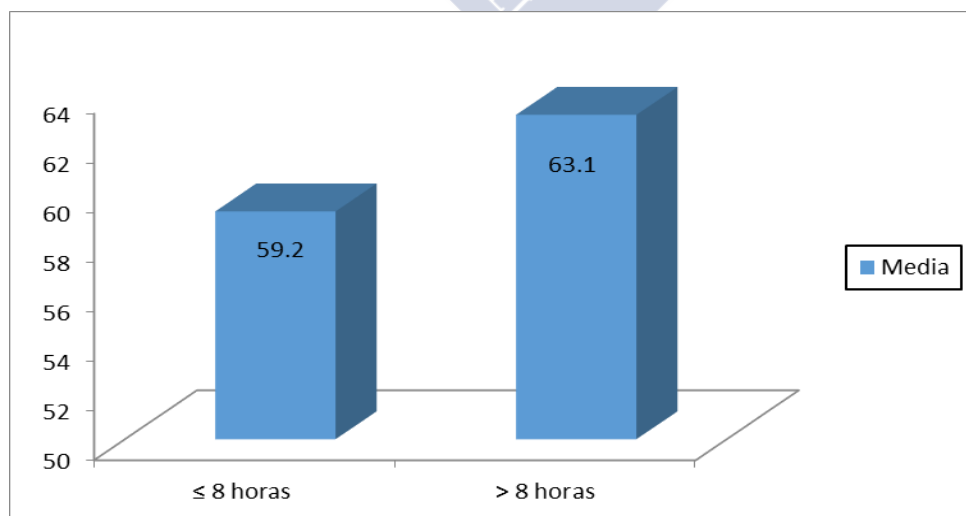


Figura 23. Puntuaciones medias en *burnout* en función de la jornada laboral diaria

De igual modo, como se puede observar en la Tabla 16 entre la jornada laboral diaria y el nivel de *burnout*; el 66.8% de los que trabajaban ocho o menos horas al día tenían un nivel de *burnout* bajo y el 33.2% alto; en los de más de ocho horas, el 55.4% tenían un nivel de *burnout* bajo y el 44.6% alto. Las diferencias halladas entre ambas variables fueron estadísticamente significativas, $\chi^2(1, N = 2052) = 23.37, p < .0001$.

Tabla 16. Jornada laboral diaria y nivel de *burnout*

		Nivel de <i>burnout</i>				$\chi^2(1^a, N = 2052)$	<i>p</i>
		Bajo/medio		Alto			
		<i>n</i>	%	<i>N</i>	%		
Jornada diaria	≤ 8 horas (<i>n</i> = 1464)	978	66.8	486	33.2	23.37	<.0001
	> 8 horas (<i>n</i> = 588)	326	55.4	262	44.6		

Nota. ^a Grados de libertad.

En relación a trabajar por turnos y el *burnout*, se encontró una puntuación media en *burnout* para los sujetos con turnos del 59.4 (*DT* = 13.4) y de 61.0 (*DT* = 14.7) para los que no realizaban turnos (ver Figura 24); hubo diferencias estadísticamente significativas entre ambas variables, $t(2087) = -2.66, p = .008$.

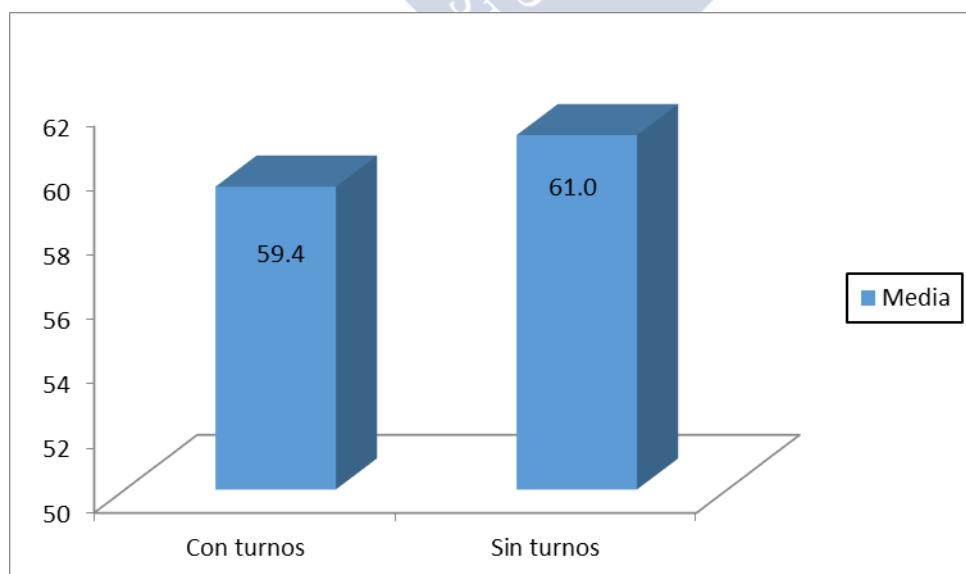


Figura 24. Puntuaciones medias en *burnout* en función de los turnos

En cuanto a la relación entre turnos y nivel de *burnout*, en aquellos que trabajan por turnos el 61.1% tenían un nivel de *burnout* bajo y el 38.9% alto; en los sujetos sin turnos, el 66.8% tenían un *burnout* bajo y el 33.2% alto (ver Tabla 17); se hallaron diferencias estadísticamente significativas, $\chi^2(1, N = 2089) = 7.13, p = .008$.

Tabla 17. Turnos y nivel de *burnout*

		Nivel de <i>burnout</i>				$\chi^2(1^a, N = 2089)$	<i>p</i>
		Bajo/medio		Alto			
		<i>n</i>	%	<i>n</i>	%		
Turnos	Con turnos (<i>n</i> = 1165)	712	61.1	453	38.9	7.13	.008
	Sin turnos (<i>n</i> = 924)	617	66.8	307	33.2		

Nota. ^a Grados de libertad.

En relación a la variable atención directa al paciente y el *burnout*, se halló una puntuación media de *burnout* para los sujetos que realizan una atención directa al paciente de hasta el 50% del 59.9 (*DT* = 13.58) y de 60.3 (*DT* = 14.2) para los que realizan una atención superior al 50% (ver Figura 25); no hubo diferencias estadísticamente significativas, $t(272) = -0.37, p = .71$.

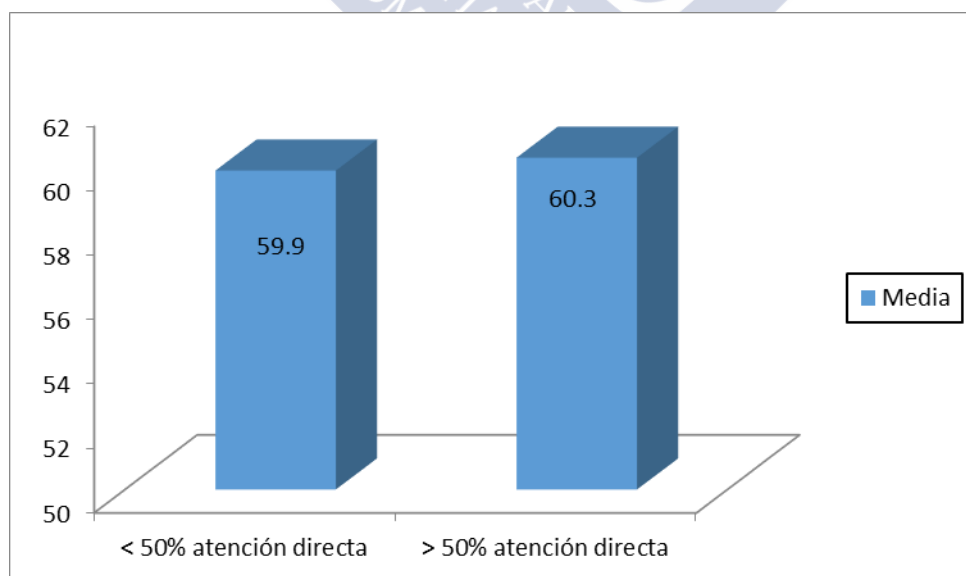


Figura 25. Puntuaciones medias en *burnout* en función de la atención directa al paciente

También, en lo referente a la relación entre atención directa al paciente y nivel de *burnout*, el 58.8% de los profesionales de la salud con una atención directa de hasta el 50% tenían un nivel de *burnout* bajo y el 41.2% alto; en aquellos con una atención superior al 50%, el 64.2% tenían un nivel de *burnout* bajo y el 35.8% alto (ver Tabla 18); no se hallaron diferencias estadísticamente significativas, $\chi^2(1, N = 2074) = 2.40, p = .12$.

Tabla 18. Atención directa al paciente y nivel de *burnout*

		Nivel de <i>burnout</i>				$\chi^2(1^a, N = 2074)$	<i>p</i>
		Bajo/medio		Alto			
		<i>n</i>	%	<i>n</i>	%		
Atención directa al paciente	≤ 50% (<i>n</i> = 216)	127	58.8%	89	41.2%	2.40	.12
	> 50% (<i>n</i> = 1858)	1192	64.2%	666	35.8%		

Nota. ^a Grados de libertad.

En relación a la variable número de paciente al día y el *burnout*, se halló una puntuación media de *burnout* para los sujetos que atendieron de 0 a 17 pacientes del 59.2 (*DT* = 14.27) y de 61.8 (*DT* = 13.4) para los que atendieron de 18 pacientes en adelante (ver Figura 26); hubo diferencias estadísticamente significativas, $t(2017) = -4.17, p = <.0001$.

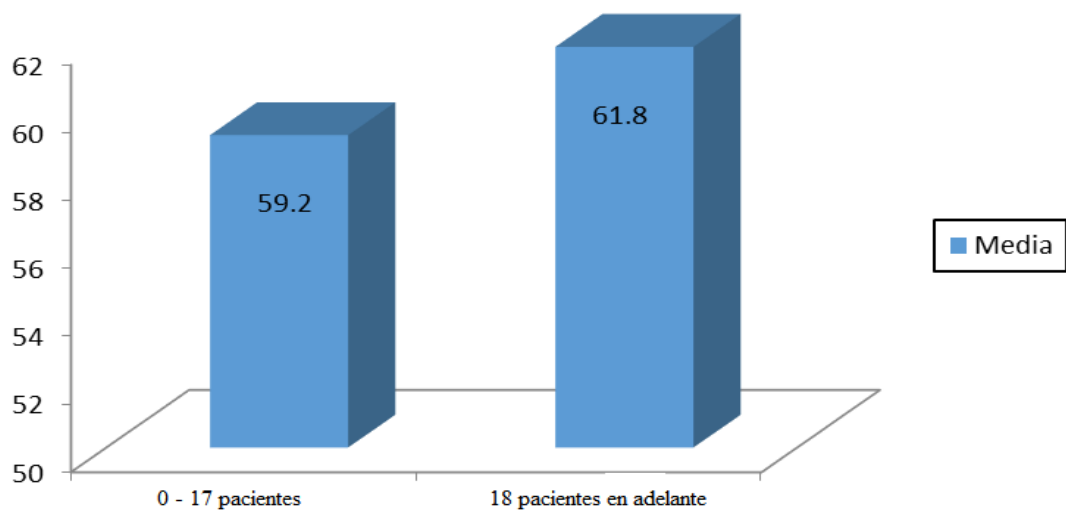


Figura 26. Puntuaciones medias en *burnout* en función de pacientes atendidos por día

Igualmente, en lo referente a la relación número de pacientes al día y nivel de *burnout*, los profesionales que atendían de 0 a 17 pacientes tenían un nivel de *burnout* bajo el 67.7% y el 32.3% alto, y en aquellos que atendieron a 18 pacientes en adelante, el 59.0% tenían un nivel de *burnout* bajo y el 41.0% alto (ver Tabla 19); se hallaron diferencias estadísticamente significativas, $\chi^2(1, N = 2019) = 16.53, p = <.0001$

Tabla 19. Número de pacientes atendidos al día y nivel de *burnout*

		Nivel de <i>burnout</i>				$\chi^2(1^a, N = 2019)$	<i>p</i>
		Bajo/medio		Alto			
		<i>n</i>	%	<i>n</i>	%		
Número de pacientes al día	0-17 pacientes (<i>n</i> = 1015)	687	67.7%	328	32.3%	16.53	<.0001
	18 pacientes en adelante (<i>n</i> = 1004)	592	59.0%	412	41.0%		

Nota. ^a Grados de libertad.

En relación a la variable recursos en las instituciones y el *burnout*, se halló una puntuación media de *burnout* para la categoría de bastante/totalmente del 61.1 (*DT* =

14.0) y del 59.4 ($DT = 14.3$) para los de categoría poco/ninguno (ver Figura 27); hubo diferencias estadísticamente significativas, $t(2064) = 2.62, p = .009$.

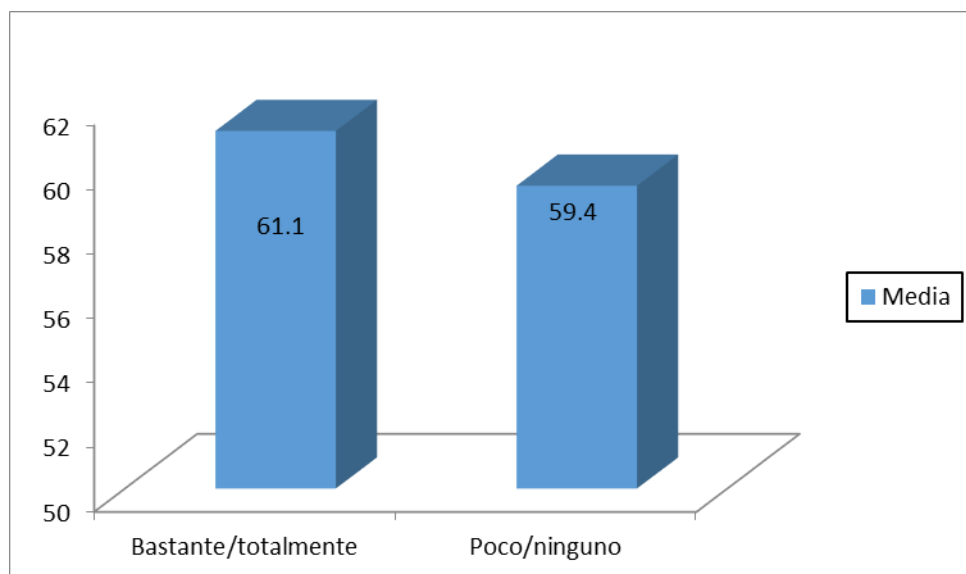


Figura 27. Puntuaciones medias en *burnout* en función de recursos en las Instituciones

Igualmente, en lo referente al nivel de *burnout* los profesionales con categoría bastante/totalmente tenían un nivel de *burnout* bajo el 61.8% y el 38.2% alto; en aquellos con categoría poco/ninguno el 65.60% tenían un nivel de *burnout* bajo y el 34.4% alto (ver Tabla 20); se hallaron diferencias estadísticamente significativas, $\chi^2(1, N = 2066) = 3.29, p = .069$.

Tabla 20. Recursos en las instituciones y nivel de *burnout*

		Nivel de <i>burnout</i>				$\chi^2(1^a, N = 2066)$	p
		Bajo/medio		Alto			
		n	%	n	%		
Recursos en las instituciones	Bastante/totalmente ($n = 1135$)	701	61.8%	434	38.2%	3.29	.069
	Poco/ninguno ($n = 931$)	611	65.6%	320	34.4%		

Nota. ^a Grados de libertad.

2.1.3. Variables clínicas y burnout

La primera de las variables clínicas analizadas en relación la variable *burnout* fue la presencia de síntomas somáticos. Se halló una media en *burnout* para los que presentan síntomas somáticos de 66.7 ($DT = 14.2$) y para los sujetos que no presentaban síntomas somáticos de 57.6 ($DT = 13.2$) (ver Figura 28); las diferencias detectadas fueron estadísticamente significativas, $t(2087) = -13.93, p < .0001$.

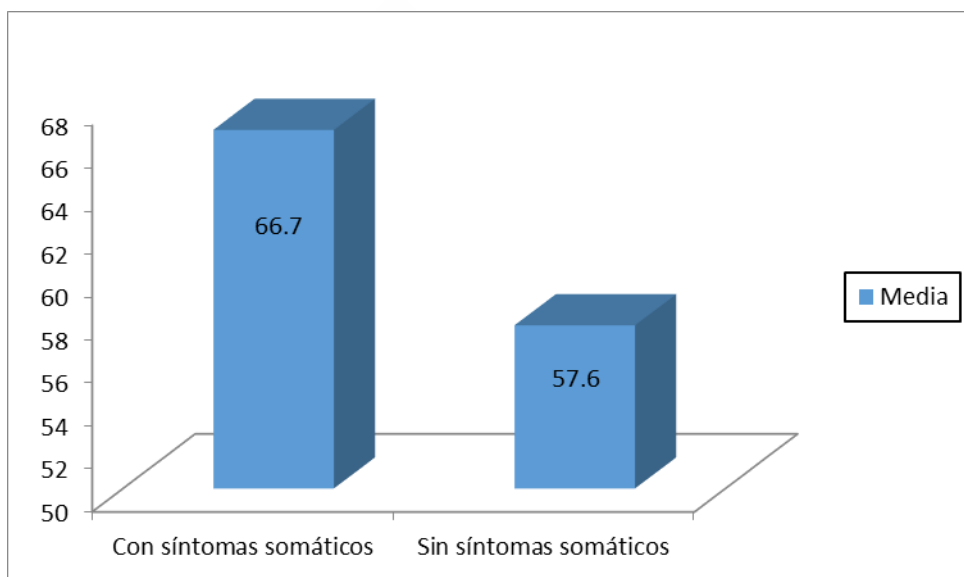


Figura 28. Puntuaciones medias en *burnout* en función de los síntomas somáticos

Igualmente, en lo referente a la relación entre síntomas somáticos y nivel de *burnout*, en aquellos participantes con síntomas somáticos el 43.3% tenían un nivel de *burnout* bajo y el 56.7% alto; en los sujetos sin síntomas somáticos el 72.2% tenían un nivel de *burnout* bajo y el 27.8 % alto (ver Tabla 21); se hallaron diferencias estadísticamente significativas, $\chi^2(1, N = 2089) = 156.98, p < .0001$.

Tabla 21. Síntomas somáticos y nivel de *burnout*

		Nivel de <i>burnout</i>				$\chi^2(1^a, N = 2089)$	<i>p</i>
		Bajo/medio		Alto			
		<i>n</i>	%	<i>n</i>	%		
Síntomas somáticos	Con síntomas somáticos (<i>n</i> = 619)	268	43.3	351	56.7	156.98	<. 0001
	Sin síntomas somáticos (<i>n</i> = 1470)	1061	72.2	409	27.8		

Nota. ^a Grados de libertad.

Respecto a la relación entre la ansiedad y el *burnout*, como se muestra en la Figura 29, se halló para aquellos con ansiedad una media en *burnout* de 65.4 (*DT* = 14.1) y para los sujetos sin ansiedad una media en *burnout* de 57.0 (*DT* = 13.2); las diferencias encontradas fueron estadísticamente significativas, $t(2087) = -13.81, p < .0001$.

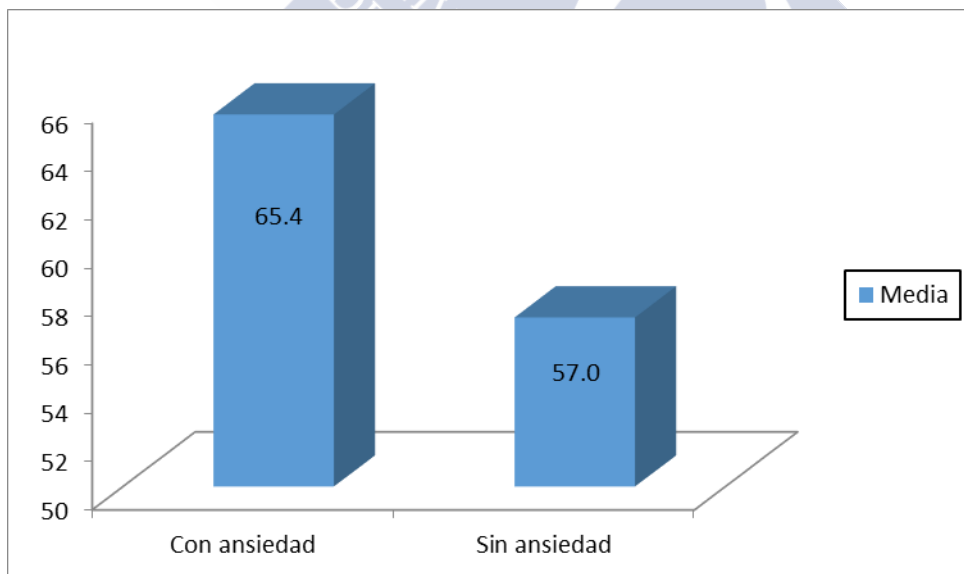


Figura 29. Puntuaciones medias en *burnout* en función de la ansiedad

De igual forma, en lo que respecta a la ansiedad y el nivel de *burnout*, en los profesionales de la salud con ansiedad el 47.9% tenían un nivel de *burnout* bajo y el 52.1% alto; en los médicos/as y enfermeros/as que no presentaban ansiedad, el 73.8% tenían un nivel de *burnout* bajo y el 26.2% alto (ver Tabla 22); se hallaron diferencias estadísticamente significativas, $\chi^2(1, N = 2089) = 144.49, p < .0001$.

Tabla 22. Ansiedad y nivel de *burnout*

		Nivel de <i>burnout</i>				$\chi^2(1^a, N = 2089)$	<i>p</i>
		Bajo/medio		Alto			
		<i>n</i>	%	<i>n</i>	%		
Ansiedad	Con ansiedad (<i>n</i> = 819)	392	47.9	427	52.1	144.49	< .0001
	Sin ansiedad (<i>n</i> = 1270)	937	73.8	333	26.2		

Nota. ^a Grados de libertad.

En cuanto a disfunción social y *burnout*, se encontró para aquellos con disfunción social una media en *burnout* de 76.1 (*DT* = 18.6) y para los sujetos sin disfunción social una media en *burnout* de 60.2 (*DT* = 14.0) (ver Figura 30); las diferencias halladas fueron estadísticamente significativas, $t(2087) = -5.028, p < .0001$.

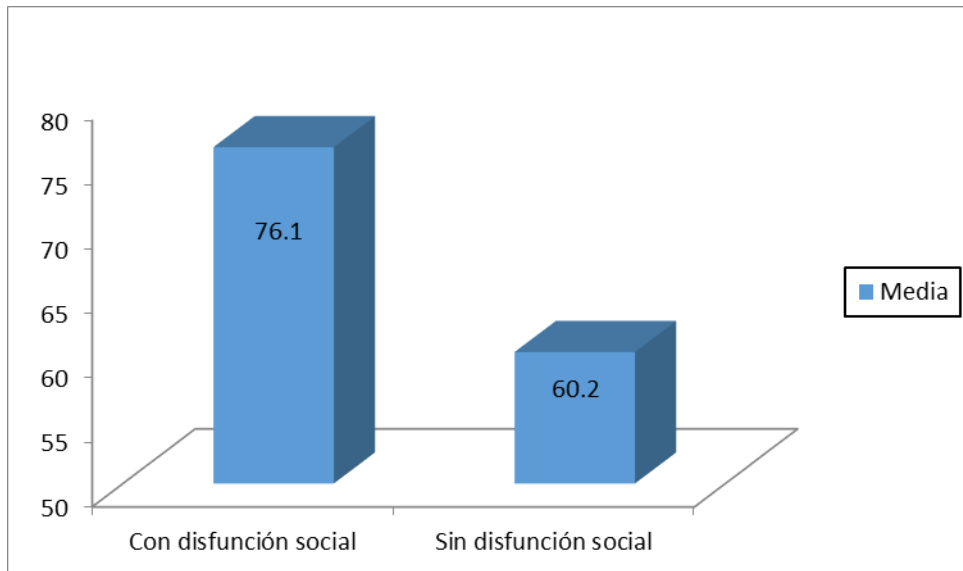


Figura 30. Puntuaciones medias en *burnout* en función de la disfunción social

De igual manera, en relación a la disfunción social y el nivel de *burnout*, en los sujetos con disfunción social el 20.0% tenían un nivel de *burnout* bajo y el 80.0% alto; en los participantes sin disfunción social, 64.0% tenían un nivel de *burnout* bajo y el 36.0% alto (ver Tabla 23); el test exacto de Fisher detectó diferencias estadísticamente significativas ($p < .0001$).

Tabla 23. Disfunción social y nivel de *burnout*

		Nivel de <i>burnout</i>				p^a
		Bajo/medio		Alto		
		<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	
Disfunción social	Con disfunción (<i>n</i> = 20)	4	20.0	16	80.0	<.0001
	Sin disfunción (<i>n</i> = 2069)	1325	64.0	744	36.0	

Nota.^aSignificación del test exacto de Fisher.

En lo que respecta a la relación de la depresión con el *burnout*, se encontró una media en *burnout* para los profesionales de la salud sin depresión de 59.6 ($DT = 13.8$) y

para aquellos con depresión de 66.3 ($DT = 17.8$) (ver Figura 31); las diferencias entre las ambas variables fueron estadísticamente significativas, $t(2087) = -4.79, p < .0001$.

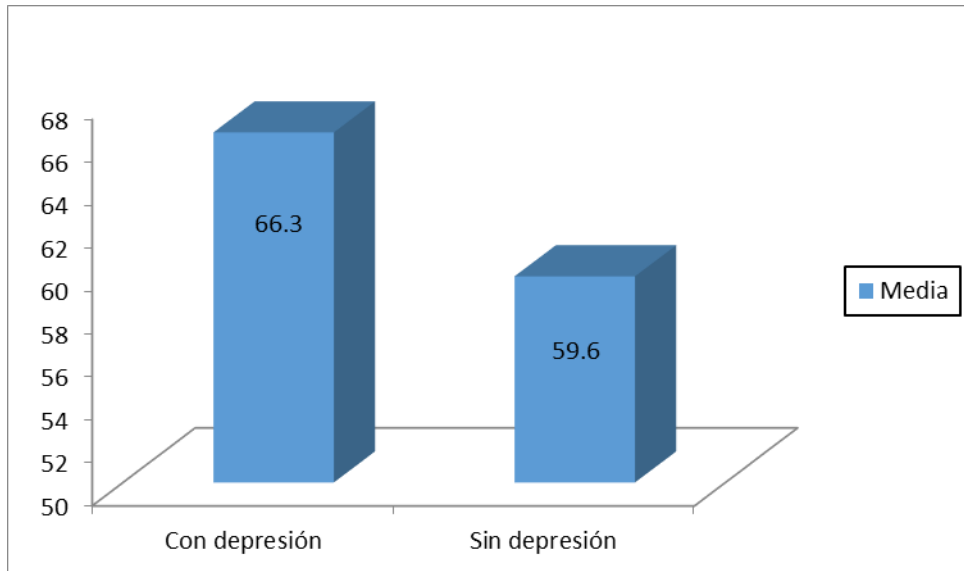


Figura 31. Puntuaciones medias en *burnout* en función de la depresión

De igual modo, en lo referente a la relación entre la depresión y el nivel de *burnout*, en los sujetos con depresión el 45.8% tenían un nivel de *burnout* bajo y el 54.2% alto; en los profesionales de salud sin depresión, el 64.7% tenían un nivel de *burnout* bajo y el 35.3% alto (ver Tabla 24); se hallaron diferencias estadísticamente significativas, $\chi^2(1, N = 2089) = 17.22, p < .0001$.

Tabla 24. Depresión y nivel de *burnout*

		Nivel de <i>burnout</i>				$\chi^2(1^a, N = 2089)$	<i>p</i>
		Bajo/medio		Alto			
		<i>n</i>	%	<i>n</i>	%		
Depresión	Con depresión (<i>n</i> = 118)	54	45.8	64	54.2	17.22	<.0001
	Sin depresión (<i>n</i> = 1971)	1275	64.7	696	35.3		

Nota. ^a Grados de libertad.

En cuanto a las variables englobadas en Personalidad, en la relación neuroticismo y *burnout*, se halló una correlación significativa positiva entre ambas variables $r(2089) = .271, p < .0001$ entre neuroticismo y *burnout* (ver Tabla 25). En cuanto al neuroticismo y el nivel de *burnout*, los participantes con un nivel de *burnout* bajo/medio tuvieron una media en neuroticismo de 1.5 ($DT = 1.6$) y los de *burnout* alto de 2.3 ($DT = 1.7$) (ver Figura 32). Las diferencias halladas fueron estadísticamente significativas, $t(2087) = -12.12, p < .0001$

Tabla 25. Personalidad y *burnout*

	<i>Burnout</i>		
	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>n</i>
Neuroticismo	.271	< .0001	2089
Extraversión	-.084	< .0001	2089
Psicoticismo	.097	< .0001	2089

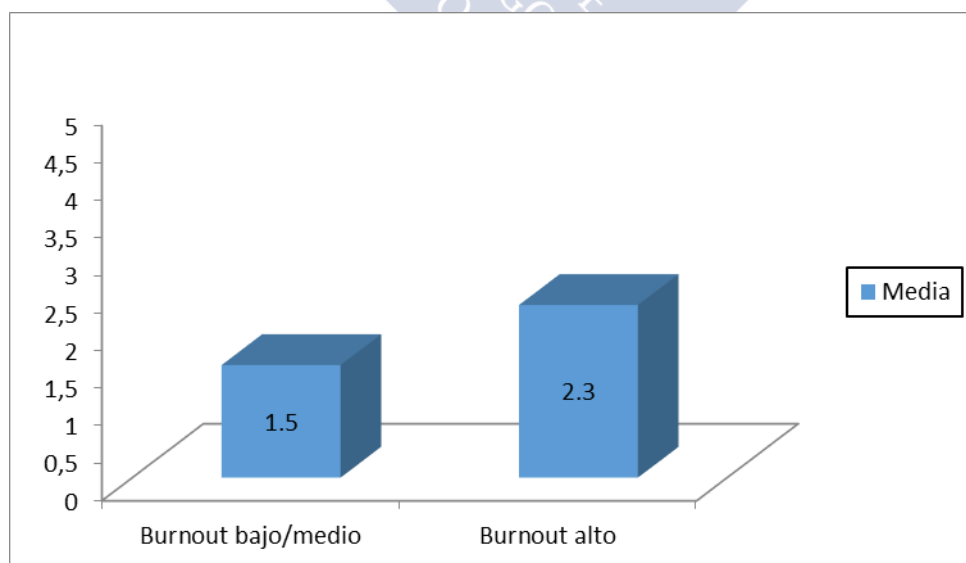


Figura 32. Neuroticismo y nivel de *burnout*

Respecto a la relación entre la extraversión y el *burnout*, se encontró una correlación negativa significativa entre ambas variables, $r(2089) = -.084, p < .0001$ (ver Tabla 25). La puntuación media en extraversión en aquellos sujetos con *burnout* bajo/medio fue de 4.4 ($DT = 1.7$) y en los de *burnout* alto fue de 4.1 ($DT = 1.8$) (ver Figura 33)

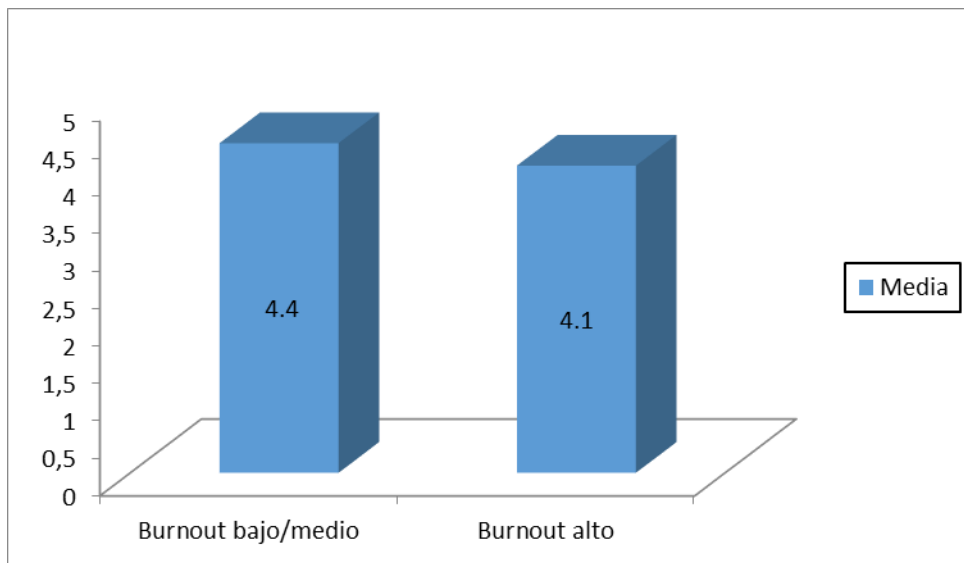


Figura 33. Extraversión y nivel de *burnout*

En la relación entre el psicoticismo y el *burnout* se encontró una correlación significativa entre estas variables $r(2089) = .097, p < .0001$ (ver Tabla 25). Respecto a las variables psicoticismo y nivel de *burnout*, los participantes con *burnout* bajo/medio tuvieron una media en psicoticismo de 1.6 ($DT = 1.0$) y de 1.8 ($DT = 1.1$) en aquellos con un nivel de *burnout* alto (ver Figura 34); las diferencias halladas fueron estadísticamente significativas, $t(1479) = -4.5, p < .0001$.

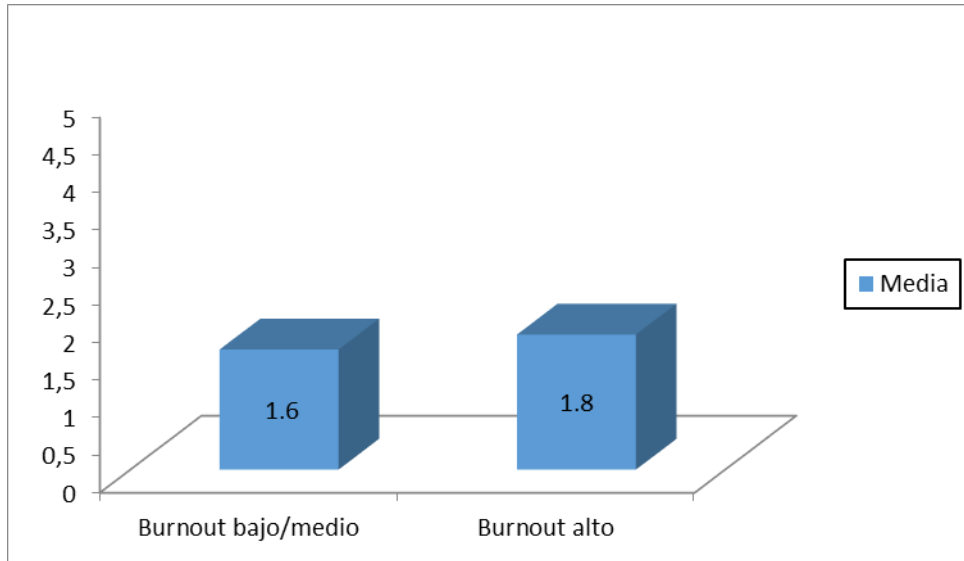


Figura 34. Psicoticismo y nivel de *burnout*

En cuanto a las variables apoyo social y *burnout*, no se halló una correlación significativa entre ambas variables, $r(2028) = .025$, $p = .026$ (ver Tabla 26). Respecto a la relación entre el apoyo social y el nivel de *burnout*, se halló una media en apoyo social en los participantes con *burnout* bajo/medio de 73.0 ($DT = 19.8$) y en aquellos con *burnout* alto de 74.1 ($DT = 17.7$) (ver Figura 35); las diferencias entre las variables no fueron estadísticamente significativas, $t(2026) = -1.21$, $p = .23$.

Tabla 26. Apoyo social y *burnout*

	<i>Burnout</i>		
	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>n</i>
Apoyo social	.025	.260	2028

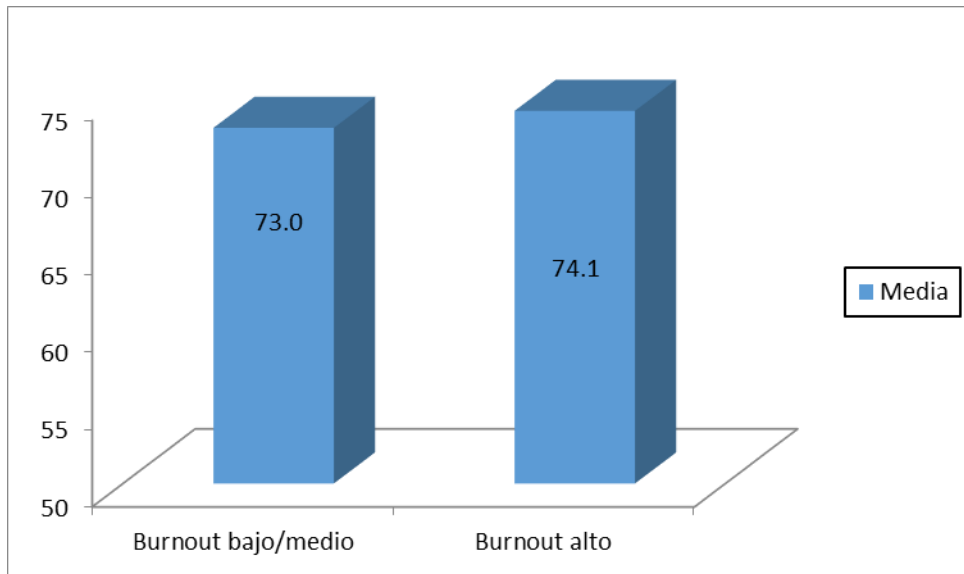


Figura 35. Apoyo social y nivel de *burnout*

En cuanto a la variables, mecanismos de afrontamiento activo y *burnout*, hubo una correlación significativa entre ambas variables $r(2009) = .274, p < .0001$ (ver Tabla 27). En relación al afrontamiento activo y el nivel de *burnout*, se encontró en la categoría de *burnout* bajo/medio una media en afrontamiento activo de 24.6 ($DT = 8.8$) y en la de *burnout* alto una media de 29.1 ($DT = 8.9$) (ver Figura 36), siendo las diferencias estadísticamente significativas, $t(2007) = -10.8, p < .0001$.

Tabla 27. Afrontamiento y *burnout*

	<i>Burnout</i>		
	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>n</i>
Afrontamiento activo	.274	< .0001	2009
Afrontamiento pasivo	.304	< .0001	2033

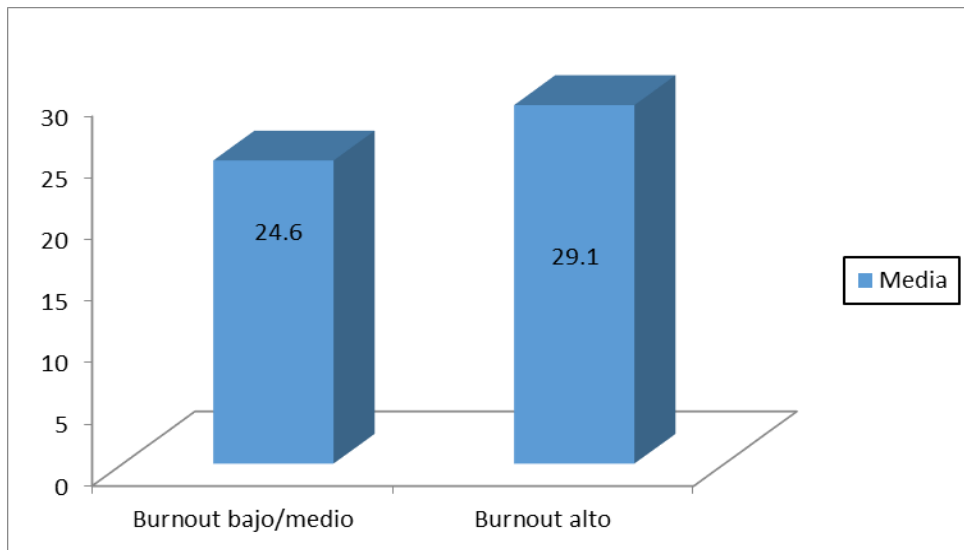


Figura 36. Afrontamiento activo y nivel de *burnout*

Igualmente, el análisis entre las variables afrontamiento pasivo y *burnout* mostró una correlación positiva significativa $r(2033) = .304, p < .0001$ ver (Tabla 27). En relación al afrontamiento pasivo y el nivel de *burnout*, se encontró en los sujetos con *burnout* bajo/medio una media en afrontamiento pasivo de 19.8 ($DT = 5.8$) y en los sujetos con un *burnout* alto de 23.2 ($DT = 7.0$) (ver Figura 37); las diferencias fueron significativas, $t(2031) = -3.3, p < .0001$.

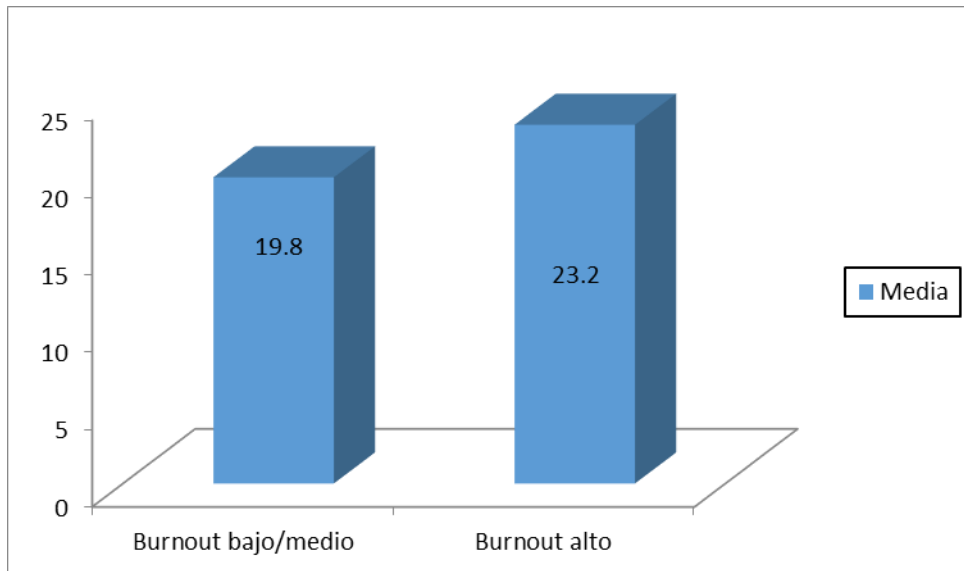


Figura 37. Afrontamiento pasivo y nivel de *burnout*

1.22. Relación entre las variables del estudio y el *burnout*: análisis multivariante

Para concluir con el análisis del burnout presentamos los resultados hallados en la regresión logística (Tabla 28). En este modelo se analizaron el conjunto de variables que tras los análisis bivariantes preliminares presentaban resultados estadísticamente significativos. En concreto, se introdujeron las siguientes variables: sexo, edad, hijos, ingresos, profesión, experiencia profesional, dedicación, jornada laboral diaria, número de pacientes al día, turnos, malestar emocional (síntomas somáticos, ansiedad, disfunción social, depresión), personalidad (neuroticismo, extraversión, psicoticismo) y afrontamiento (activo, pasivo). Como variable dependiente se incluyó el nivel de burnout (bajo/medio, alto).

Los ingresos, profesión, jornada laboral diaria, número de pacientes al día, turnos, síntomas somáticos, ansiedad, neuroticismo y psicoticismo se asociaron de manera independiente con el nivel del burnout.

Así, en relación a los ingresos se encontró una asociación estadísticamente significativa con el nivel de burnout, con un mayor riesgo de burnout en aquellos que ganaban mensualmente 1000\$ o más, OR = 1.37, IC 95% [1.07, 1.76].

En la variable profesión se halló una tendencia de menor riesgo en los enfermeros/as respecto a los profesionales médicos/as de tener niveles elevados de burnout, OR = 0.73, IC 95% [0.55, 0.96].

En relación con la jornada laboral diaria, se encontró un mayor riesgo de presentar niveles altos de burnout en aquellos profesionales de la salud que trabajaban más de ocho horas diarias en comparación con aquellos que dedicaban menos horas al trabajo diario, OR = 1.36, IC 95% [1.07, 1.74].

En cuanto al número de pacientes al día hubo una clara tendencia en el sentido de que existe un mayor riesgo de tener niveles elevados de burnout para aquellos que atienden a más de 18 pacientes al día, OR = 1.50, IC 95%, [1.21, 1.86].

En lo referente a realizar turnos hubo una clara tendencia en el sentido de que existe un mayor riesgo de tener niveles elevados de burnout para aquellos que realizan turnos, OR = 1.26, IC 95%, [1.01, 1.58].

En lo referente al malestar psicológico, más concretamente a la presencia de síntomas somáticos, se encontró una asociación significativa entre síntomas somáticos y

nivel de burnout; fue 2.23 veces superior en aquellos con síntomas somáticos (IC 95%, [1.71, 2.91]). En cuanto a la ansiedad aquellos con síntomas de ansiedad tenían una mayor probabilidad de niveles elevados de burnout, siendo 1.44 veces mayor con respecto a aquellos que no tenían ansiedad (IC 95%, [1.11, 1.88]).

En lo referente a la personalidad, como se puede observar en la Tabla 28, el neuroticismo es un factor de riesgo para el burnout con una OR ajustada por el resto de variables de 1.18 (IC 95% [1.09, 1.27]). Igualmente, el psicoticismo también se asoció con una mayor probabilidad de tener niveles elevados de burnout, OR = 1.16, (IC 95% [1.05, 1.28]).

En cuanto a las variables sexo, edad, hijos, experiencia profesional, dedicación, disfunción social, depresión, extraversión, afrontamiento activo y afrontamiento pasivo no se asociaron significativamente con el nivel de burnout.

Tabla 28. Resultados del análisis multivariante en relación al burnout

	β	<i>p</i>	OR ajustada	IC (95%)	
				Límite inferior	Límite superior
Sexo					
Hombre	Rf				
Mujer	-0.23	.092	0.79	0.61	1.04

Tabla 28. Resultados del análisis multivariante en relación al burnout (continuación)

	β	<i>p</i>	OR ajustada	IC (95%)	
				Límite inferior	Límite superior
Edad < 40 años ≥ 40 años	Rf -0.00	.993	1.00	0.72	1.39
Hijos No tiene hijos Tiene hijos	Rf -0.19	.884	0.98	0.76	1.27
Ingresos < 1000\$ ≥ 1000\$	Rf 0.31	.014	1.37	1.07	1.76
Profesión Médicos/as Enfermeros/as	Rf -0.32	.026	0.73	0.55	0.96
Experiencia profesional ≤ 10 años > 10 años	Rf -0.19	.271	0.83	0.59	1.16
Dedicación Tiempo parcial Tiempo completo	Rf -0.22	.090	0.80	0.62	1.04
Jornada laboral diaria ≤ 8 horas >8 horas	Rf 0.31	.012	1.36	1.07	1.74

Tabla 28. Resultados del análisis multivariante en relación al burnout (continuación)

	β	<i>p</i>	OR ajustada	IC (95%)	
				Límite inferior	Límite superior
Nº de pacientes/día 0-17 pacientes 18 pacientes en adelante	Rf 0.41	<.0001	1.50	1.21	1.86
Turnos Sin turnos Con turnos	Rf 0.23	.045	1.26	1.01	1.58
Síntomas somáticos Sin síntomas somáticos Con síntomas somáticos	Rf 0.80	<.0001	2.23	1.71	2.91
Ansiedad Sin ansiedad Con ansiedad	Rf 0.37	.006	1.44	1.11	1.88
Disfunción social Sin disfunción social Con disfunción social	Rf 0.86	.200	2.36	0.64	8.77
Depresión Con depresión Sin depresión	Rf -0.47	.055	0.62	0.39	1.01
Neuroticismo	0.16	<.0001	1.18	1.09	1.27
Extraversión	-0.04	.256	0.96	0.90	1.03
Psicoticismo	0.15	.005	1.16	1.05	1.28

Tabla 28. Resultados del análisis multivariante en relación al burnout (continuación)

	β	<i>P</i>	OR ajustada	IC (95%)	
				Límite inferior	Límite superior
Afrontamiento activo	0.24	.024	1.02	1.00	1.05
Afrontamiento pasivo	0.19	.196	1.02	0.99	1.05

Nota. β = coeficiente de regresión; OR = Odds Ratio; IC = Intervalo de confianza; Rf = categoría de referencia.

ANÁLISIS DE LA DIMENSIÓN CANSANCIO EMOCIONAL DEL SÍNDROME DE *BURNOUT*

Al analizar la dimensión del cansancio emocional del síndrome de *burnout* se halló una puntuación media de 16.3 (*DT* = 10.6). Como se puede observar en la Figura 38, al analizar esta dimensión en función de los distintos niveles considerados en el estudio se encontró que el 63.2% (*n* = 1416) de los participantes clasificaban en un nivel bajo de cansancio emocional, el 19.2% (*n* = 430) tenían un nivel medio y el 17.6% (*n* = 394) un nivel alto. Por tanto, el 63.8% de los profesionales de la salud tenían niveles de cansancio emocional bajos/medios, mientras que el 17.6% tenían niveles altos.

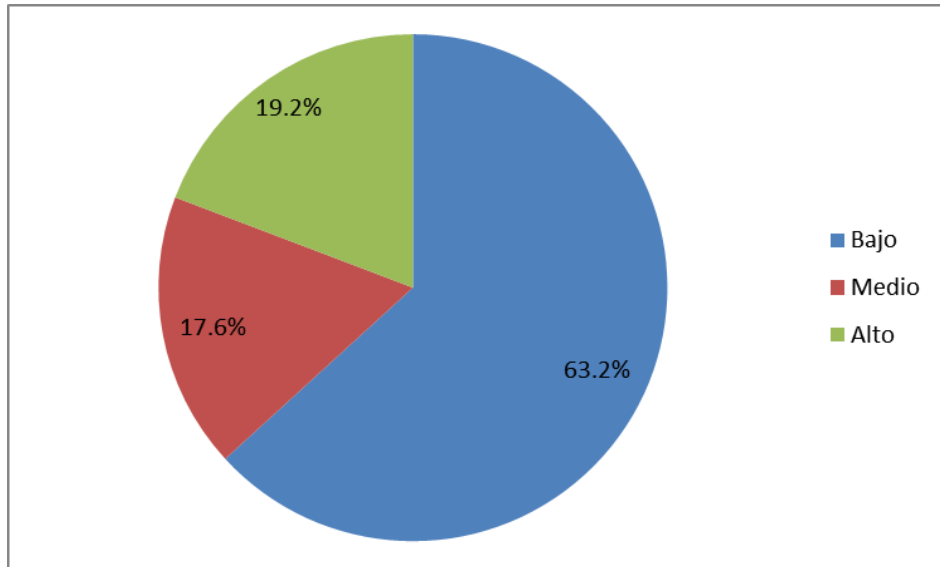


Figura 38. Distribución de los participantes según los niveles de cansancio emocional

1.23. Relación entre las variables del estudio y cansancio emocional: análisis bivariados

3.1.1. Variables sociodemográficas y cansancio emocional

La primera de las variables sociodemográficas analizadas en relación con el cansancio emocional fue el sexo. La media en la dimensión de cansancio emocional para los hombres fue de 16.7 ($DT = 11.1$) y para las mujeres de 16.1 ($DT = 10.3$) (ver Figura 39); las diferencias entre hombres y mujeres no fueron significativas, $t(2238) = 1.29$, $p = .19$.

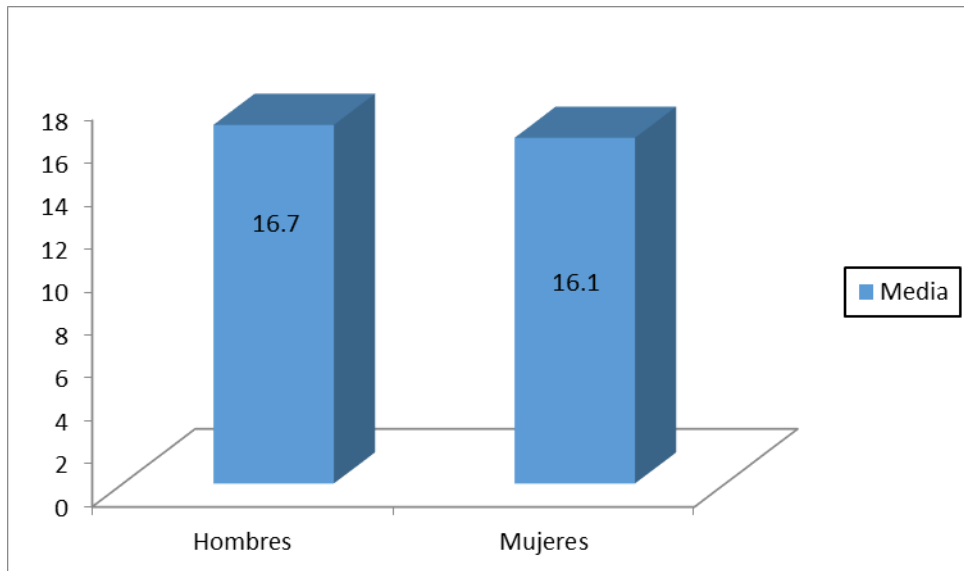


Figura 39. Puntuaciones medias en cansancio emocional en función del sexo

Igualmente, al analizar la relación entre el sexo y el nivel de cansancio emocional, en el sexo masculino se encontró que un 80.6% tenían un nivel bajo de cansancio emocional y el 19.4% alto; en el sexo femenino, el 83.3 % tenían un nivel bajo en cansancio emocional y el 16.7% alto (ver Tabla 29); las diferencias halladas entre ambas variables no fueron significativas, $\chi^2(1, N = 2240) = 2.39, p = .12$.

Tabla 29. Sexo y nivel de cansancio emocional

		Cansancio emocional				$\chi^2(1^a, N = 2240)$	<i>p</i>
		Bajo/medio		Alto			
		<i>n</i>	%	<i>n</i>	%		
Sexo	Hombres (<i>n</i> =733)	591	80.6%	142	19.4%	2.39	.12
	Mujeres (<i>n</i> =1507)	1255	83,3%	252	16,7%		

Nota. ^a Grados de libertad.

En relación a la edad y cansancio emocional, se halló una media en la dimensión de cansancio emocional para los sujetos de menos de 40 años de 17.4 (*DT* = 10.4) y para los

de 40 años o más de 14.9 ($DT = 10.6$) (ver Figura 40), siendo las diferencias estadísticamente significativas, $t(2135) = 5.5, p < .0001$.

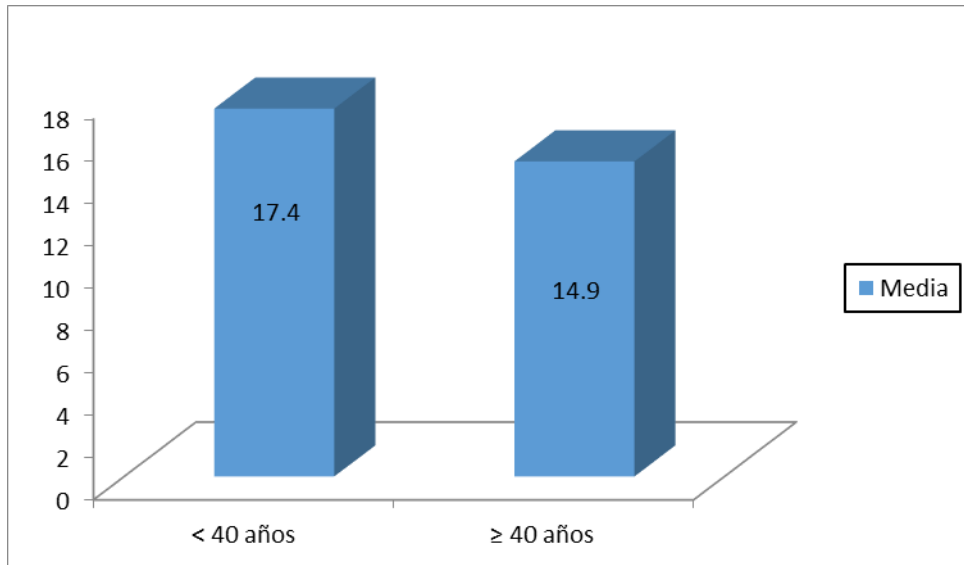


Figura 40. Puntuaciones medias en cansancio emocional en función de la edad

De igual forma, para la edad en relación con el nivel de cansancio emocional, se halló en los menores de 40 años que el 79.5% de los participantes tenían un nivel bajo/medio en cansancio emocional y el 20.5% alto; en los de 40 años o más, se encontró que el 86.0% tenían niveles bajos/medios de cansancio emocional y el 14.0% alto (ver Tabla 30). Las diferencias halladas entre ambas variables fueron estadísticamente significativas, $\chi^2(1, N = 2240) = 16.09, p < .0001$.

Tabla 30. Edad y nivel de cansancio emocional

		Cansancio emocional				$\chi^2(1^a, N = 2240)$	<i>p</i>
		Bajo/medio		Alto			
		<i>n</i>	%	<i>n</i>	%		
Edad	< 40 años (<i>n</i> = 1234)	981	79.5	253	20.5	16.09	< .0001
	≥ 40 años (<i>n</i> = 1006)	865	86.0	141	14.0		

Nota. ^a Grados de libertad.

En relación al número de hijos y cansancio emocional, se encontró una puntuación media en la dimensión de cansancio emocional para los que tenían hijos de 15.7 ($DT = 10.5$) y para los que no tenían hijos del 18.0 ($DT = 10.6$) y (ver Figura 41); las diferencias halladas fueron estadísticamente significativas, $t(2238) = 4.528, p = < .0001$.

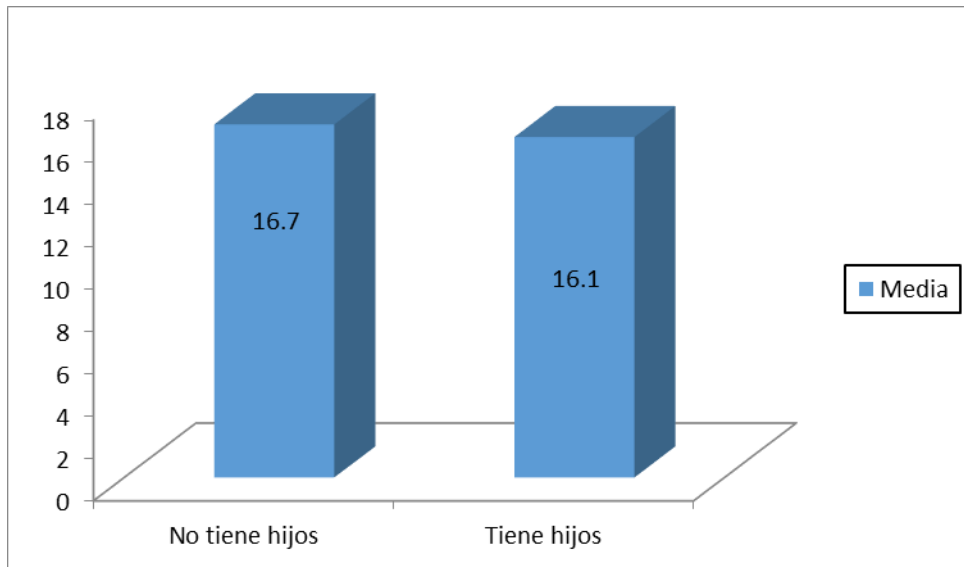


Figura 41. Puntuaciones medias en cansancio emocional en función de tener hijos o no

De igual modo, la relación entre hijos y el nivel de cansancio emocional, se halló que el 76.6% sin hijos tenían un nivel bajo/medio de cansancio emocional y un 23.4% alto; en aquellos con hijos, el 84.5% tenía un nivel bajo/medio de cansancio emocional y el 15.5% alto (ver Tabla 32); las diferencias halladas entre ambas variables fueron estadísticamente significativas, $\chi^2(1, N = 2240) = 18.56$ y $p = < .0001$.

Tabla 31. Hijos y nivel de cansancio emocional

		Cansancio emocional				$\chi^2(1^a, N = 2240)$	<i>p</i>
		Bajo/medio		Alto			
		<i>n</i>	%	<i>n</i>	%		
Hijos	Sin hijos (<i>n</i> = 585)	448	76.6%	137	23.4%	18.56	< .0001
	Con hijos (<i>n</i> = 1655)	1398	84.5%	257	15.5%		

Nota. ^a Grados de libertad.

En relación a la etnia y cansancio emocional, se encontró una puntuación media en la dimensión de cansancio emocional para los mestizos del 16.2 (*DT* = 10.5) y para las otras razas de 17.8 (*DT* = 11.6) (ver Figura 42); las diferencias halladas fueron estadísticamente significativas, $t(2238) = -2.05, p = .04$.

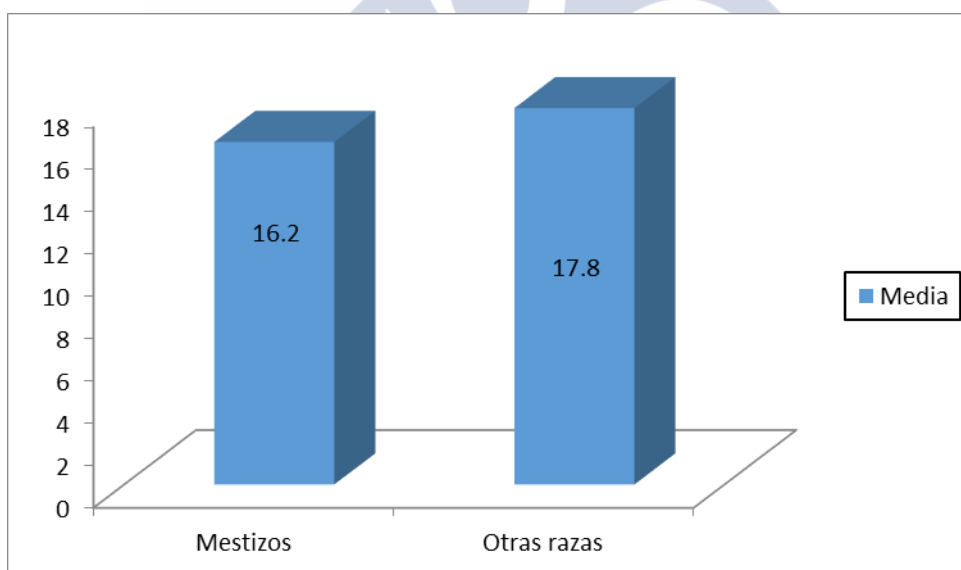


Figura 42. Puntuaciones medias en cansancio emocional en función de la etnia

De igual modo, en relación a la etnia y el nivel de cansancio emocional, se halló que el 83.0% de los mestizos tenían un nivel bajo/medio de cansancio emocional y un

17.0% alto; en las otras razas, el 76.2% tenía un nivel bajo/medio de cansancio emocional y el 23.8% alto (ver Tabla 32); las diferencias halladas entre ambas variables fueron estadísticamente significativas, $\chi^2(1, N = 2240) = 5.51, p = .02$.

Tabla 32. Etnia y el nivel cansancio emocional

		Cansancio emocional				$\chi^2(1^a, N = 2240)$	<i>p</i>
		Bajo/medio		Alto			
		<i>n</i>	%	<i>n</i>	%		
Etnia	Mestizo (<i>n</i> = 2051)	1702	83.0	349	17.0	5.51	.02
	Otras razas (<i>n</i> = 189)	144	76.2	45	23.8		

Nota. ^a Grados de libertad.

Respecto a la relación entre el estado civil y el cansancio emocional, se halló una puntuación media en la dimensión de cansancio emocional para los casados/pareja de hecho de 15.9 (*DT* = 10.6) y para los solteros/divorciados/viudos de 16.9 (*DT* = 10.5) (ver Figura 43), siendo las diferencias estadísticamente significativas, $t(2238) = -2.11, p = .03$.

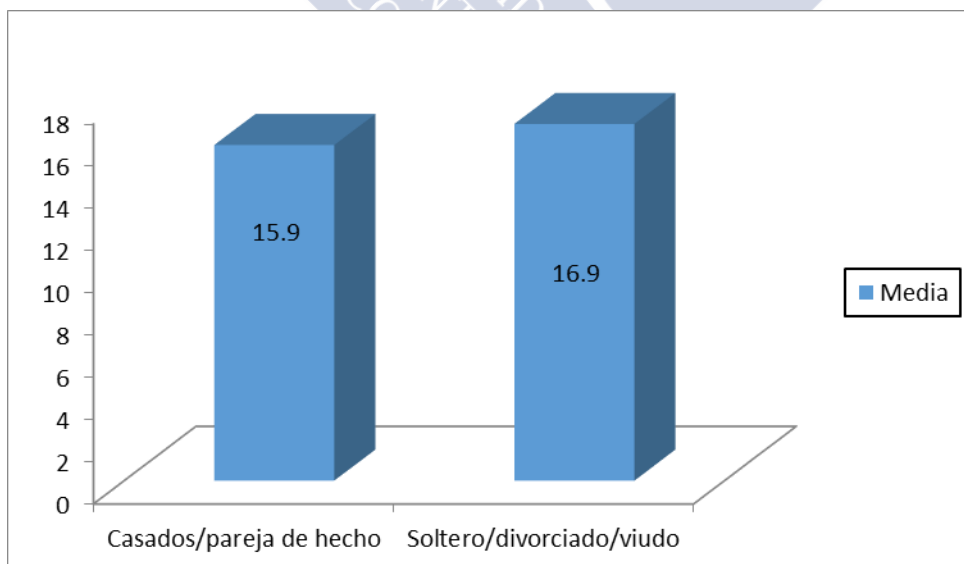


Figura 43. Puntuaciones medias en cansancio emocional en función del estado civil

También la relación entre el estado civil y el nivel de cansancio emocional, en los médicos y enfermeros que estaban casados/pareja se halló que el 83.1% tenían un nivel bajo/medio de cansancio emocional y el 16.9% alto; en la categoría soltero/divorciado/viudo, el 81.3% tenían un nivel bajo/medio en cansancio emocional y el 18.7% alto (ver Tabla 33); las diferencias halladas entre ambas variables no fueron estadísticamente significativas, $\chi^2 (1, N = 2240) = 1.29, p = .25$.

Tabla 33. Estado civil y el nivel cansancio emocional

		Cansancio emocional				$\chi^2(1 \text{ a}, N = 2240)$	<i>p</i>
		Bajo/medio		Alto			
		<i>n</i>	%	<i>n</i>	%		
Estado civil	Casado/pareja de hecho (<i>n</i> =1370)	1139	83.1	231	16.9	1.29	.25
	Soltero/divorciado /viudo (<i>n</i> =870)	707	81.3	163	18.7		

Nota. ^a Grados de libertad.

3.1.2 Variables laborales y cansancio emocional

La primera de las variables laborales analizadas en este subepígrafe fue ingresos mensuales. En relación a esta variable y el cansancio emocional, se encontró una puntuación media en la dimensión de cansancio emocional para los que ganaban menos de 1000\$ del 15.9 (*DT* = 10.1) y del 16.5 (*DT* = 10.9) para los de 1000\$ o más (ver Figura 44); no hubo diferencias estadísticamente significativas, $t (2224) = - 1.31, p = .19$.

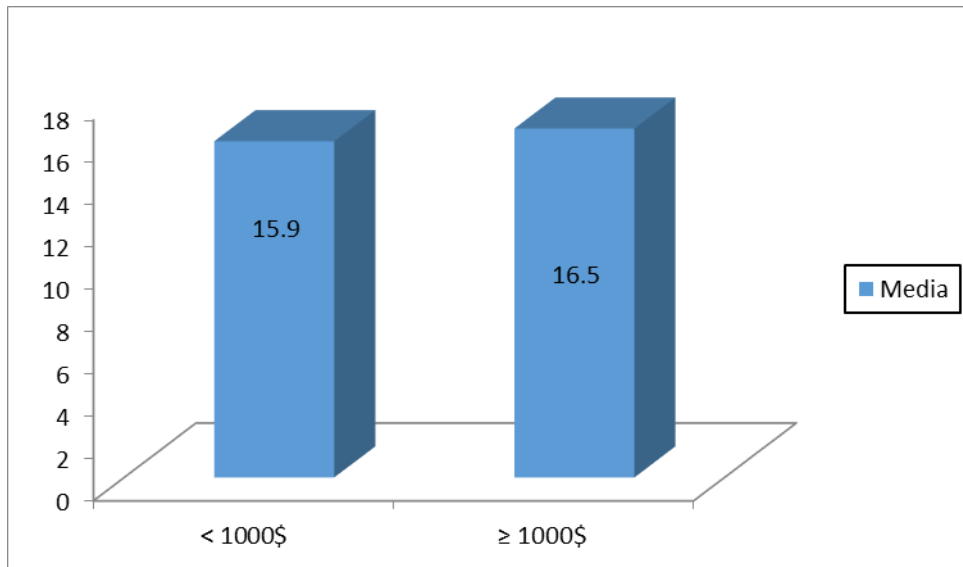


Figura 44. Puntuaciones medias en cansancio emocional en función del ingreso mensual

En cuanto a la relación entre los ingresos mensuales y el nivel de cansancio emocional, en aquellos que ganaban menos de 1000\$ el 84.1% tenían un nivel bajo de cansancio emocional y el 15.9% alto; en los de 1000\$ o más, el 81.5% tenían un nivel bajo en cansancio emocional y el 18.5% alto (ver Tabla 34); no se hallaron diferencias estadísticamente significativas, $\chi^2(1, N = 2226) = 2.36, p = .12$.

Tabla 34. Ingresos y nivel de cansancio emocional

		Cansancio emocional				$\chi^2(1^a, N = 2226)$	<i>p</i>
		Bajo/medio		Alto			
		<i>n</i>	%	<i>n</i>	%		
Ingresos	< 1000 (<i>n</i> =779)	655	84.1%	124	15.9%	2.36	.12
	≥ 1000 (<i>n</i> =1447)	1179	81.5%	268	18.5%		

Nota. ^a Grados de libertad.

Al analizar la relación entre la profesión y el cansancio emocional se encontró una puntuación media en la dimensión de cansancio emocional para los médicos/as de 17.1

($DT = 11.2$) y para los enfermeros/as de 15.5 ($DT = 9.9$), hallándose diferencias estadísticamente significativas, $t(2238) = 3.7, p < .0001$ (ver Figura 45).

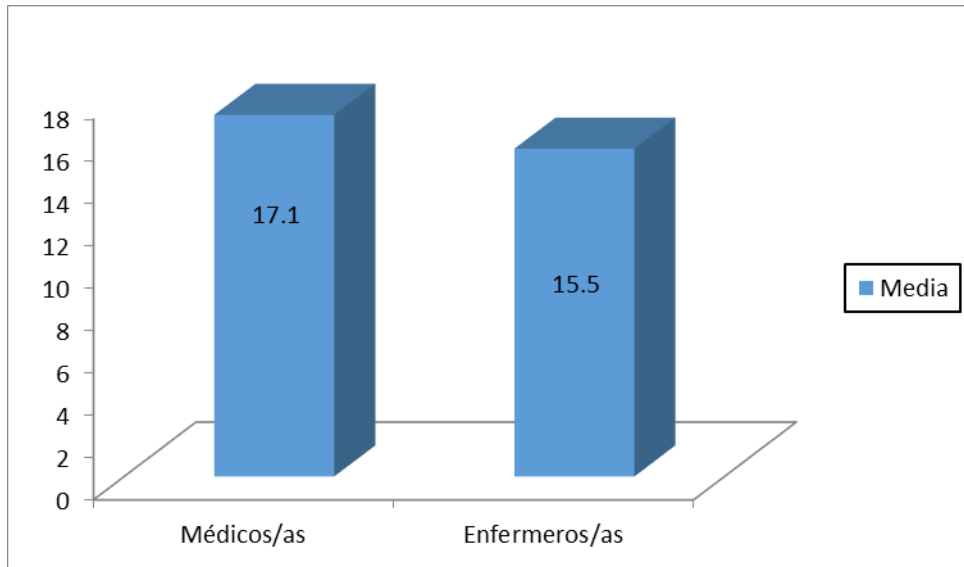


Figura 45. Puntuaciones medias en cansancio emocional en función de la profesión

Igualmente, en el análisis de la relación entre la profesión y el nivel de cansancio emocional, en los médicos/as se halló que el 79.5% tenían un nivel bajo de cansancio emocional y el 20.5% alto; en los enfermeros/as, el 85.4% tenían un nivel bajo de cansancio emocional y el 14.6% alto. Como se puede observar en la Tabla 35, las diferencias halladas entre ambas variables fueron estadísticamente significativas, $\chi^2(1, N = 2240) = 13.43, p < .0001$.

Tabla 35. Profesión y nivel de cansancio emocional

		Cansancio emocional				$\chi^2(1^a, N = 2240)$	p
		Bajo/medio		Alto			
		n	%	n	%		
Profesión	Médicos/as ($n = 1137$)	904	79.5	233	20.5	13.43	< .0001
	Enfermeros/as ($n = 1103$)	942	85.4	161	14.6		

Nota. ^a Grados de libertad.

En relación a la experiencia profesional, para aquellos con una experiencia de 10 años o menos la media en la dimensión cansancio emocional fue de 17.7 ($DT = 10.6$) y para los de más de 10 años la media fue de 15.0 ($DT = 10.4$) (ver Figura 46); siendo las diferencias estadísticamente significativas, $t(2159) = 6.0, p < .0001$.

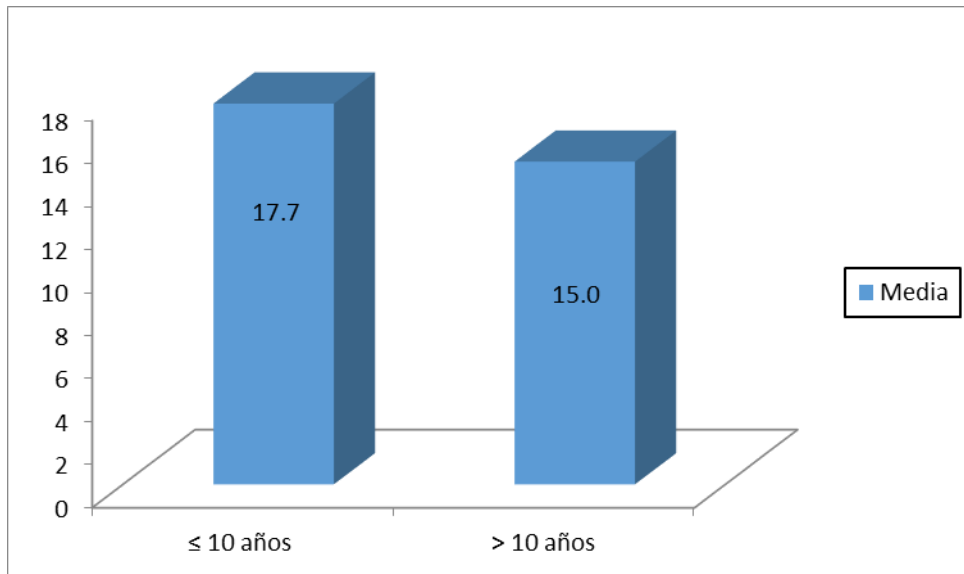


Figura 46. Puntuaciones medias en cansancio emocional en función de la experiencia profesional

Al analizar la relación entre la experiencia profesional y el nivel de cansancio emocional, se halló que un 78.6% de los profesionales de la salud con una experiencia de 10 o menos años tenían un nivel bajo de cansancio emocional y el 21.4% nivel alto; el 86.3% de los profesionales con más de 10 años de experiencia profesional tenían un nivel bajo en cansancio emocional y el 13.7% alto (ver Tabla 36); las diferencias halladas en la relación entre ambas variables fueron estadísticamente significativas, $\chi^2(1, N = 2166) = 22.19, p < .0001$.

Tabla 36. Experiencia profesional y nivel de cansancio emocional

		Cansancio emocional				$\chi^2(1^a, N = 2166)$	P
		Bajo/medio		Alto			
		n	%	n	%		
Experiencia profesional	≤ 10 años (n = 1065)	837	78.6	228	21.4	22.19	< .0001
	> 10 años (n = 1101)	950	86.3	151	13.7		

Nota. ^a Grados de libertad.

En relación a la dedicación y el cansancio emocional para los participantes con una relación contractual a tiempo completo la media en la dimensión cansancio emocional fue de 16.8 ($DT = 10.78$) y para los de tiempo parcial la media fue de 14.9 ($DT = 9.82$) (ver Figura 47); las diferencias halladas fueron estadísticamente significativas, $t(2213) = 3.7$ $p < .0001$.

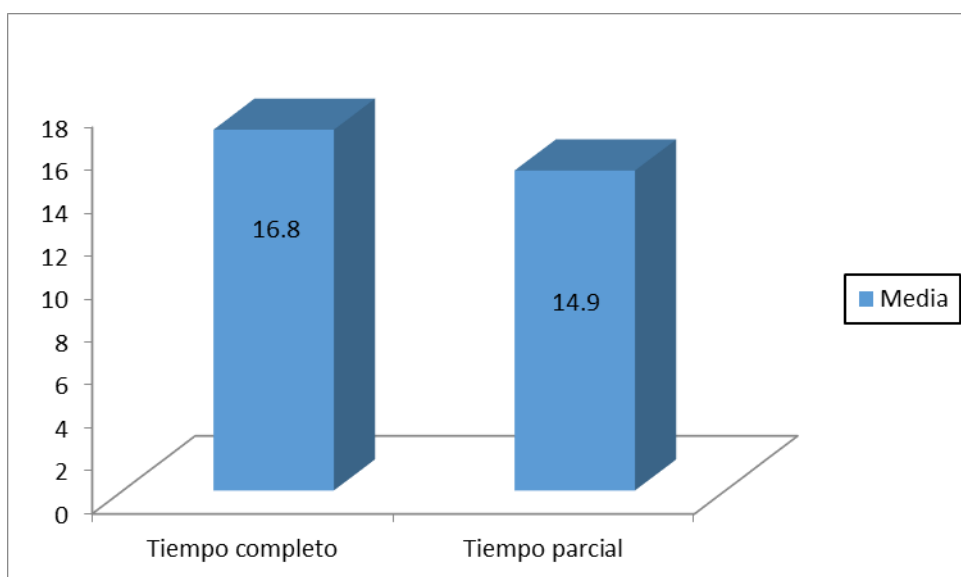


Figura 47. Puntuaciones medias en cansancio emocional en función de la dedicación

Asimismo, con relación a la dedicación y el nivel de cansancio emocional, se halló que el 81.0% de los participantes que estaban a tiempo completo experimentaban un nivel

bajo de cansancio emocional y el 19.0% un nivel alto, mientras que el 86.8% de los participantes a tiempo parcial tenían un nivel bajo en cansancio emocional y el 13.2% alto (ver Tabla 37); las diferencias halladas en la relación entre ambas variables fueron estadísticamente significativas, $\chi^2(1, N = 2215) = 9.35, p = .002$.

Tabla 37. Dedicación y nivel de cansancio emocional

		Cansancio emocional				$\chi^2(1^a, N = 2215)$	<i>P</i>
		Bajo/medio		Alto			
		<i>n</i>	%	<i>n</i>	%		
Dedicación	Tiempo completo (<i>n</i> = 1677)	1359	81.0	318	19.0	9.35	.002
	Tiempo parcial (<i>n</i> = 538)	467	86.8	71	13.2		

Nota. ^a Grados de libertad.

En cuanto a la relación entre el sector en el que trabajaban los participantes y el cansancio emocional, se encontró una puntuación media en la dimensión de cansancio emocional para los que pertenecían a empresas públicas del 16.3 (*DT* = 10.6) y de 16.3 (*DT* = 10.5) para los de empresas privadas o mixtas (ver Figura 48); no hubo diferencias estadísticamente significativas, $t(1006) = 0.03, p = .98$.

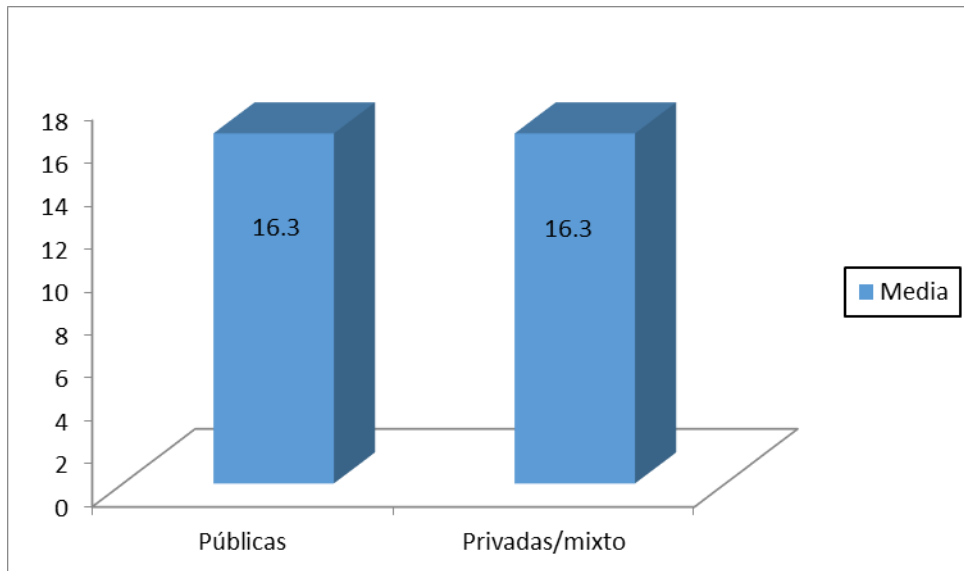


Figura 48. Puntuaciones medias en cansancio emocional en función del sector en que trabajan

De la misma manera, en la relación entre el sector en el que trabajaban y el nivel de cansancio emocional, en aquellos que trabajaban en el sector público el 82.3% tenían un nivel bajo de cansancio emocional y el 17.7% alto; y en el privado o mixto, el 82.8% tenían un nivel bajo en cansancio emocional y el 17.2% alto (ver Tabla 38); no se hallaron diferencias estadísticamente significativas, $\chi^2(1, N = 2213) = 0.07, p = .79$.

Tabla 38. Sector en el que trabajaban los participantes y nivel de cansancio emocional

		Cansancio emocional				$\chi^2(1^a, N = 2213)$	P
		Bajo/medio		Alto			
		n	%	n	%		
Sector en el que trabajan los participantes	Públicas (n=1642)	1352	82.3%	290	17.7%	0.07	.79
	Privadas /mixto (n=571)	473	82.8%	98	17.2%		

Nota. ^a Grados de libertad.

En relación al tipo de contrato y el cansancio emocional, se encontró una puntuación media en la dimensión de cansancio emocional para los participantes que había

vido por nombramiento del 15.8 ($DT = 10.5$) y de 16.9 ($DT = 10.6$) para los que poseían otros tipos de contrato (ver Figura 49), hallándose diferencias estadísticamente cuanto a significativas, $t(2209) = -2.55, p = .01$.

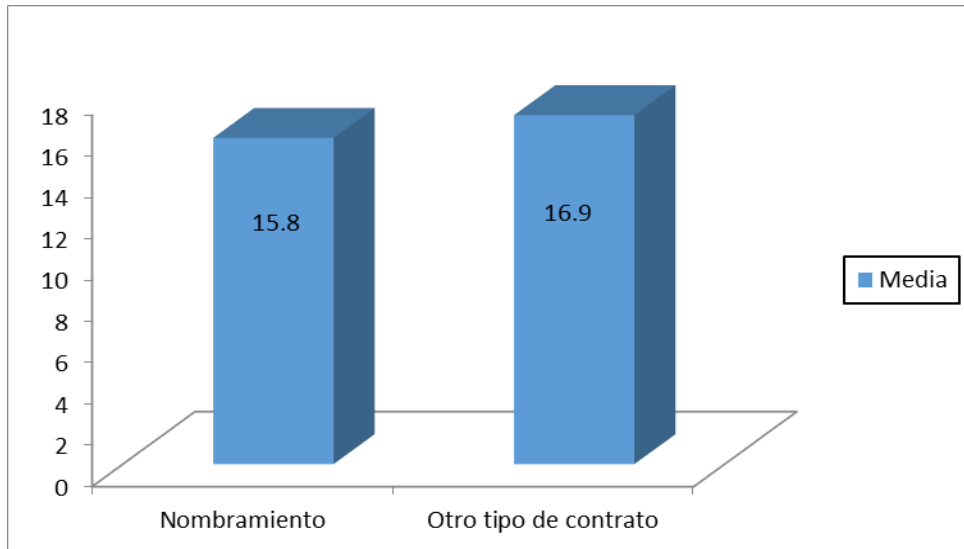


Figura 49. Puntuaciones medias en cansancio emocional en función del tipo de contrato

De igual manera, la relación entre el tipo de contrato y el nivel de cansancio emocional, el 84.5% de los de nombramiento tenían un nivel bajo de cansancio emocional y el 15.5% alto; en los participantes con otro tipo de contratos, el 80.2% tenían un nivel bajo en cansancio emocional y el 19.8% alto (ver Tabla 39); se hallaron diferencias estadísticamente significativas, $\chi^2(1, N = 2211) = 7.09, p = .008$.

Tabla 39. Tipo de contrato y nivel de cansancio emocional

		Cansancio emocional				$\chi^2(1^a, N = 2211)$	<i>P</i>
		Bajo/medio		Alto			
		<i>n</i>	%	<i>n</i>	%		
Tipo de contrato	Nombramiento (<i>n</i> =1102)	931	84.5	171	15.5	7.09	.008
	Otros tipos de contrato (<i>n</i> =1109)	889	80.2	220	19.8		

Nota. ^a Grados de libertad.

Al analizar la relación entre la jornada diaria y el cansancio emocional, se encontró una puntuación media en la dimensión de cansancio emocional para los que trabajan hasta 8 horas de 15.8 ($DT = 10.5$) y para los que trabajan más de 8 horas de 17.9 ($DT = 10.7$) (ver Figura 50), hallándose diferencias estadísticamente significativas, $t(1093) = -4.2$, $p < .0001$.

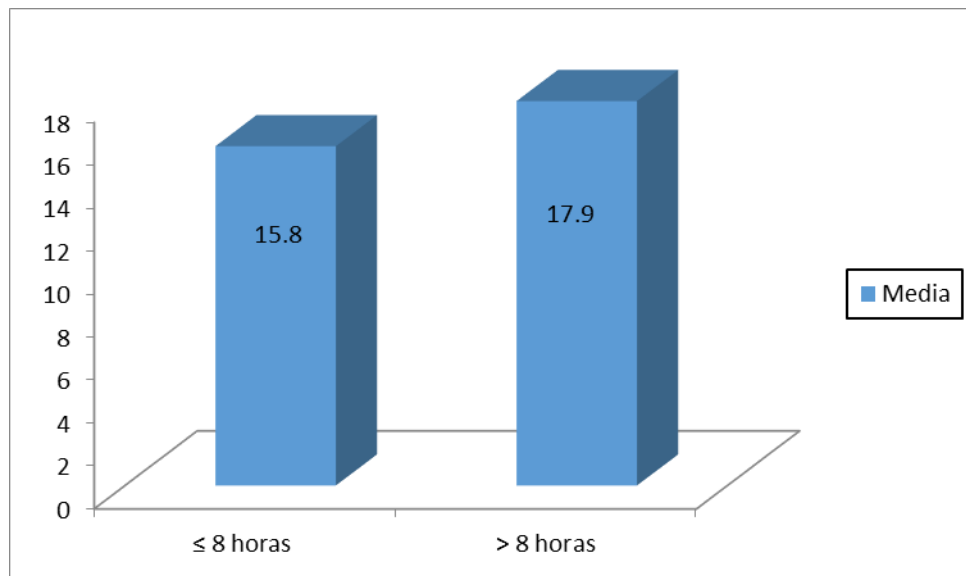


Figura 50. Puntuaciones medias en cansancio emocional en función de la jornada laboral diaria

Igualmente, la relación entre jornada diaria y el nivel de cansancio emocional, en los que trabajan hasta 8 horas el 83.1% tenían un nivel bajo de cansancio emocional y el 16.9% alto; en los de más de 8 horas, el 80.2% tenían un nivel bajo de cansancio emocional y el 19.8% alto. Como se puede observar en la Tabla 40 las diferencias halladas entre ambas variables fueron estadísticamente significativas $\chi^2(1, N = 2190) = 2.46$, $p < .0001$.

Tabla 40. Jornada laboral diaria y nivel de cansancio emocional

		Cansancio emocional				$\chi^2(1^a, N = 2190)$	P
		Bajo/medio		Alto			
		n	%	n	%		
Jornada diaria	≤ 8 horas (n=1578)	1311	83.1%	267	16.9%	2.46	< .0001
	> 8 horas (n=612)	491	80.2%	121	19.8%		

Nota. ^a Grados de libertad.

En relación a trabajar por turnos y el cansancio emocional, se encontró una puntuación media en la dimensión de cansancio emocional para aquellos que trabajaban por turnos del 17.2 ($DT = 10.7$) y de 15.2 ($DT = 10.3$) para los que no realizan turnos (ver Figura 51); las diferencias fueron estadísticamente significativas, $t(2122) = -4.4$, $p < .0001$.

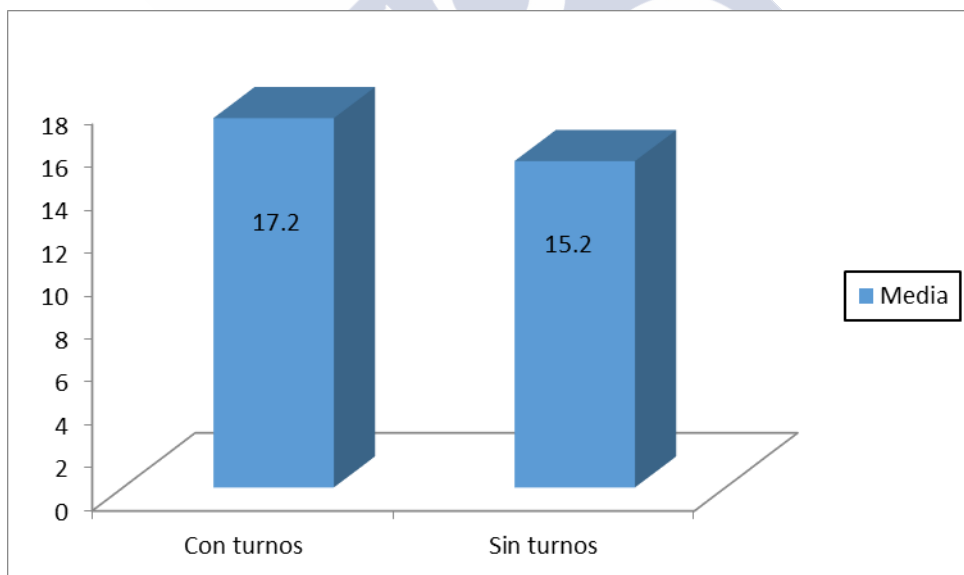


Figura 51. Puntuaciones medias en cansancio emocional en función de los turnos

En cuanto a la relación entre el trabajo por turnos y el nivel de cansancio emocional, en aquellos que realizaban turnos el 79.7% tenían un nivel bajo de cansancio

emocional y el 20.3% alto; en los participantes que no trabajaban por turnos, el 86% tenían un nivel bajo en cansancio emocional y el 14% alto (ver Tabla 41); se hallaron diferencias estadísticamente significativas, $\chi^2(1, N = 2240) = 15.03, p < .0001$.

Tabla 41. Turnos y nivel de cansancio emocional

		Cansancio emocional				$\chi^2(1^a, N = 2240)$	P
		Bajo/medio		Alto			
		n	%	n	%		
Turnos	Con Turnos (n = 1270)	1012	79.7	258	20.3	15.03	<.0001
	Sin turnos (n = 970)	834	86.0	136	14.0		

Nota. ^a Grados de libertad.

En relación a la atención directa al paciente y el cansancio emocional, se encontró una puntuación media en la dimensión de cansancio emocional para los participantes que realizan una atención directa hasta el 50% de su tiempo de trabajo del 16.0 ($DT = 10.2$) y del 16.4 ($DT = 10.6$) para los que realizaban una atención directa mayor del 50% (ver Figura 52); no hubo diferencias estadísticamente significativas $t(2222) = -0.45, p = .656$.

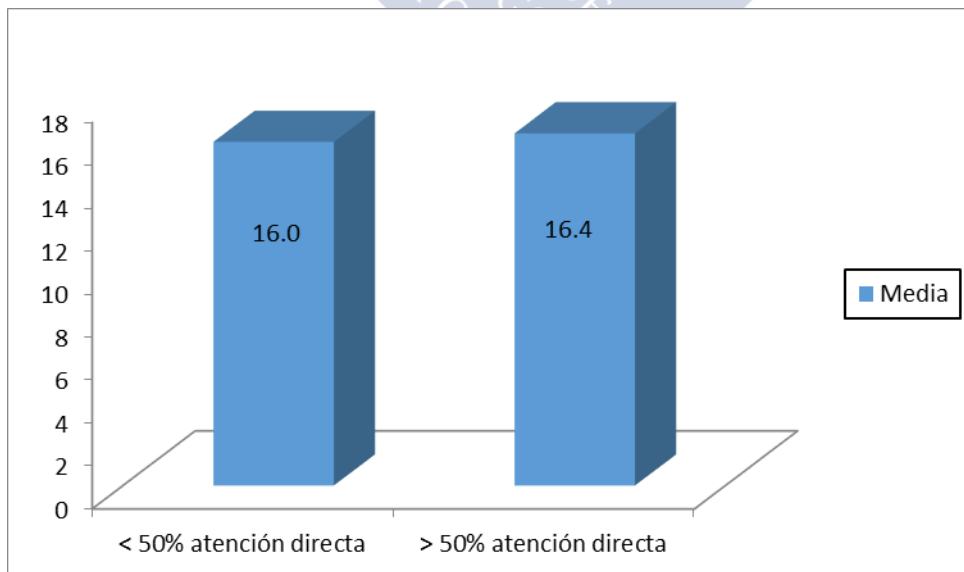


Figura 52. Puntuaciones medias en cansancio emocional en función del tiempo de atención directa al paciente

También la relación entre atención directa y el nivel de cansancio emocional, en aquellos que tenían una atención directa hasta el 50%, el 84.7% tenían un nivel bajo de cansancio emocional y el 15.3% alto; en los profesionales con una atención directa a los pacientes mayor al 50%, el 82.2% tenían un nivel bajo en cansancio emocional y el 17.8% alto (ver Tabla 42); no se hallaron diferencias estadísticamente significativas, $\chi^2(1, N = 2224) = 0.93, p = .335$.

Tabla 42. Atención directa y nivel de cansancio emocional

		Cansancio emocional				$\chi^2(1^a, N = 2224)$	P
		Bajo/medio		Alto			
		n	%	n	%		
Atención Directa	≤ 50 % atención directa (n=229)	194	84.7%	35	15.3%	0.93	.335
	> 50 % atención directa (n=1995)	1639	82.2%	356	17.8%		

Nota. ^a Grados de libertad.

En relación al número de pacientes atendidos al día y cansancio emocional, se encontró una puntuación media en la dimensión de cansancio emocional en la categoría de 0-17 pacientes, del 15.9 (DT = 10.4) y en la de 18 pacientes en adelante del 16.8 (DT = 10.6) (ver Figura 53); no hubo diferencias estadísticamente significativas, $t(2157) = -1.96, p = .051$.

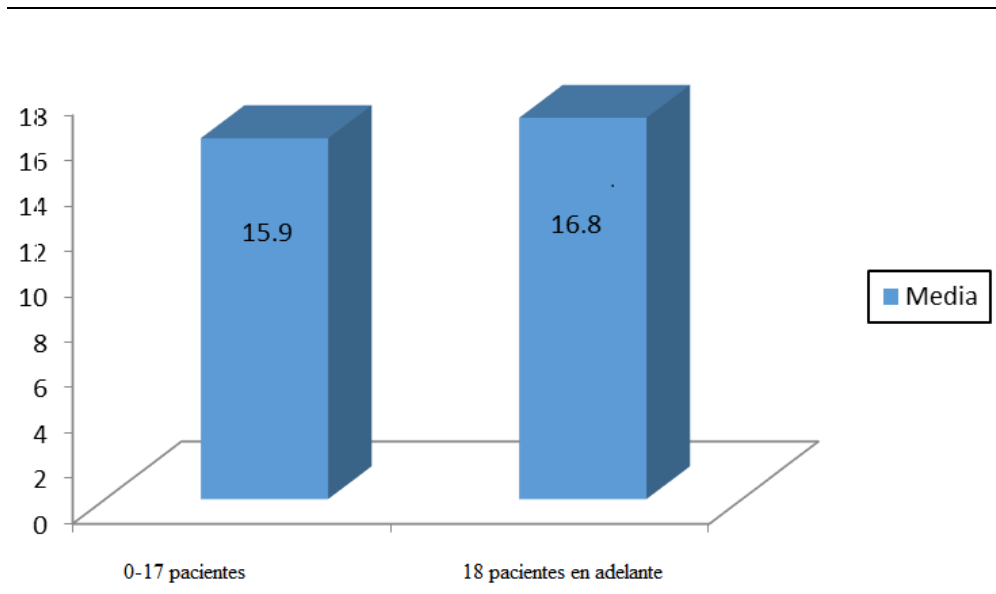


Figura 53. Puntuaciones medias en cansancio emocional en función de pacientes atendidos por día

También la relación entre paciente atendidos y el nivel de cansancio emocional, aquellos que atendían de 0 a 17 pacientes, el 82.8% tenían un nivel bajo de cansancio emocional y el 17.2% alto; en los profesionales que atendían a 18 pacientes en adelante, el 81.8% tenían un nivel bajo en cansancio emocional y el 18.2% alto (ver Tabla 43); no se hallaron diferencias estadísticamente significativas, $\chi^2(1, N = 2159) = 0.37, p = .543$.

Tabla 43. Pacientes atendidos y nivel de cansancio emocional

		Cansancio emocional				$\chi^2(1^a, N = 2159)$	P
		Bajo/medio		Alto			
		n	%	n	%		
Pacientes atendidos	0 – 17 pacientes (n=1093)	905	82.8%	188	17.2%	.37	.543
	18 pacientes en adelante (n=1066)	872	81.8%	194	18.2%		

Nota. ^a Grados de libertad.

En relación a los recursos en las instituciones y el cansancio emocional, se encontró una puntuación media en la dimensión de cansancio emocional para la categoría bastante/totalmente del 17.2 ($DT = 10.6$) y para la categoría poco/ninguno del 15.2 ($DT = 10.4$) (ver Figura 54); hubo diferencias estadísticamente significativas $t(2212) = 4.58, p = <.0001$.

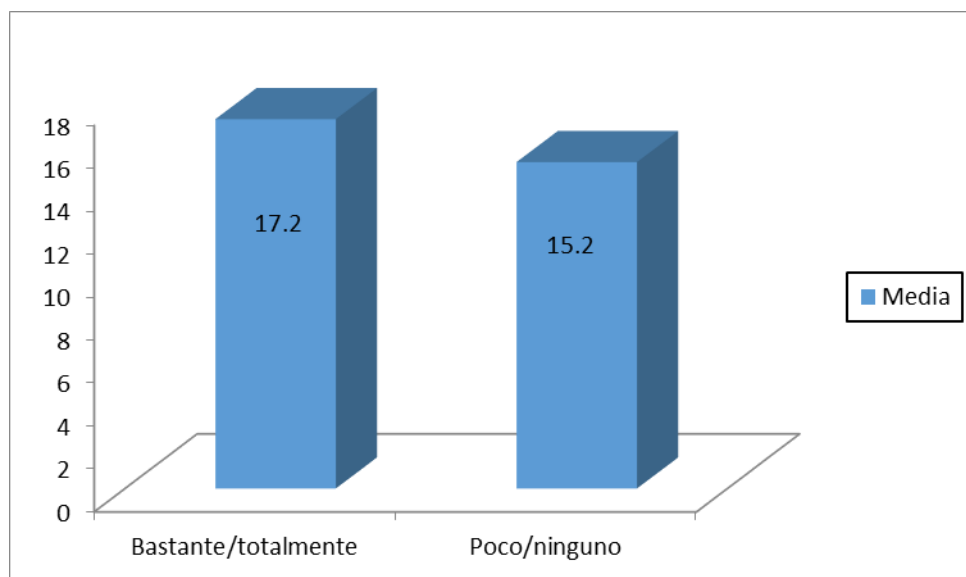


Figura 54. Puntuaciones medias en cansancio emocional en función de recursos en las Instituciones

De igual modo la relación entre los recursos en las instituciones y el nivel de cansancio emocional, aquellos profesionales de instituciones que contaban con bastantes/totalmente recursos, el 81.2% tenían un nivel bajo de cansancio emocional y el 18.8% alto; mientras que los profesionales de las instituciones que recibían poco/ningún recurso, el 83.8% tenían un nivel bajo en cansancio emocional y el 16.2% alto (ver Tabla 44); no se hallaron diferencias estadísticamente significativas, $\chi^2(1, N = 2214) = 2.53, p = .112$.

Tabla 44. Recursos en las instituciones y nivel de cansancio emocional

		Cansancio emocional				$\chi^2(1^a, N = 2214)$	P
		Bajo/medio		Alto			
		n	%	n	%		
Recursos en las instituciones	Bastantes totalmente (n=1222)	992	81.2%	230	18.8%	2.53	.112
	Poco/ninguno (n=992)	831	83.8%	161	16.2%		

Nota. ^a Grados de libertad.

3.1.3. Variables clínicas y cansancio emocional

La primera de las variables clínicas analizadas en relación al cansancio emocional fue los síntomas somáticos, se halló para los sujetos que no tenían síntomas somáticos una media de 13.4 ($DT = 9.2$) y para aquellos con síntomas somáticos de 23.2 ($DT = 10.3$) (ver Figura 55); las diferencias observadas fueron estadísticamente significativas, $t(2238) = -22.2, p < .0001$.

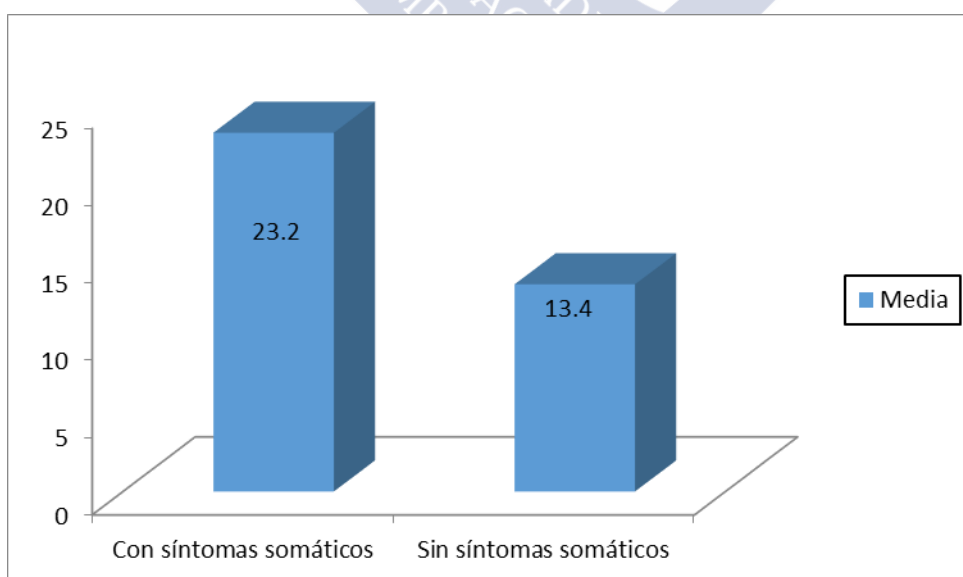


Figura 55. Puntuaciones medias en cansancio emocional en función de síntomas somáticos

En lo referente a la relación entre síntomas somáticos y el nivel de cansancio emocional, en aquellos que presentan síntomas somáticos el 63.3% tenían un nivel bajo de cansancio emocional y el 36.7% alto; en los participantes que no experimentaban síntomas somáticos, el 90.6% tenían un nivel bajo en cansancio emocional y el 9.4% alto (ver Tabla 45); se hallaron diferencias estadísticamente significativas, $\chi^2(1, N = 2224) = 242.43, p < .0001$.

Tabla 45. Síntomas somáticos y nivel de cansancio emocional

		Cansancio emocional				$\chi^2(1^a, N = 2224)$	<i>p</i>
		Bajo/medio		Alto			
		<i>n</i>	%	<i>n</i>	%		
Síntomas Somáticos	Con síntomas somáticos (<i>n</i> = 673)	426	63.3	247	36.7	242.43	< .0001
	Sin síntomas somáticos (<i>n</i> = 1567)	1420	90.6	147	9.4		

Nota. ^a Grados de libertad.

Respecto a la relación entre ansiedad y cansancio emocional, se halló para los participantes que no tenían ansiedad una media de 12.8 (*DT* = 9.1) en cansancio emocional y para los que presentan ansiedad de 21.7 (*DT* = 10.4) (ver Figura 56); las diferencias halladas fueron estadísticamente significativas, $t(2238) = -21.36, p < .0001$.

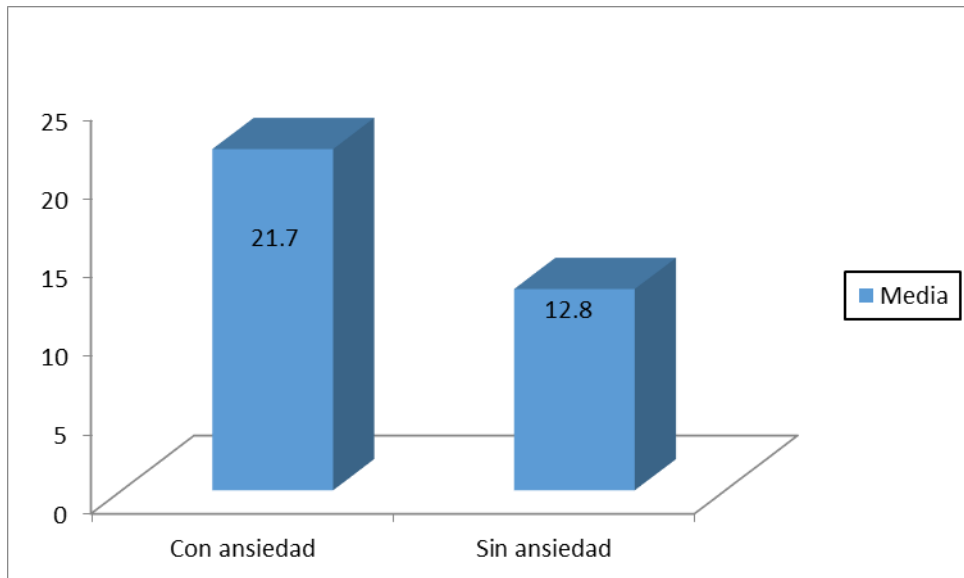


Figura 56. Puntuaciones medias en cansancio emocional en función de la ansiedad

Igualmente, la relación entre ansiedad y el nivel de cansancio emocional, en los profesionales de salud con ansiedad, el 68.2% tenían un nivel bajo de cansancio emocional y el 31.8% alto; en los participantes que no presentan ansiedad, el 91.6% tenían un nivel bajo en cansancio emocional y el 8.4% alto (ver Tabla 46); se encontraron diferencias estadísticamente significativas, $\chi^2(1, N = 2240) = 202.44, p < .0001$.

Tabla 46. Ansiedad y nivel de cansancio emocional

		Cansancio emocional				$\chi^2(1^a, N = 2240)$	<i>p</i>
		Bajo/medio		Alto			
		<i>n</i>	%	<i>n</i>	%		
Ansiedad	Con ansiedad (<i>n</i> = 880)	600	68.2	280	31.8	202.44	< .0001
	Sin ansiedad (<i>n</i> = 1360)	1246	91.6	114	8.4		

Nota. ^a Grados de libertad.

En lo que respecta a la relación entre la disfunción social y el cansancio emocional, se encontró, para los profesionales que no presentaban disfunción social una media de 16.2 ($DT = 10.4$) en cansancio emocional y para los que tenían disfunción social de 33.5 ($DT = 10.9$) (ver Figura 57); las diferencias halladas fueron estadísticamente significativas, $t(21) = -7.43, p < .0001$.

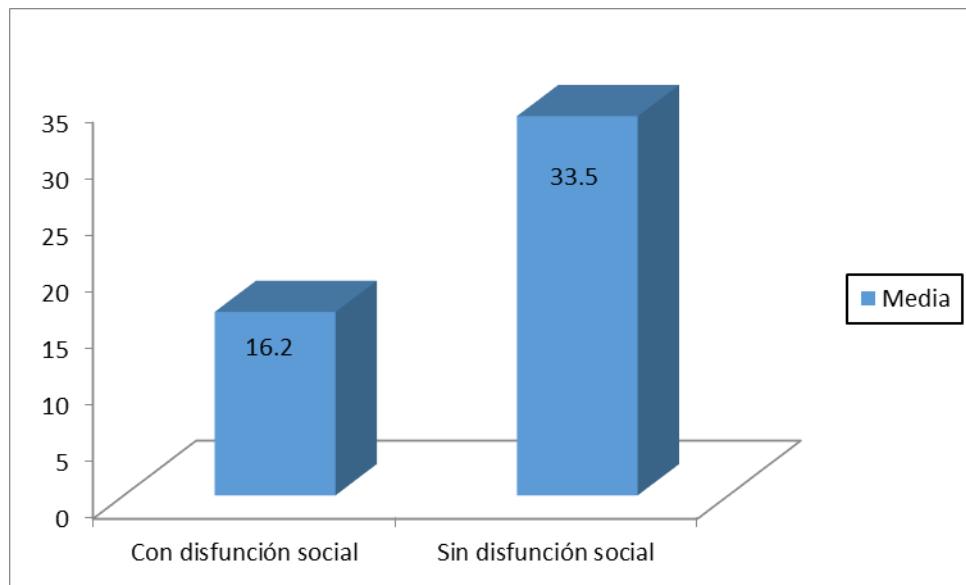


Figura 57. Puntuaciones medias en cansancio emocional en función de la disfunción social

De igual modo, la relación entre la disfunción social y el nivel de cansancio emocional en los participantes que mostraron disfunción social el 22.7% tenían un nivel bajo de cansancio emocional y el 77.3% alto; en los participantes que no presentaron disfunción social, el 83% tenían un nivel bajo en cansancio emocional y el 17% alto (ver Tabla 47); se hallaron diferencias estadísticamente significativas, $\chi^2(1, N = 2240) = 54.59, p < .0001$.

Tabla 47. Disfunción social y nivel de cansancio emocional

		Cansancio emocional				$\chi^2(1^a, N = 2240)$	<i>p</i>
		Bajo/medio		Alto			
		<i>n</i>	%	<i>n</i>	%		
Disfunción Social	Con disfunción social (<i>n</i> = 22)	5	22.7	17	77.3	54.59	< .0001
	Sin disfunción social (<i>n</i> = 2218)	1841	83.0	377	17		

Nota. ^a Grados de libertad.

En lo que respecta a la relación de la depresión y el cansancio emocional, se encontró en para los profesionales de la salud que no presentan depresión una media de 15.7 (*DT* = 10.2) en cansancio emocional y en los que tenían depresión de 25.7 (*DT* = 11.8) (ver Figura 58); las diferencias halladas fueron estadísticamente significativas, $t(2238) = -10.69, p < .0001$.

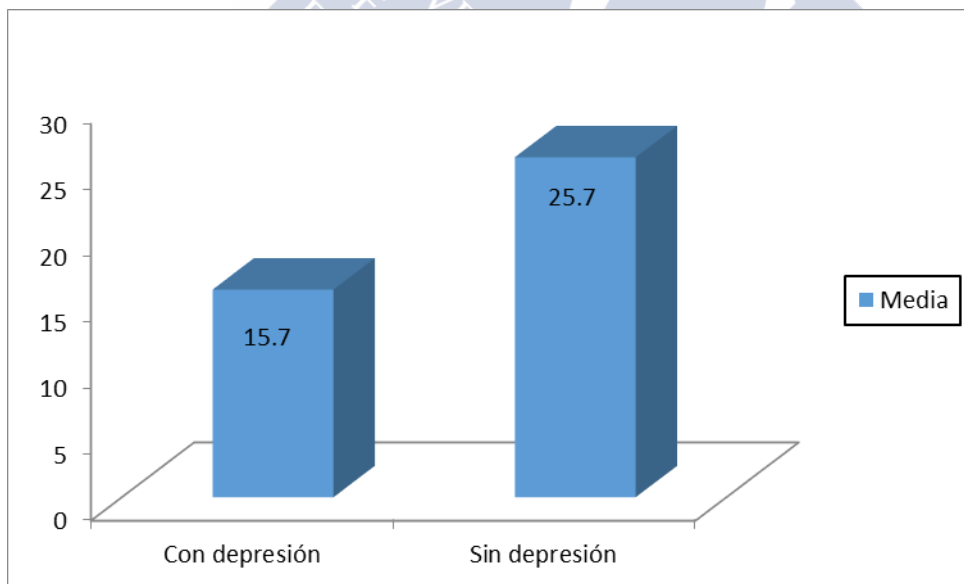


Figura 58. Puntuaciones medias en cansancio emocional en función de la depresión

De igual manera, la relación entre la depresión y el nivel de cansancio emocional, en los participantes con depresión, el 51.5% tenían un nivel bajo de cansancio emocional y el 48.5% alto; en los participantes que tenían depresión, el 84.3% tenían un nivel bajo en cansancio emocional y el 15.7% alto (ver Tabla 48); la diferencia fue estadísticamente significativa, $\chi^2(1, N = 2240) = 90.74, p < .0001$.

Tabla 48. Depresión y nivel de cansancio emocional

		Cansancio emocional				$\chi^2(1^a, N = 2240)$	<i>p</i>
		Bajo/medio		Alto			
		<i>n</i>	%	<i>n</i>	%		
Depresión	Con depresión (<i>n</i> = 130)	67	51.5	63	48.5	90.74	<.0001
	Sin depresión (<i>n</i> = 2210)	1779	84.3	331	15.7		

Nota. ^a Grados de libertad.

Respecto a la variable englobadas en Personalidad y su relación con el cansancio emocional (ver Tabla 49), se halló una correlación positiva significativa entre neuroticismo y cansancio emocional, $r(2240) = .414, p = <.0001$. Se encontró una puntuación media en neuroticismo para la categoría bajo/medio de cansancio emocional de 1.5 (DT = 1.5), y para la categoría, alto cansancio emocional de 2.8 (DT = 1.8) (ver Figura 59); las diferencias halladas fueron estadísticamente significativas, $t(2238) = -15.35, p < .0001$.

Tabla 49. Personalidad y cansancio emocional.

	Cansancio emocional		
	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>n</i>
Neuroticismo	.414	<.0001	2240
Extraversión	-.183	<.0001	2240
Psicoticismo	.126	<.0001	2240

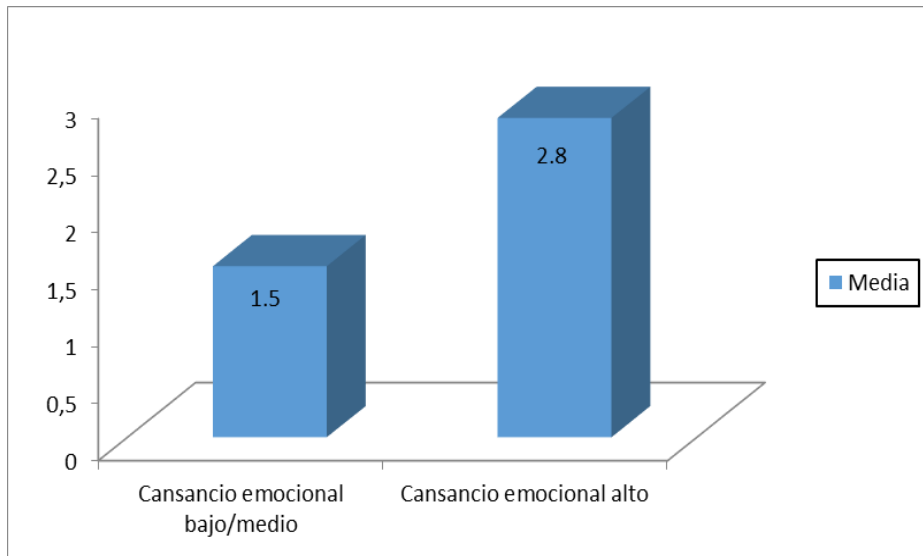


Figura 59. Neuroticismo y nivel de cansancio emocional

En relación a la extraversión y el cansancio emocional, se halló una correlación negativa significativa entre ambas variables, $r(2240) = -.183$ (ver Tabla 49). La puntuación media en extroversión en aquellos profesionales de la salud con cansancio emocional bajo fue de 4.4 ($DT = 1.7$) y en los que tenían cansancio emocional alto 3.7 ($DT = 1.9$) (ver Figura 60); la diferencia detectada fue estadísticamente significativa $t(2238) = 6.9, p < .0001$.

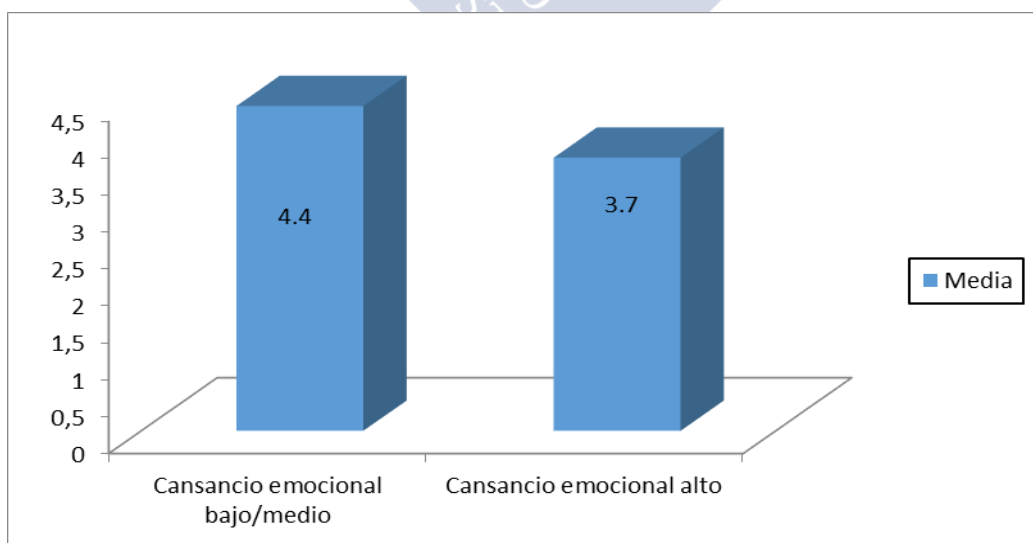


Figura 60. Extraversión y nivel de cansancio emocional

En el análisis de la relación entre la subescala de psicoticismo y cansancio emocional, la correlación obtenida fue significativa, $r(2240) = .126, p = <.0001$ (ver Tabla 49). Los participantes con cansancio emocional bajo/medio tuvieron una media de 1.6 ($DT = 1.0$) en psicoticismo y los de cansancio emocional alto 1.9 ($DT = 1.1$) (ver Figura 61); las diferencias halladas fueron estadísticamente significativas, $t(2238) = -4.42, p = <.0001$.

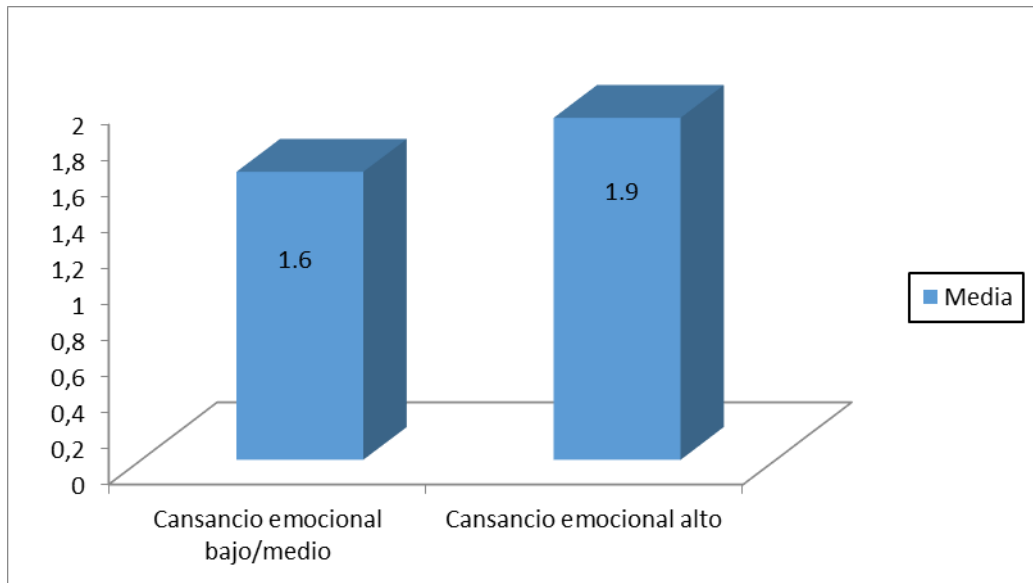


Figura 61. Psicoticismo y nivel de cansancio emocional

En cuanto a la relación entre el apoyo social y el cansancio emocional, la correlación entre ambas variables fue negativa significativa $r(2161) = -.046, p = .033$ (ver Tabla 50). Los participantes con un cansancio emocional bajo/medio tuvieron una puntuación media en apoyo social de 73.6 ($DT = 19.2$) y aquellos con un cansancio emocional alto de 71.9 ($DT = 18.4$) (ver Figura 62); la diferencia detectada no fue estadísticamente significativa, $t(2159) = 1.57, p = .117$.

Tabla 50. Apoyo social y cansancio emocional.

	Cansancio emocional		
	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>n</i>
Apoyo social	-.046	.033	2161

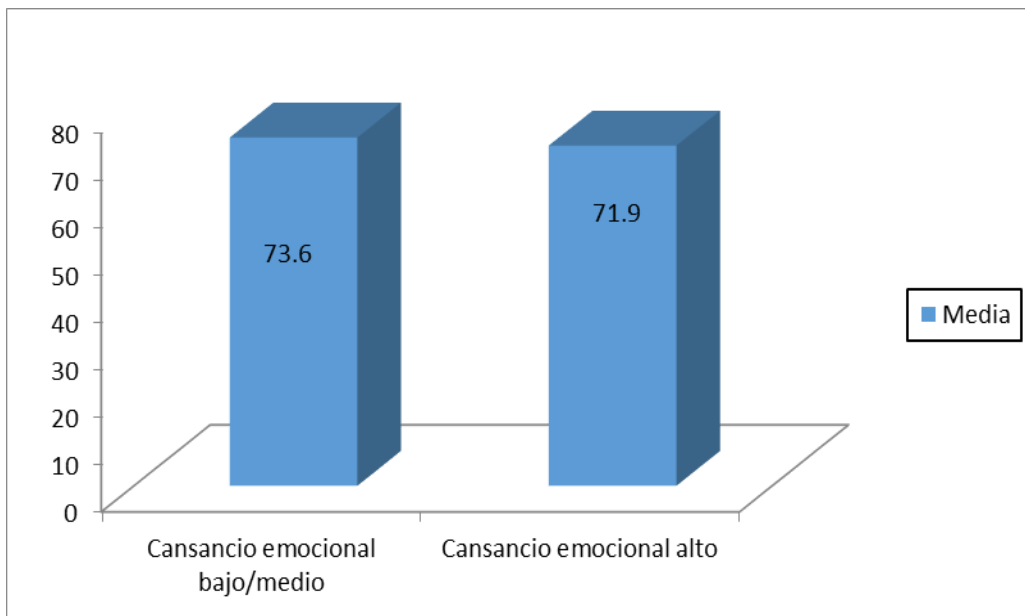


Figura 62. Apoyo social y cansancio emocional

En relación al afrontamiento activo y cansancio emocional, se halló una correlación positiva significativa, $r(2143) = .313, p < .0001$ (ver Tabla 51). Asimismo, se encontró en la categoría de cansancio emocional bajo/medio una puntuación media en afrontamiento activo de 25.2 ($DT = 8.9$) y en la categoría de cansancio emocional alto una media en afrontamiento activo de 30.8 ($DT = 8.5$) (ver Figura 63); siendo la diferencia entre ambas categorías estadísticamente significativa, $t(2141) = -11.3, p < .0001$.

Tabla 51. Afrontamiento y cansancio emocional.

	Cansancio emocional		
	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>n</i>
Afrontamiento activo	.313	< .0001	2143
Afrontamiento pasivo	.381	< .0001	2170

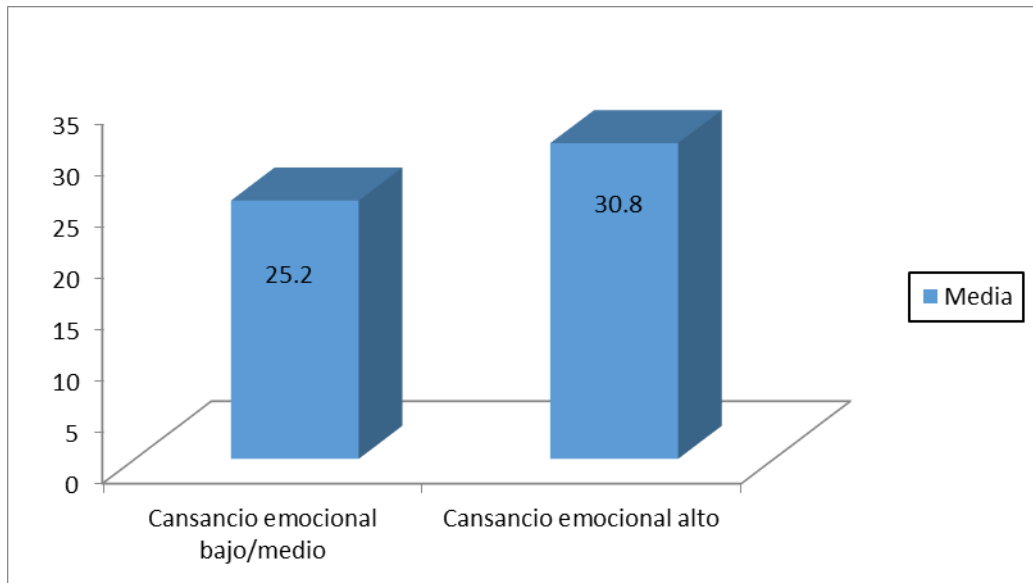


Figura 63. Afrontamiento activo y nivel de cansancio emocional

En relación al afrontamiento pasivo y cansancio emocional, se halló una correlación positiva significativa, $r (2170) = .381$, $p = < .0001$ (ver Tabla 51). Igualmente, en el análisis entre el afrontamiento pasivo y el nivel de cansancio emocional se encontró una puntuación media en afrontamiento pasivo para los que tenían cansancio emocional bajo/medio fue de 20.1 ($DT = 5.9$) y de 25.2 ($DT = 7.4$) en los profesionales de la salud que tenían cansancio emocional alto (ver Figura 64); se encontraron diferencias significativas, $t (2168) = -14.7$, $p = < .0001$.

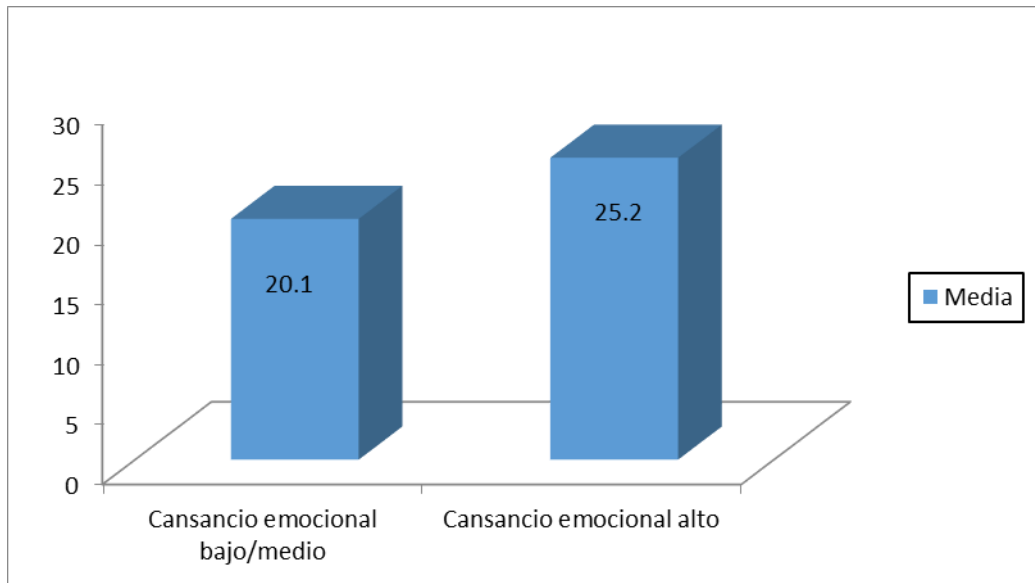


Figura 64. Afrontamiento pasivo y nivel de cansancio emocional

1.24. Relación entre las variables del estudio y el cansancio emocional: análisis multivariante.

Para concluir con el análisis del cansancio emocional presentamos los resultados del análisis de regresión logística. Como se muestra en la Tabla 52, se analizó el conjunto de variables que tras los análisis bivariantes preliminares presentaban resultados estadísticamente significativos. En concreto se introdujeron las siguientes variables: edad, hijos, etnia, profesión, experiencia profesional, dedicación, tipo de contrato, turnos, malestar emocional (síntomas somáticos, ansiedad, disfunción social, depresión), personalidad (neuroticismo, extraversión, psicoticismo), apoyo social, afrontamiento (activo, pasivo). Como variable dependiente se incluyó el nivel de cansancio emocional (bajo/medio, alto).

La profesión, trabajar por turnos, tener síntomas somáticos, tener síntomas de ansiedad, el neuroticismo, la extraversión, el psicoticismo y el afrontamiento pasivo se asociaron de manera independiente con el cansancio emocional.

Así, en relación de profesión, se halló una clara tendencia en el sentido de menor riesgo de cansancio emocional en los profesionales enfermeros/as en comparación con los médicos/as, OR = 0.58, IC 95% [0.43, 0.79].

En cuanto a trabajar por turnos se encontró una mayor tendencia a desarrollar cansancio emocional en las personas que realizaban turnos, OR = 1.52, IC 95% [1.14, 2.04].

En lo referente a la variable malestar psicológico (síntomas somáticos, ansiedad) se encontró una asociación significativa con tener cansancio emocional; aquellos con síntomas somáticos tenían una odds de tener cansancio emocional 2.7 veces mayor que aquellos sin síntomas (IC 95% [1.98, 3.69]). En cuanto a la ansiedad, aquellos que experimentaban síntomas de ansiedad tenían una odds de tener cansancio emocional 1.6 veces mayor que los asintomáticos (IC 95% [1.18, 2.29]).

En lo referente a la personalidad, como se puede observar en la Tabla 52, el neuroticismo fue un factor de riesgo para experimentar cansancio emocional, con una OR de 1.21 (IC 95%, [1.10, 1.32]). El psicoticismo también fue un factor de riesgo del cansancio emocional (OR = 1.18, IC 95% [1.04, 1.34]). Por el contrario, se ha hallado un menor riesgo del cansancio emocional asociado a la extroversión (OR = 0.89, IC 95% [0.86, 0.96]).

En cuanto al afrontamiento pasivo se encontró una mayor tendencia a desarrollar cansancio emocional en las personas que presentaban afrontamiento pasivo, OR = 1.52, IC 95% [1.13, 2.04].

En cuanto a las variables edad, hijos, etnia, experiencia profesional, dedicación, tipo de contrato, disfunción social, depresión, apoyo social y afrontamiento activo, no se halló una asociación significativa de ninguna de ellas con el cansancio emocional.

Tabla 52. Resultados del análisis multivariante en relación al cansancio emocional

	β	<i>p</i>	OR ajustada	IC (95%)	
				Límite inferior	Límite superior
Edad ≥ 40 años < 40 años	Rf 0.15	.498	1.16	0.75	1.79
Hijos No tiene hijos Tiene hijos	Rf -0.30	.101	0.74	0.52	1.06
Etnia Mestizo Otros	Rf 0.44	.052	1.55	0.99	2.39

Tabla 52. Resultados del análisis multivariante en relación al cansancio emocional (continuación) β

	β	<i>p</i>	OR ajustada	IC (95%)	
				Límite inferior	Límite superior
Profesión Médicos/as Enfermeros/as	Rf -0.55	<.0001	0.58	0.43	0.79
Experiencia profesional \leq 10 años > 10 años	Rf -0.28	.167	0.74	0.49	1.13
Dedicación Completo Parcial	Rf -0.23	.183	0.79	0.57	1.11
Tipo de contrato Nombramiento Otros	Rf 0.01	.946	1.01	0.72	1.42
Turnos Sin turnos Con turnos	Rf 0.42	.005	1.52	1.14	2.04
Síntomas somáticos Sin síntomas somáticos Con síntomas somáticos	Rf 0.99	<.0001	2.70	1.98	3.69
Ansiedad Sin ansiedad Con ansiedad	Rf 0.49	.004	1.64	1.18	2.29

Tabla 52. Resultados del análisis multivariante en relación al cansancio emocional (continuación)

	β	<i>p</i>	OR ajustada	IC (95%)	
				Límite inferior	Límite superior
Disfunción social Sin disfunción social Con disfunción social	Rf 1.06	.085	2.90	0.86	9.78
Depresión Sin depresión Con depresión	Rf 0.07	.798	1.07	0.65	1.76
Neuroticismo	0.19	<.0001	1.21	1.10	1.32
Extraversión	-0.12	.003	0.89	0.86	0.96
Psicoticismo	0.17	.010	1.18	1.04	1.34
Apoyo Social	0.01	.230	1.01	0.99	1.01
Afrontamiento activo	0.12	.376	1.01	0.99	1.04
Afrontamiento pasivo	0.05	.005	1.52	1.13	2.04

Nota. β = coeficiente de regresión; OR = Odds Ratio; IC = Intervalo de confianza; Rf = categoría de referencia.

ANÁLISIS DE LA DIMENSIÓN DESPERSONALIZACIÓN DEL SÍNDROME DE *BURNOUT*

Al analizar la dimensión de despersonalización del síndrome de *burnout* se halló una puntuación media de 4.1 (*DT* = 4.7). Más concretamente, como se muestra en la Figura 65, el 68.7% (*n*=1518) de los participantes tenían un nivel bajo de despersonalización, el 17.7% (*n*= 408) un nivel medio y el 13.6% alto (*n*= 313). En

consecuencia, el 86.4% de los profesionales de la salud presentaban un nivel bajo/medio de despersonalización y el 13.6% alto.

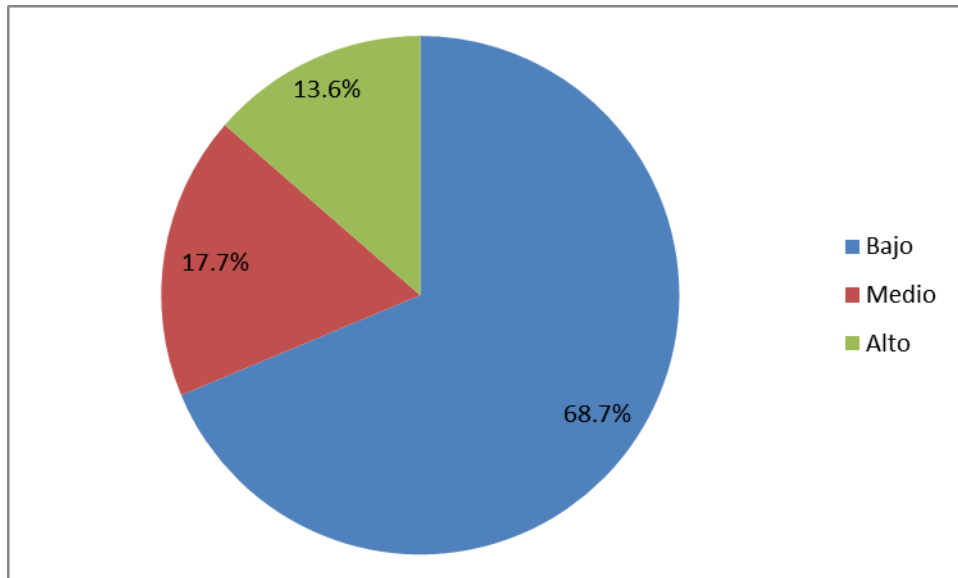


Figura 65. Distribución de los participantes según los niveles de despersonalización

1.25. Relación entre las variables del estudio y despersonalización: análisis bivariados

4.1.1. Variables sociodemográficas y despersonalización

La primera de las variables sociodemográficas analizadas en relación con la despersonalización fue el sexo. La media en la dimensión de despersonalización para los hombres fue de 4.8 ($DT = 5.1$) y para las mujeres de 3.8 ($DT = 4.5$) (ver Figura 66); las diferencias entre hombres y mujeres fueron estadísticamente significativas, $t(2300) = 4.8$, $p < .0001$.

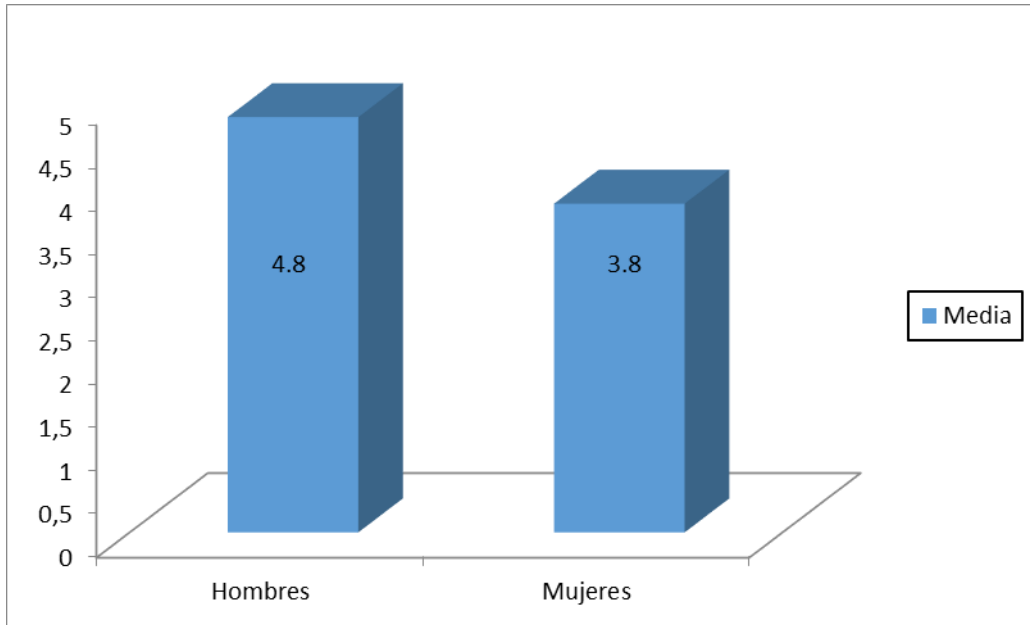


Figura 66. Puntuaciones medias en despersonalización en función del sexo

Igualmente, la relación entre el sexo y el nivel de despersonalización dicotomizada, en el sexo masculino se encontró que el 83.7% tenían un nivel bajo despersonalización y el 16.3% alto, mientras que en el sexo femenino el 87.7% tenían un nivel bajo de personalización y el 12.3% alto (ver Tabla 53) las diferencias halladas entre ambas variables fueron significativas $\chi^2(1, N = 2302) = 6.65, p = .01$.

Tabla 53. Sexo y nivel de despersonalización

		Despersonalización				$\chi^2(1^a, N = 2302)$	<i>p</i>
		Bajo/medio		Alto			
		<i>n</i>	%	<i>n</i>	%		
Sexo	Hombres (<i>n</i> = 744)	623	83.7	121	16.3	6.65	.01
	Mujeres (<i>n</i> = 1558)	1366	87.7	192	12.3		

Nota. ^a Grados de libertad.

En relación a la edad y la despersonalización, se encontró una media en la dimensión de despersonalización para los sujetos de menos de 40 años de 4.7 (*DT* = 5.1) y

para los de 40 años o más de 3.4 ($DT = 4.2$) (ver Figura 70); siendo las diferencias estadísticamente significativas, $t(2300) = 6.5, p < .0001$.

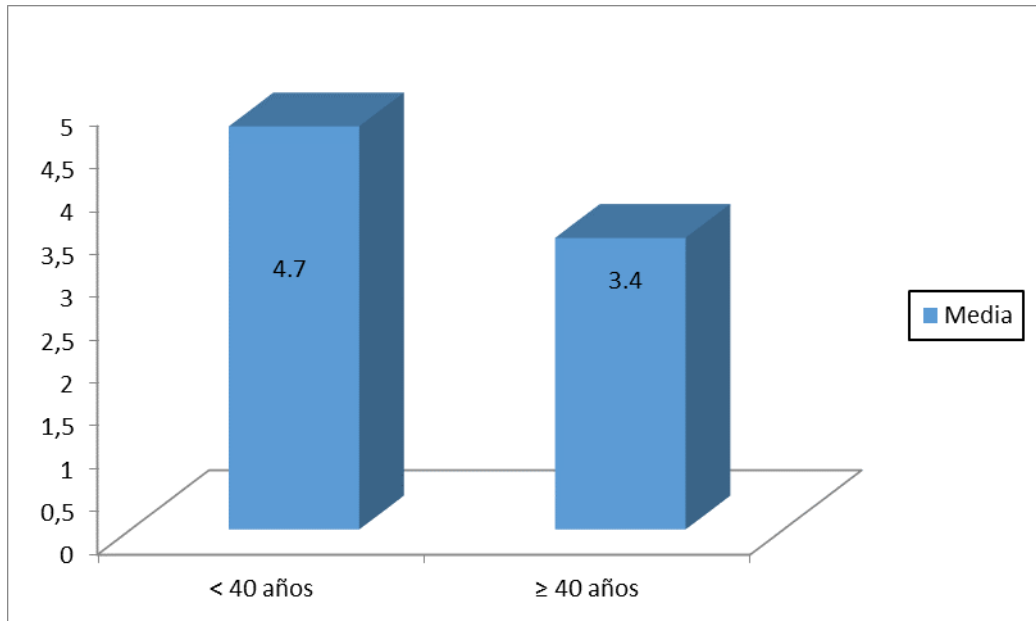


Figura 67. Puntuaciones medias en despersonalización en función de la edad

De igual forma en relación al nivel de despersonalización, se encontró en los de menos de 40 años que el 82.6% tenían un nivel bajo en despersonalización y 17.4% alto; en los de 40 años o más se halló que el 91.0% tenían niveles bajos despersonalización y el 9.0% alto (ver Tabla 54). Las diferencias halladas entre ambas variables fueron estadísticamente significativas, $\chi^2(1, N = 2302) = 33.85, p < .0001$.

Tabla 54. Edad y nivel de despersonalización

		Despersonalización				$\chi^2(1^a, N = 2302)$	<i>p</i>
		Bajo/medio		Alto			
		<i>n</i>	%	<i>n</i>	%		
Edad	< 40 años (<i>n</i> = 1268)	1048	82.6	220	17.4	33.85	< .0001
	≥ 40 años (<i>n</i> = 1034)	941	91.0	93	9.0		

Nota. ^a Grados de libertad.

En relación al número de hijos y la despersonalización, se encontró una puntuación media en la dimensión de despersonalización para la categoría no tiene hijos de 4.7 ($DT = 5.0$) y para los que tienen hijos de 3.9 ($DT = 4.64$) (ver Figura 68); hubo diferencias estadísticamente significativas, $t(2300) = 3.60, p = <.0001$.

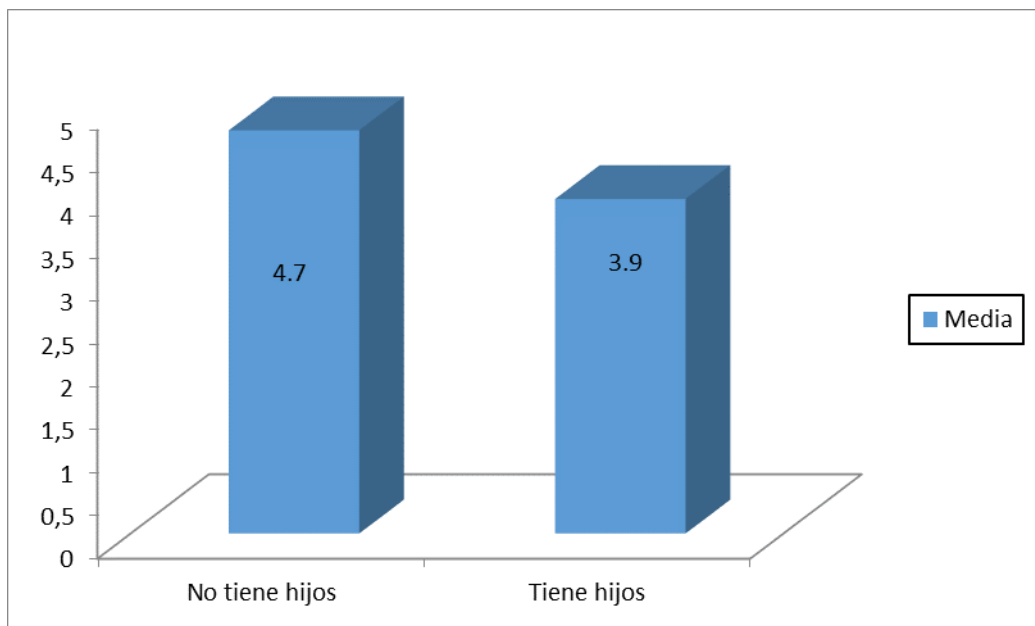


Figura 68. Puntuaciones medias en despersonalización en función de tener hijos o no

Igualmente, la relación entre el número de hijos y nivel de despersonalización, en los que no tienen hijos se halló que un 82.1% tenían un nivel bajo despersonalización y un 17.9% alto; en los que tienen hijos, el 87.9% tenía un nivel bajo despersonalización y el 12.1% alto (ver Tabla 55); las diferencias halladas entre ambas variables fueron estadísticamente significativas, $\chi^2(1, N = 2302) = 12.94, p = <.0001$.

Tabla 55. Hijos y nivel de despersonalización

		Despersonalización				$\chi^2(1^a, N = 2302)$	<i>p</i>
		Bajo/medio		Alto			
		<i>n</i>	%	<i>n</i>	%		
Hijos	No tienen hijos (<i>n</i> = 603)	495	82.1	108	17.9	12.94	<.0001
	Tienen hijos (<i>n</i> = 1699)	1494	87.9	205	12.1		

Nota. ^a Grados de libertad.

En relación a la etnia y la despersonalización, se encontró una puntuación media en la dimensión de despersonalización para los mestizos del 4.0 (*DT* = 4.7) y para las otras razas de 4.7 (*DT* = 5.7) (ver Figura 69); hubo diferencias estadísticamente significativas, *t* (2300) = -2.01, *p* = .04.

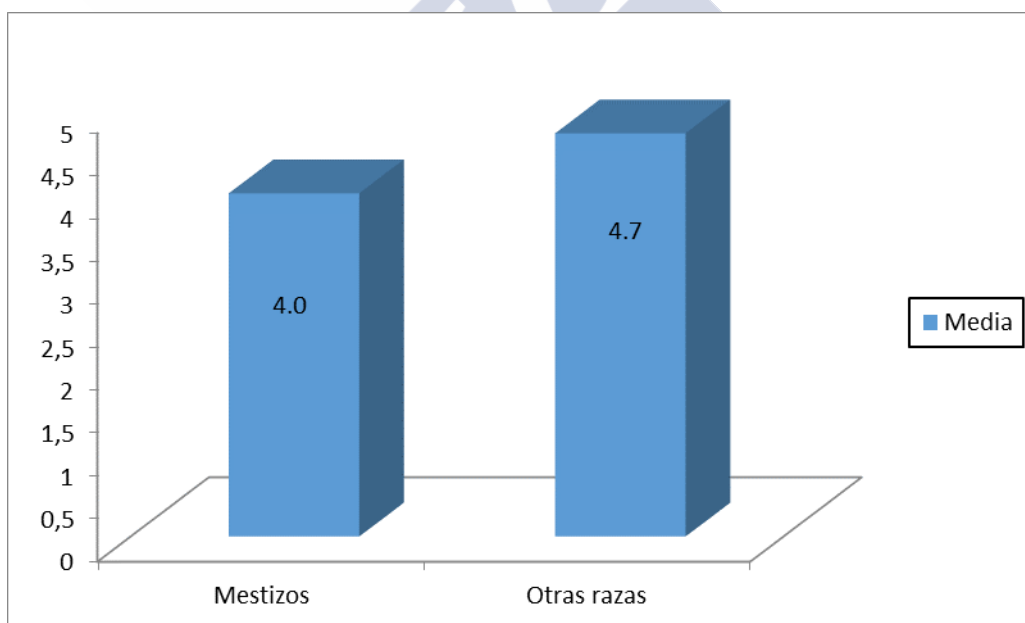


Figura 69. Puntuaciones medias en cansancio emocional en función de la etnia

Igualmente la relación entre etnia y el nivel de despersonalización, en los mestizos se halló que un 86.9% tenían un nivel bajo despersonalización y un 13.1% alto; en las otras razas, el 80.5% tenía un nivel bajo despersonalización y el 19.5% alto (ver Tabla 56); las

diferencias halladas entre ambas variables fueron estadísticamente significativas, $\chi^2 (1, N = 2302) = 6.29, p = .01$.

Tabla 56. Etnia y nivel de despersonalización

		Despersonalización				$\chi^2(1^a, N = 2302)$	p
		Bajo/medio		Alto			
		n	%	n	%		
Etnia	Mestizo (n = 2107)	1832	86.9	275	13.1	6.29	.01
	Otras razas (n = 195)	157	80.5	38	19.5		

Nota. ^a Grados de libertad.

Respecto a la relación entre el estado civil y la despersonalización, se halló una puntuación media en despersonalización de 3.9 ($DT = 4.6$) en los casados/con pareja de hecho, y de 4.4 ($DT = 4.9$) en la categoría soltero/divorciado/viudo (ver Figura 70), siendo las diferencias estadísticamente significativas, $t (2300) = -2.2, p = .03$.

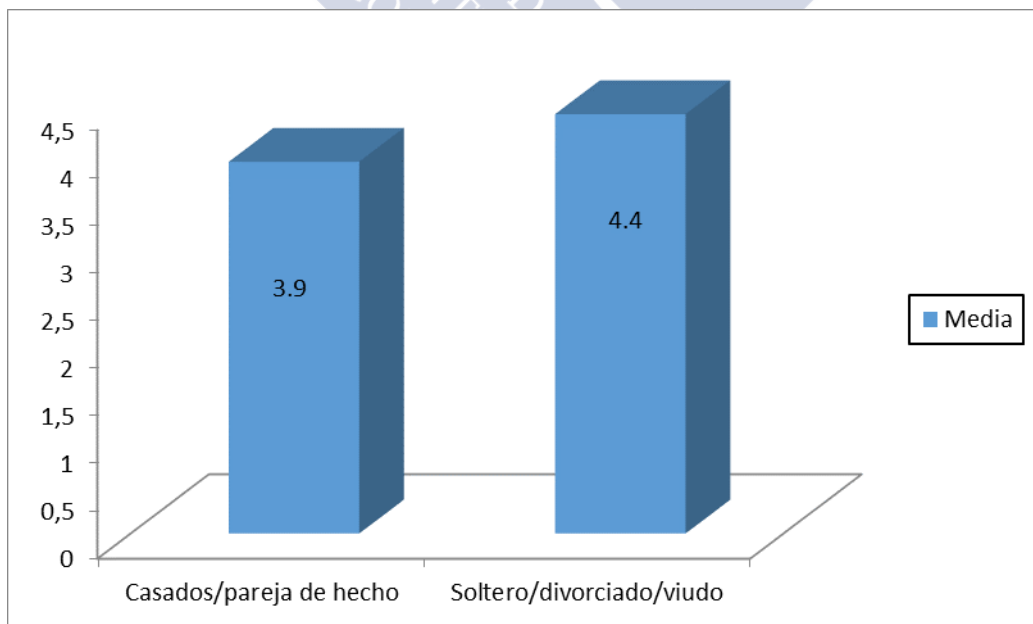


Figura 70. Puntuaciones medias en despersonalización en función del estado civil

También la relación entre estado civil y el nivel de despersonalización, en los profesionales de la salud que estaban casados o con pareja se halló que el 87.8% tenían un nivel bajo de despersonalización y el 12.2% alto; en la categoría soltero/divorciado/viudo, el 84.2% tenían un nivel bajo de cansancio emocional y el 15.8% alto (ver Tabla 57); las diferencias halladas entre ambas variables fueron estadísticamente significativas, $\chi^2(1, N = 2302) = 5.8, p = .02$.

Tabla 57. Estado civil y nivel de despersonalización

		Despersonalización				$\chi^2(1^a, N = 2302)$	<i>p</i>
		Bajo/medio		Alto			
		<i>n</i>	%	<i>n</i>	%		
Estado civil	Casado/pareja (<i>n</i> =1407)	1235	87.8	172	12.2	5.8	.02
	Soltero/divorciado/ viudo (<i>n</i> =895)	754	84.2	141	15.8		

Nota. ^a Grados de libertad.

4.1.2. Variables laborales y despersonalización

La primera de las variables laborales analizadas en este subepígrafe fueron los ingresos mensuales y la despersonalización, se encontró una puntuación media en la dimensión de despersonalización para los que ganaban menos de 1000\$ del 4.2 (*DT* = 4.7) y de 4.0 (*DT* = 4.8) para los de 1000\$ o más (ver Figura 71); no hubo diferencias estadísticamente significativas, $t(1654) = .75, p = .46$.

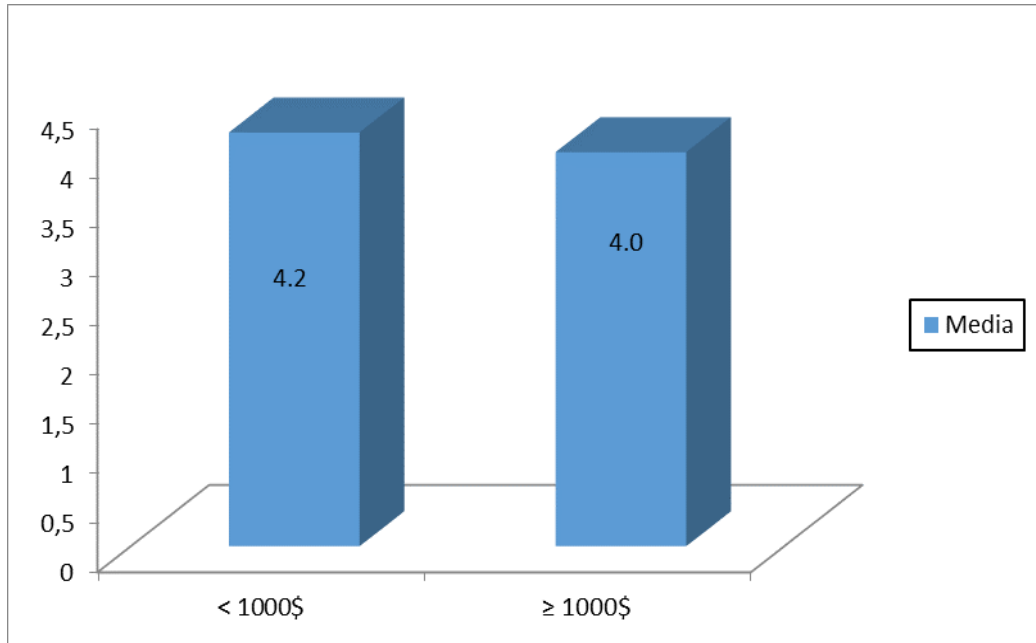


Figura 71. Puntuaciones medias en despersonalización en función de los ingresos mensuales

De igual modo la relación entre ingresos mensuales y nivel de despersonalización, en aquellos que ganaban menos de 1000\$ el 85.4% tenían un nivel bajo de despersonalización y el 14.6% alto; y los que ganaban de 1000\$ o más, el 86.9% tenían un nivel bajo de despersonalización y el 13.1% alto (ver Tabla 58); no se hallaron diferencias estadísticamente significativas, $\chi^2(1, N = 2288) = 1.05, p = .31$.

Tabla 58. Ingresos y nivel de despersonalización

		Despersonalización				$\chi^2(1^a, N = 2288)$	<i>p</i>
		Bajo/medio		Alto			
		<i>n</i>	%	<i>n</i>	%		
Ingresos mensuales	< 1000\$ (n=792)	676	85.4	116	14.6	1.05	.31
	≥ 1000\$ (n=1496)	1300	86.9	196	13.1		

Nota. ^a Grados de libertad.

Al analizar la relación entre la profesión y despersonalización, se encontró una puntuación media en la dimensión despersonalización para los médicos/as de 4.4 ($DT = 4.9$) y para los profesionales de enfermería de 3.8 ($DT = 4.6$) (ver Figura 72); las diferencias halladas fueron estadísticamente significativas, $t(2299) = 2.6, p = .009$.

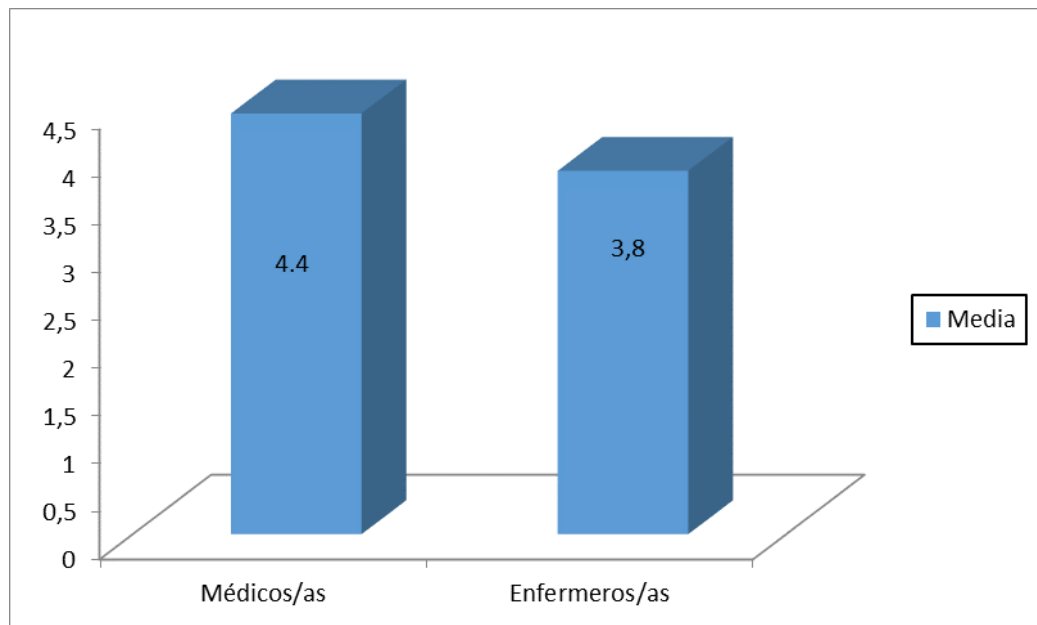


Figura 72. Puntuaciones medias en despersonalización en función de la profesión

De igual manera, la relación entre la profesión y el nivel de despersonalización, en los médicos/as se halló que el 85.6% tenían un nivel bajo de despersonalización y el 14.4% alto; en los profesionales de enfermería, el 87.3% tenían un nivel bajo de despersonalización y el 12.7% alto. Como se puede observar en la Tabla 59, las diferencias halladas entre ambas variables no fueron estadísticamente significativas, $\chi^2(1, N = 2302) = 1.42, p = .23$.

Tabla 59. Profesión y nivel de despersonalización

		Despersonalización				$\chi^2(1^a, N = 2302)$	p
		Bajo/medio		Alto			
		n	%	n	%		
Profesión	Médicos/as (n=1171)	1002	85.6	169	14.4	1.42	.23
	Enfermeros/as (n=1131)	987	87.3	144	12.7		

Nota. ^a Grados de libertad.

En relación a la experiencia profesional y despersonalización, para los de 10 o menos años de experiencia laboral la media en la dimensión de despersonalización fue de 4.8 ($DT = 5.1$) y para los de más de 10 años la media fue de 3.5 ($DT = 4.3$) (ver Figura 73), siendo las diferencias estadísticamente significativas, $t(2230) = 6.69, p < .0001$.

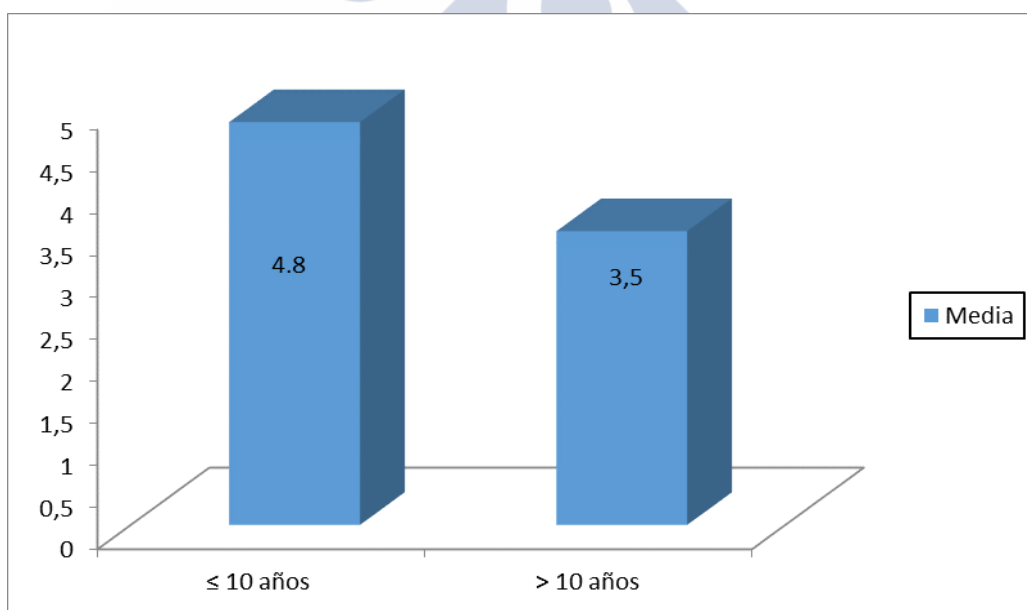


Figura 73. Puntuaciones medias en despersonalización en función de la experiencia profesional

De la igual forma entre experiencia profesional y nivel de despersonalización, se halló que un 82.1% de los profesionales de la salud con una experiencia de 10 o menos años tenían un nivel bajo despersonalización y el 17.9% nivel alto; el 90.6% de los

profesionales con más de 10 años de experiencia profesional tenían un nivel bajo despersonalización y el 9.4% alto (ver Tabla 60); las diferencias halladas en la relación entre ambas variables fueron estadísticamente significativas, $\chi^2 (1, N = 2232) = 34.00, p <.0001$.

Tabla 60. Experiencia profesional y nivel de despersonalización

		Despersonalización				$\chi^2(1^a, N = 2232)$	<i>p</i>
		Bajo/medio		Alto			
		<i>n</i>	%	<i>n</i>	%		
Experiencia profesional	≤ 10 años (<i>n</i> = 1089)	894	82.1	195	17.9	34.00	<.0001
	> 10 años (<i>n</i> = 1143)	1035	90.6	108	9.4		

Nota. ^a Grados de libertad.

En lo que respecta a la dedicación, para los participantes a tiempo completo la media en la dimensión despersonalización fue de 4.2 (*DT* = 4.9) y para los de a tiempo parcial la media fue de 3.8 (*DT* = 4.5) (ver Figura 74); las diferencias fueron estadísticamente significativas, $t(973) = 2.1 p = .038$.

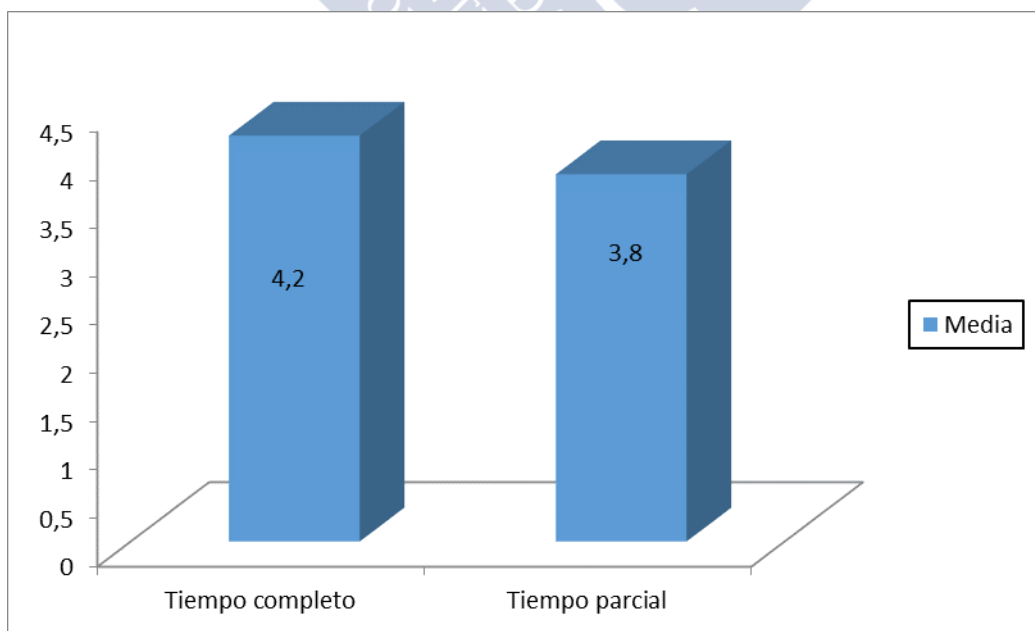


Figura 74. Puntuaciones medias en despersonalización en función de la dedicación

Igualmente, la relación entre la dedicación y el nivel de despersonalización, se halló que el 85.9% de los sujetos que trabajaban a tiempo completo tenían un nivel bajo de despersonalización y el 14.1% un nivel alto, mientras que un 88.0% de los sujetos a tiempo parcial tenían un nivel bajo en despersonalización y el 12.0% alto (ver Tabla 61); las diferencias halladas en la relación entre ambas variables no fueron estadísticamente significativas, $\chi^2(1, N = 2271) = 1.62, p = .20$.

Tabla 61. Dedicación y nivel de despersonalización

		Despersonalización				$\chi^2(1^a, N = 2271)$	<i>p</i>
		Bajo/medio		Alto			
		<i>n</i>	%	<i>n</i>	%		
Dedicación	Tiempo completo (n=1728)	1484	85.9	244	14.1	1.62	.20
	Tiempo parcial (n=543)	478	88.0	65	12.0		

Nota. ^a Grados de libertad.

En cuanto a las variables sector en el que trabajaban y despersonalización, se encontró una puntuación media en la dimensión de despersonalización para los que trabajaban en empresas públicas del 4.0 (*DT* = 4.7) y de 4.3 (*DT* = 4.9) para los de la privadas/ mixto (ver Figura 75); no hubo diferencias estadísticamente significativas, $t(975) = -1.27, p = .20$.

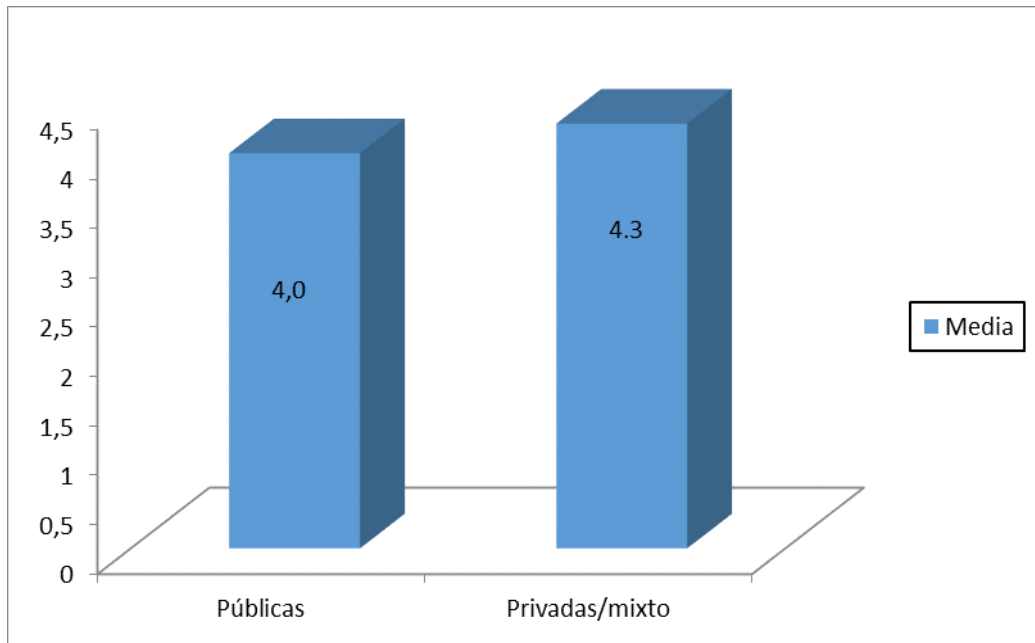


Figura 75. Puntuaciones medias en despersonalización en función del sector en que trabaja

De igual forma, no se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre el sector en el que trabajaban y el nivel de dependencia, $\chi^2(1, N = 2270) = 2.10, p = .15$; en concreto, de aquellos que trabajaban en el sector público el 87.0 % tenían un nivel bajo de despersonalización y el 13.0% alto, y en la privada o mixto el 84.7% tenían un nivel bajo en despersonalización y el 15.3% alto (ver Tabla 62).

Tabla 62. Sector en el que trabajaban y nivel de despersonalización

		Despersonalización				$\chi^2(1^a, N = 2270)$	<i>p</i>
		Bajo/medio		Alto			
		<i>n</i>	%	<i>n</i>	%		
Sector en el que trabajaban	Pública (n=1683)	1465	87.0	218	13.0	2.10	.15
	Privada/mixto (n=587)	497	84.7	90	15.3		

Nota. ^a Grados de libertad.

En relación al tipo de contrato y la despersonalización, se encontró una puntuación media en la dimensión despersonalización para los sujetos con nombramiento del 3.6 ($DT = 4.5$) y de 4.7 ($DT = 4.9$) para aquellos con otros tipos de contrato (ver Figura 76); las diferencias fueron estadísticamente significativas, $t(2267) = -5.48, p < .0001$.

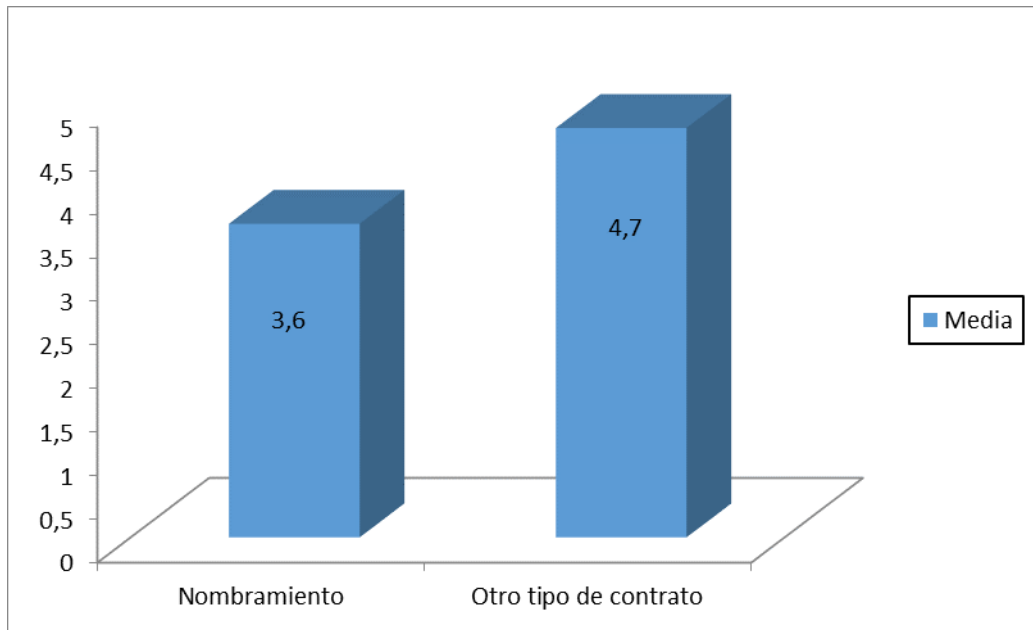


Figura 76. Puntuaciones medias en despersonalización en función del tipo de contrato

También la relación entre tipo de contrato y nivel de despersonalización, en aquellos con nombramiento el 89.4% tenían un nivel bajo de despersonalización y el 10.6% alto; en los sujetos con otros tipos de contrato, el 83.4% tenían un nivel bajo de despersonalización y el 16.6% alto (ver Tabla 63); las diferencias halladas fueron estadísticamente significativas, $\chi^2(1, N = 2269) = 17.26, p = < .0001$.

Tabla 63. Tipo de contrato y nivel de despersonalización

		Despersonalización				$\chi^2(1^a, N = 2269)$	<i>p</i>
		Bajo/medio		Alto			
		<i>n</i>	%	<i>n</i>	%		
Tipo de contrato	Nombramiento (<i>n</i> = 1123)	1004	89.4	119	10.6	17.26	< .0001
	Otros tipos de contrato (<i>n</i> = 1146)	956	83.4	190	16.6		

Nota. ^a Grados de libertad.

Al analizar la relación entre la duración de la jornada diaria y la despersonalización, se encontró una puntuación media en la dimensión de despersonalización para los que trabajan hasta ocho horas de 3.8 (*DT* = 4.6) y para los que trabajan más de ocho horas de 4.8 (*DT* = 5.2) (ver Figura 77), hallándose diferencias estadísticamente significativas, *t* (2250) = - 4.43, *p* <.0001.

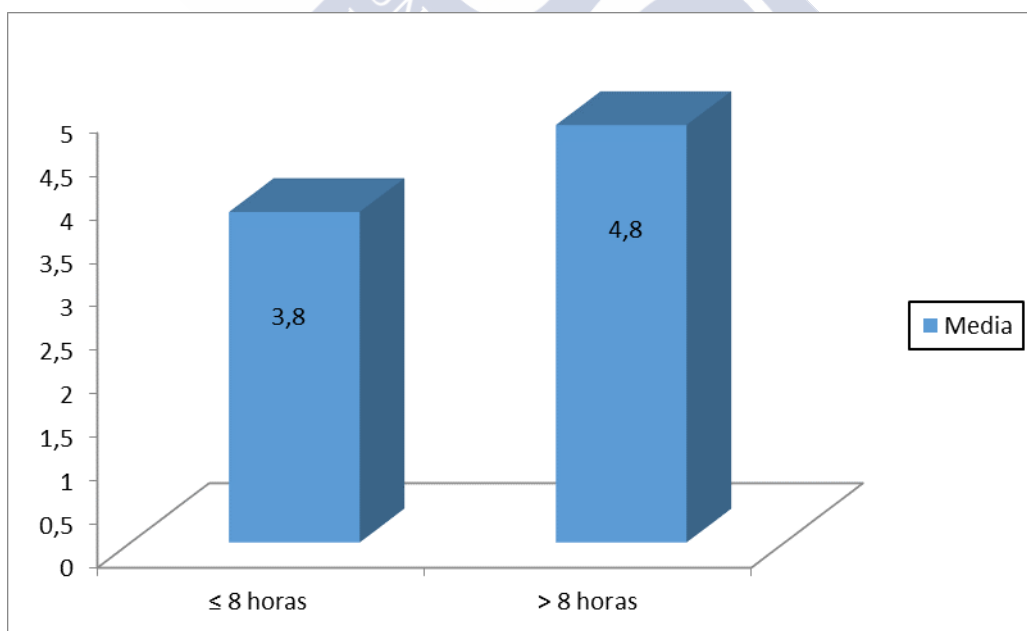


Figura 77. Puntuaciones medias en despersonalización en función de la jornada laboral diaria

Igualmente la relación entre la jornada diaria y el nivel de despersonalización, en aquellos participantes que trabajaban ocho o menos horas al día el 87.8% tenían un nivel bajo despersonalización y el 12.2% alto; en los que trabajan más de ocho horas, el 82.8% tenían un nivel bajo despersonalización y el 17.2% alto. Como se puede observar en la Tabla 64, las diferencias halladas entre ambas variables fueron estadísticamente significativas, $\chi^2(1, N = 2252) = 9.66, p = .002$.

Tabla 64. Jornada laboral diaria y nivel de despersonalización

		Despersonalización				$\chi^2(1^a, N = 2252)$	<i>p</i>
		Bajo/medio		Alto			
		<i>n</i>	%	<i>n</i>	%		
Jornada diaria	≤ 8 horas (<i>n</i> = 1624)	1426	87.8	198	12.2	9.66	.002
	>8 horas (<i>n</i> = 628)	520	82.8	108	17.2		

Nota. ^a Grados de libertad.

Respecto a la relación entre trabajar por turnos y la despersonalización, se encontró una puntuación media en la dimensión despersonalización para los sujetos que realizaban turnos del 4.5 (*DT* = 5.0), y una media de 3.5 (*DT* = 4.4) para los que no hacían turnos (ver Figura 78); las diferencias halladas fueron estadísticamente significativas, $t(2300) = -4.97, p < .0001$.

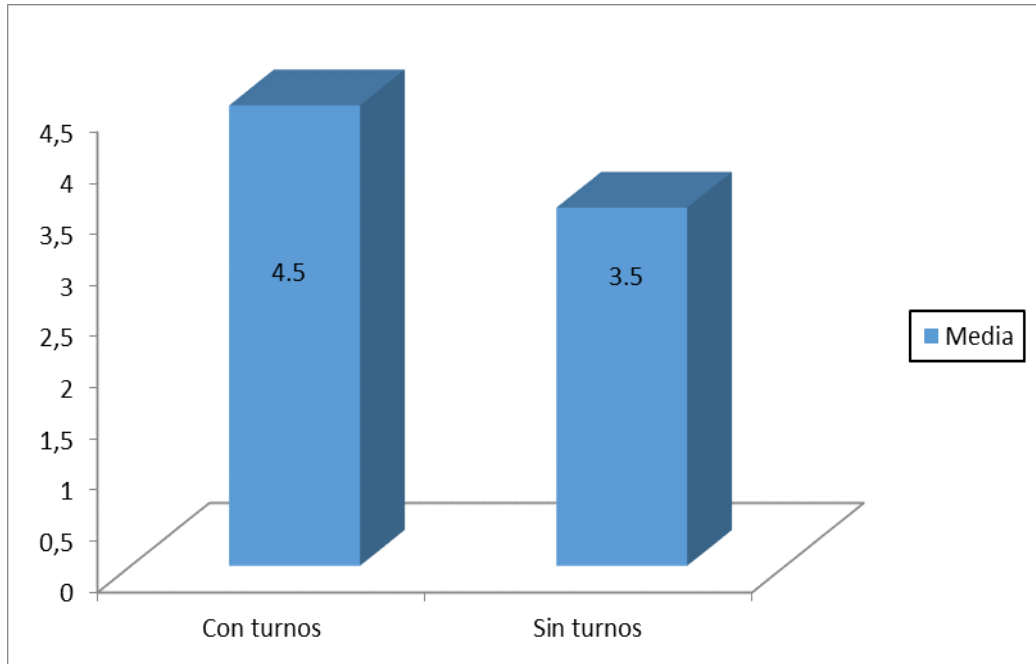


Figura 78. Puntuaciones medias en despersonalización en función de los turnos

Igualmente, la relación entre turnos y el nivel de despersonalización, en aquellos que realizan turnos el 83.9% tenían un nivel bajo de despersonalización y el 16.1% alto; en los sujetos que no hacían turnos, el 89.7% tenían un nivel bajo en despersonalización y el 10.3% alto (ver Tabla 65); las diferencias halladas fueron estadísticamente significativas, $\chi^2(1, N = 2302) = 16.38, p = < .0001$.

Tabla 65. Turnos y nivel de despersonalización

		Despersonalización				$\chi^2(1^a, N = 2302)$	<i>p</i>
		Bajo/medio		Alto			
		<i>N</i>	%	<i>n</i>	%		
Turnos	Con turnos (<i>n</i> = 1317)	1105	83.9	212	16.1	16.38	< .0001
	Sin turnos (<i>n</i> = 985)	884	89.7	101	10.3		

Nota. ^a Grados de libertad.

En relación a la atención directa al paciente y la despersonalización, se encontró una puntuación media en la dimensión despersonalización para los profesionales de la salud con una atención directa al paciente del 50% o menos del 4.1 ($DT = 4.5$) y del 4.1 ($DT = 4.8$) para aquellos con una atención del 50% o más (ver Figura 79). Las diferencias no fueron estadísticamente significativas, $t(291) = -0.04, p = .96$.

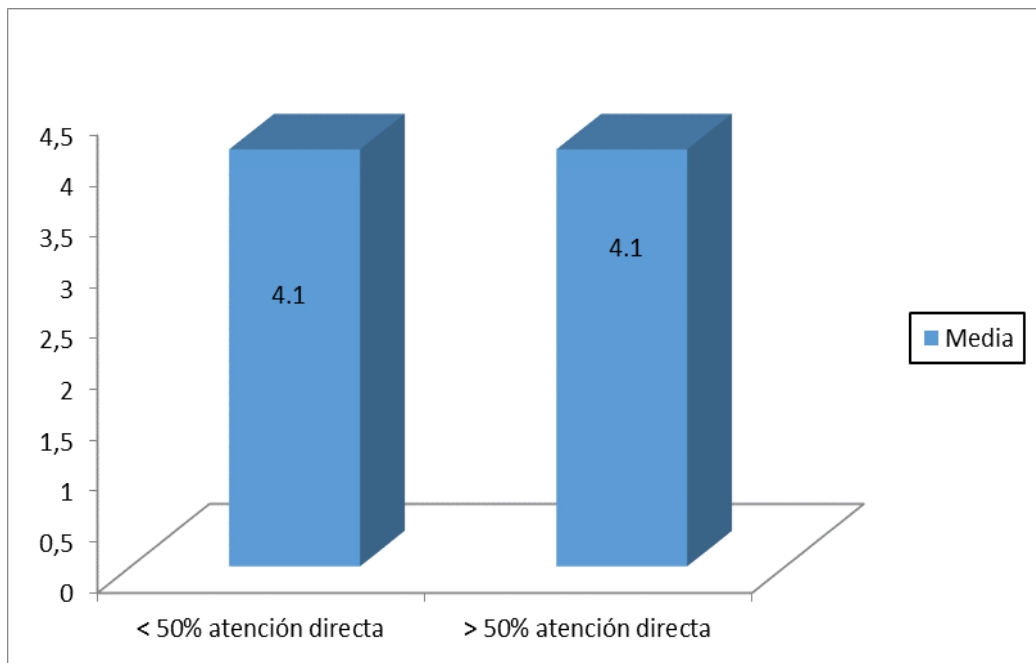


Figura 79. Puntuaciones medias en despersonalización en función del tiempo de atención directa al paciente

De igual forma la relación entre la atención directa al paciente y el nivel de despersonalización, en aquellos con una atención directa hasta el 50% de su tiempo de trabajo, el 88.3% tenían un nivel bajo de despersonalización y el 11.7% alto; en los participantes con el 50% de atención directa o más, el 86.2% tenían un nivel bajo en despersonalización y el 13.8% alto (ver Tabla 66); no se hallaron diferencias estadísticamente significativas, $\chi^2(1, N = 2284) = 0.77, p = .38$.

Tabla 66. Atención directa al paciente y nivel de despersonalización

		Despersonalización				$\chi^2(1^a, N = 2284)$	<i>p</i>
		Bajo/medio		Alto			
		<i>n</i>	%	<i>n</i>	%		
Atención directa al paciente	≤ 50 % atención directa (<i>n</i> =230)	203	88.3	27	11.7	0.77	.38
	> 50 % atención directa (<i>n</i> =2054)	1770	86.2	284	13.8		

Nota. ^a Grados de libertad.

En relación al número de pacientes atendidos al día y la despersonalización, se encontró una puntuación media en la dimensión despersonalización para los profesionales que atendieron de 0 a 17 pacientes del 3.8 (*DT* = 4.6) y de 4.4 (*DT* = 4.8) para aquellos que atendieron de 18 pacientes en adelante (ver Figura 80). Las diferencias fueron estadísticamente significativas, $t(2217) = -2.89, p = .004$.

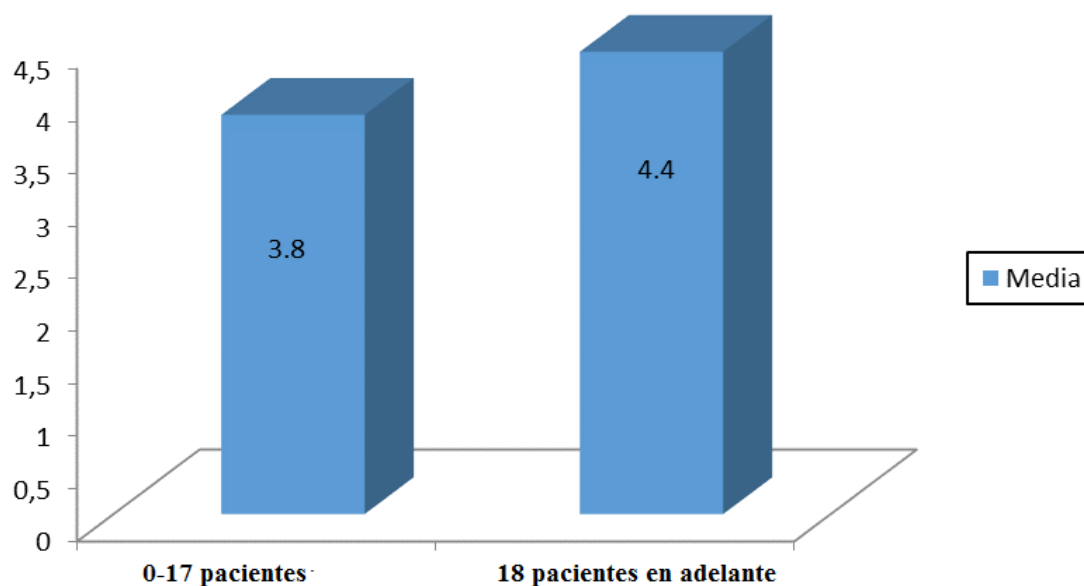


Figura 80. Puntuaciones medias en despersonalización en función de pacientes atendidos por día

De igual forma la relación entre el número de pacientes al día y el nivel de despersonalización, en aquellos profesionales con 0-17 pacientes atendidos al día el 88.0% tenían un nivel bajo de despersonalización y el 12.0% alto; en los participantes que atendieron a más de 17 pacientes en adelante, el 84.7% tenían un nivel bajo en despersonalización y el 15.3% alto (ver Tabla 67); se hallaron diferencias estadísticamente significativas, $\chi^2(1, N = 2219) = 5.28, p = .02$.

Tabla 67. Pacientes atendidos al día y nivel de despersonalización

		Despersonalización				$\chi^2(1^a, N = 2219)$	<i>p</i>
		Bajo/medio		Alto			
		<i>n</i>	%	<i>n</i>	%		
Número de pacientes al día	0-17 pacientes (n=1121)	967	88.0	134	12.0	5.28	.02
	18 pacientes en adelante (n=1098)	930	84.7	163	15.3		

Nota. ^a Grados de libertad.

En relación a la existencia de recursos en las instituciones y la despersonalización, se encontró una puntuación media en la dimensión despersonalización para los participantes clasificados en la categoría de bastante/totalmente del 4.3 ($DT = 4.7$) y del 3.9 ($DT = 4.8$) para aquellos pertenecientes a la categoría poco/ninguno (ver Figura 81). Las diferencias fueron estadísticamente significativas, $t(2275) = -2.07, p = .039$.

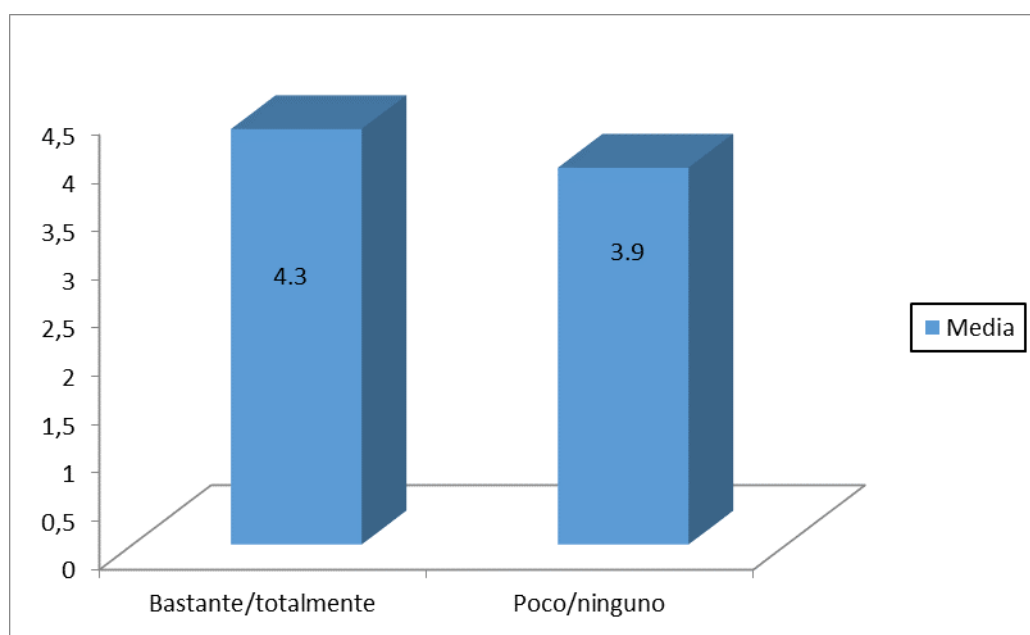


Figura 81. Puntuaciones medias en despersonalización en función de recursos en las instituciones

De igual forma, la relación entre recursos en las instituciones y el nivel de despersonalización, en aquellos sanitarios clasificados en la categoría bastantes/totalmente, el 85.5% tenían un nivel bajo de despersonalización y el 14.5% alto; en los participantes en la categoría poco/ninguno el 87.2% tenían un nivel bajo en despersonalización y el 12.8% alto (ver Tabla 68); no se hallaron diferencias estadísticamente significativas, $\chi^2(1, N = 2277) = 1.41, p = .23$.

Tabla 68. Recursos en las instituciones y nivel de despersonalización

		Despersonalización				$\chi^2(1^a, N = 2277)$	<i>p</i>
		Bajo/medio		Alto			
		<i>n</i>	%	<i>n</i>	%		
Recursos en las instituciones	Bastante /totalmente (<i>n</i> =1250)	1069	85.5	181	14.5	1.41	.23
	Poco/ninguno (<i>n</i> =1027)	896	87.2	131	12.8		

Nota. ^a Grados de libertad.

4.1.3. Variables clínicas y despersonalización

La primera de las variables clínicas analizadas fue la presencia de síntomas somáticos. En concreto, se halló para los sujetos que no presentan síntomas somáticos una media de 3.3 (*DT* = 4.2) en la dimensión de despersonalización y una medida de 5.9 (*DT* = 5.4) para los que presentan síntomas somáticos (ver Figura 82); las diferencias detectadas fueron estadísticamente significativas, $t(2300) = -12.07, p < .0001$.

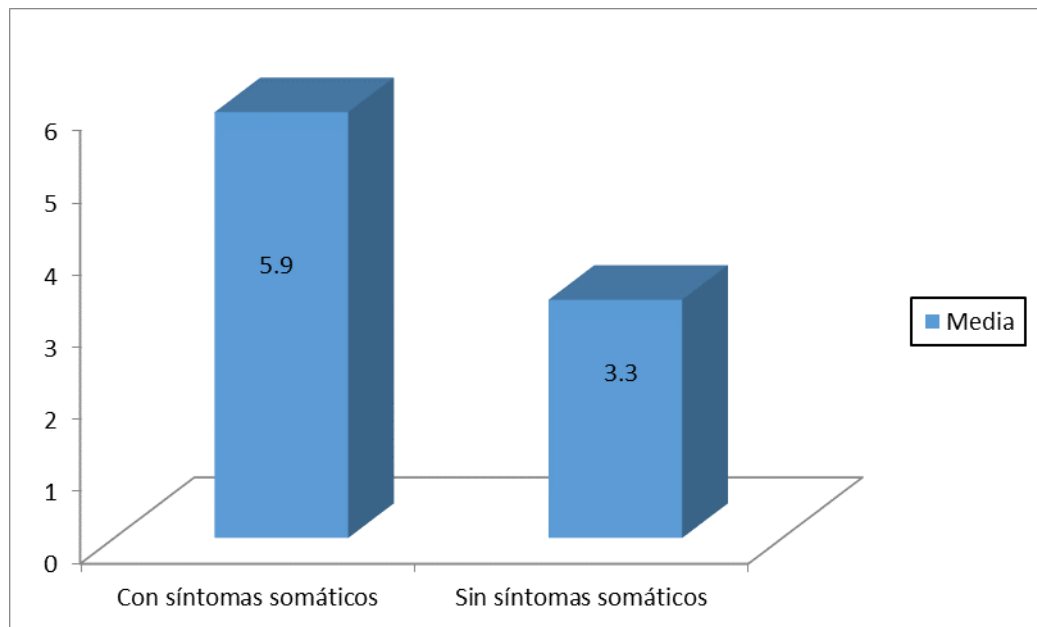


Figura 82. Puntuaciones medias en despersonalización en función de los síntomas somáticos

También la relación entre síntomas somáticos y el nivel de despersonalización, en aquellos participantes que tenían síntomas somáticos el 76.2% tenían un nivel bajo de despersonalización y el 23.8% alto; en los sujetos sin síntomas somáticos, el 90.8% tenían un nivel bajo de despersonalización y el 9.2 % alto (ver Tabla 69); diferencias halladas fueron estadísticamente significativas, $\chi^2(1, N = 2302) = 87.59, p < .0001$.

Tabla 69. Síntomas somáticos y nivel de despersonalización

		Despersonalización				$\chi^2(1^a, N = 2302)$	<i>p</i>
		Bajo/medio		Alto			
		<i>n</i>	%	<i>n</i>	%		
Síntomas somáticos	Con síntomas somáticos (<i>n</i> = 688)	524	76.2	164	23.8	87.59	< .0001
	Sin síntomas somáticos (<i>n</i> = 1614)	1465	90.8	149	9.2		

Nota. ^a Grados de libertad.

En lo que respecta a la relación de la ansiedad y la despersonalización, se halló para los sujetos sin ansiedad una media de 3.1 (*DT* = 4.1) en la dimensión de despersonalización y para los que presentan ansiedad de 5.6 (*DT* = 5.3) (ver Figura 83); las diferencias encontradas fueron estadísticamente significativas, $t(2300) = -12.41, p < .0001$.

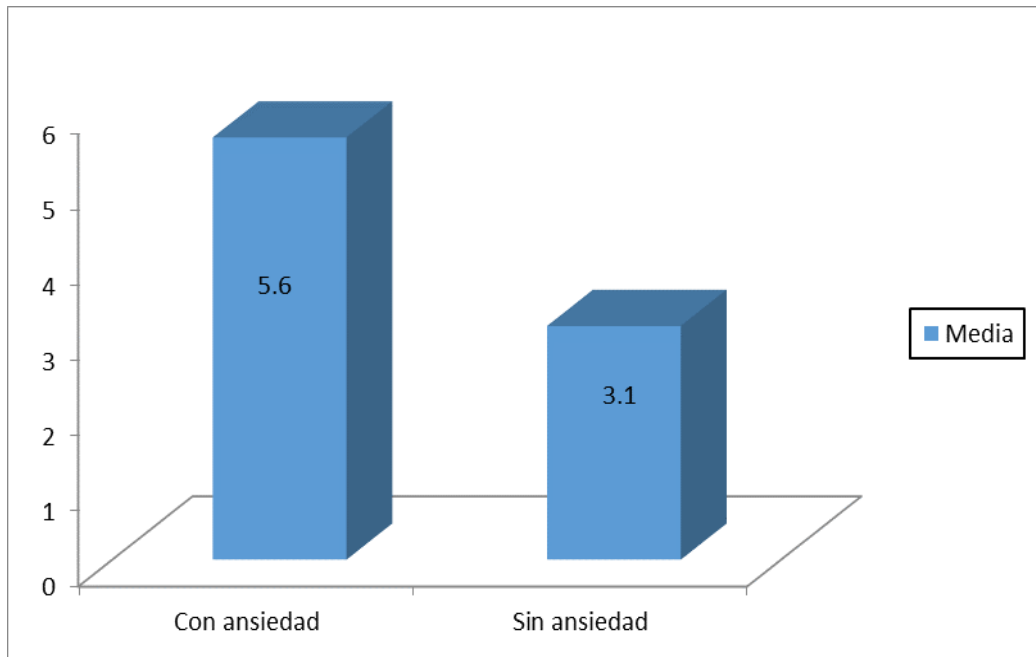


Figura 83. Puntuaciones medias en despersonalización en función de la ansiedad

Igualmente en la relación entre la ansiedad y el nivel de despersonalización, en los profesionales de salud con ansiedad, el 78.8% tenían un nivel bajo de despersonalización y el 21.2% alto, mientras que en los participantes que no presentan ansiedad el 91.3% tenían un nivel bajo de despersonalización y el 8.7% alto (ver Tabla 70); las diferencias halladas fueron estadísticamente significativas, $\chi^2(1, N = 2302) = 72.50, p < .0001$.

Tabla 70. Ansiedad y nivel de despersonalización

		Despersonalización				$\chi^2(1^a, N = 2302)$	<i>p</i>
		Bajo/medio		Alto			
		<i>n</i>	%	<i>n</i>	%		
Ansiedad	Con ansiedad (<i>n</i> = 902)	711	78.8	191	21.2	72.50	< .0001
	Sin ansiedad (<i>n</i> = 1400)	1278	91.3	122	8.7		

Nota. ^a Grados de libertad.

En lo referente a la relación de la disfunción social y la despersonalización, se encontró para los sujetos con disfunción social una media de 10.6 ($DT = 6.9$) en la dimensión de despersonalización y de 4.0 ($DT = 4.7$) para los que no tenían disfunción social (ver Figura 84); las diferencias entre ambas variables fueron estadísticamente significativas, $t(2300) = -6.52, p < .0001$.

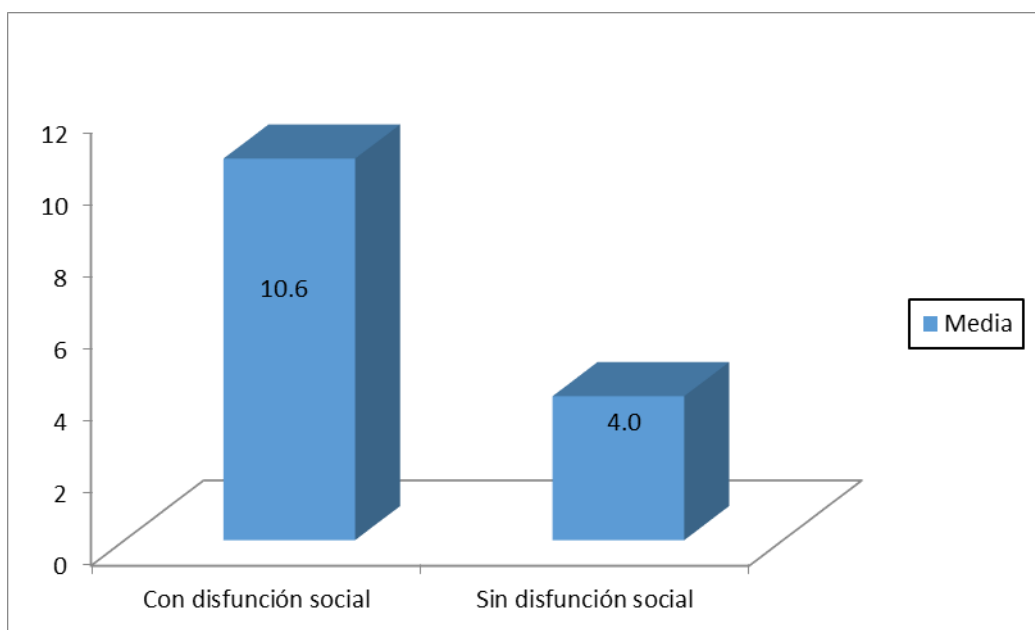


Figura 84. Puntuaciones medias en despersonalización en función de la disfunción social

De igual forma la relación entre la disfunción social y el nivel de despersonalización, en los sujetos con disfunción social el 50.0% tenían un nivel bajo despersonalización y el 50.0% alto; en los participantes sin disfunción social, el 86.8% tenían un nivel bajo despersonalización y el 13.2% alto (ver Tabla 71); las diferencias halladas fueron estadísticamente significativas, $\chi^2(1, N = 2302) = 25.06, p < .0001$.

Tabla 71. Disfunción social y nivel de despersonalización

		Despersonalización				$\chi^2(1^a, N = 2302)$	<i>p</i>
		Bajo/medio		Alto			
		<i>n</i>	%	<i>n</i>	%		
Disfunción social	Con disfunción social (<i>n</i> = 22)	11	50.0	11	50.0	25.06	< .0001
	Sin disfunción social (<i>n</i> = 2280)	1978	86.8	302	13.2		

Nota. ^a Grados de libertad.

En lo que respecta a la relación entre depresión y despersonalización, se encontró en los sujetos que no presentan depresión una media de 3.8 (*DT* = 4.6) en la dimensión de despersonalización y para los que tenían depresión de 7.8 (*DT* = 6.2) (ver Figura 88); las diferencias encontradas fueron estadísticamente significativas, $t(2300) = -9.47, p < .0001$.

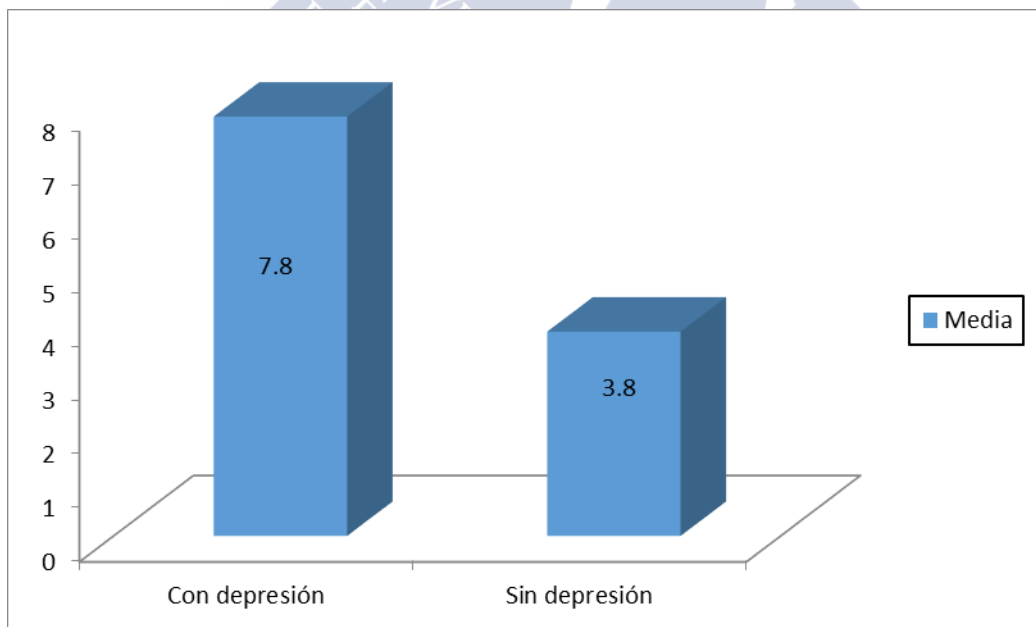


Figura 85. Puntuaciones medias en despersonalización en función de la depresión

De igual modo la relación entre la depresión y el nivel de despersonalización, en los sujetos con depresión el 65.9% tenían un nivel bajo despersonalización y el 34.1% alto; en los participantes sin depresión, el 87.6% tenían un nivel bajo despersonalización y el 12.4% alto (ver Tabla 72); las diferencias halladas fueron estadísticamente significativas, $\chi^2(1, N = 2302) = 48.94, p < .0001$.

Tabla 72. Depresión y nivel de despersonalización

		Despersonalización				$\chi^2(1^a, N = 2302)$	<i>p</i>
		Bajo/medio		Alto			
		<i>n</i>	%	<i>n</i>	%		
Depresión	Con depresión (<i>n</i> = 129)	85	65.9	44	34.1	48.94	< .0001
	Sin depresión (<i>n</i> = 2173)	1904	87.6	269	12.4		

Nota. ^a Grados de libertad.

En cuanto a la relación neuroticismo y despersonalización se halló una correlación significativa entre ambas variables, $r(2302) = .257, p < .0001$ (ver Tabla 73). Entre el neuroticismo y el nivel de despersonalización se encontró una puntuación media para la categoría despersonalización bajo/medio de 1.6 (*DT* = 1.6) y para la categoría de despersonalización alto de 2.6 (*DT* = 1.8) (ver Figura 86); las diferencias halladas fueron estadísticamente significativas, $t(2300) = -9.73, p < .0001$.

Tabla 73. Personalidad y nivel de despersonalización

	<i>Despersonalización</i>		
	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>N</i>
Neuroticismo	.257	< .0001	2302
Extraversión	-.112	< .0001	2302
Psicoticismo	.147	< .0001	2302

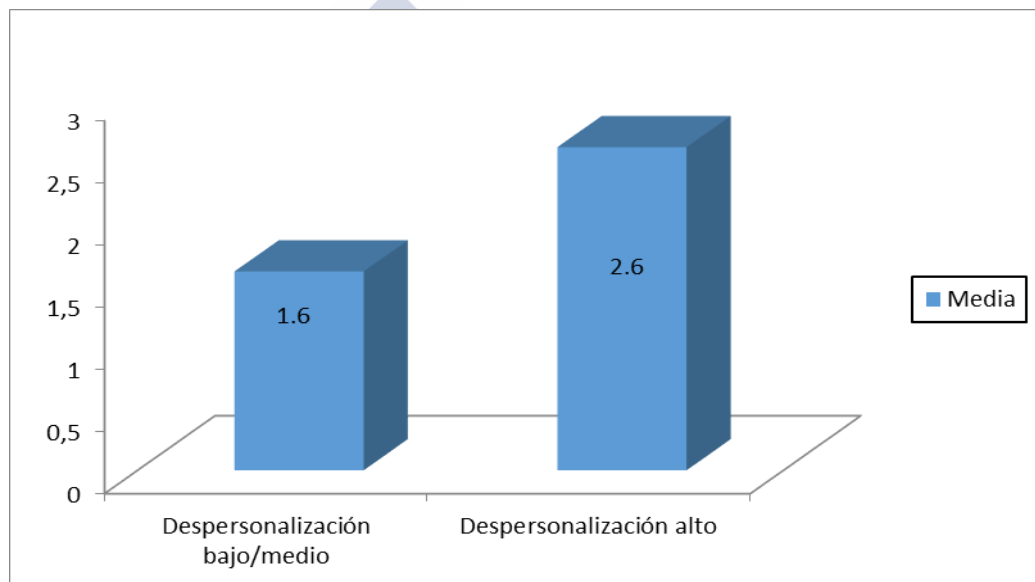


Figura 86. Neuroticismo y nivel de despersonalización

En cuanto a la relación entre extraversión y despersonalización, como se muestra en la Tabla 73, se encontró una correlación significativa negativa $r(2302) = -.112$, $p < .0001$. Igualmente, la relación entre extraversión y el nivel de despersonalización fue significativa, $t(400) = 4.1$, $p < .0001$; la puntuación media en extraversión en aquellos sujetos con despersonalización bajo/medio fue de 4.3 ($DT = 1.7$) y en los de despersonalización alto fue de 3.9 ($DT = 1.8$) (ver Figura 87).

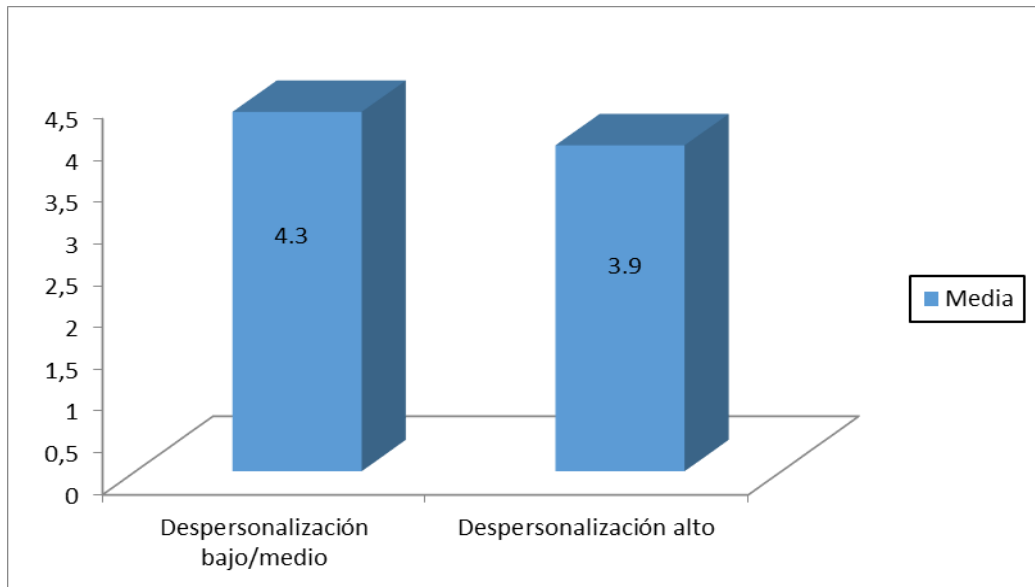


Figura 87. Extraversión y nivel de despersonalización

El cuanto a las variables psicoticismo y despersonalización, se encontró una correlación significativa entre dichas variables, $r(2302) = .147, p < .0001$ (ver Tabla 73). Igualmente, al analizar la relación entre psicoticismo y el nivel de despersonalización se encontró que los participantes que tenían despersonalización bajo/medio alcanzaron una media de 1.6 ($DT = 1.0$) en psicoticismo y de 1.9 ($DT = 1.2$) en aquellos con despersonalización alto (ver Figura 88); las diferencias halladas fueron estadísticamente significativas, $t(390) = -5.24, p < .0001$.

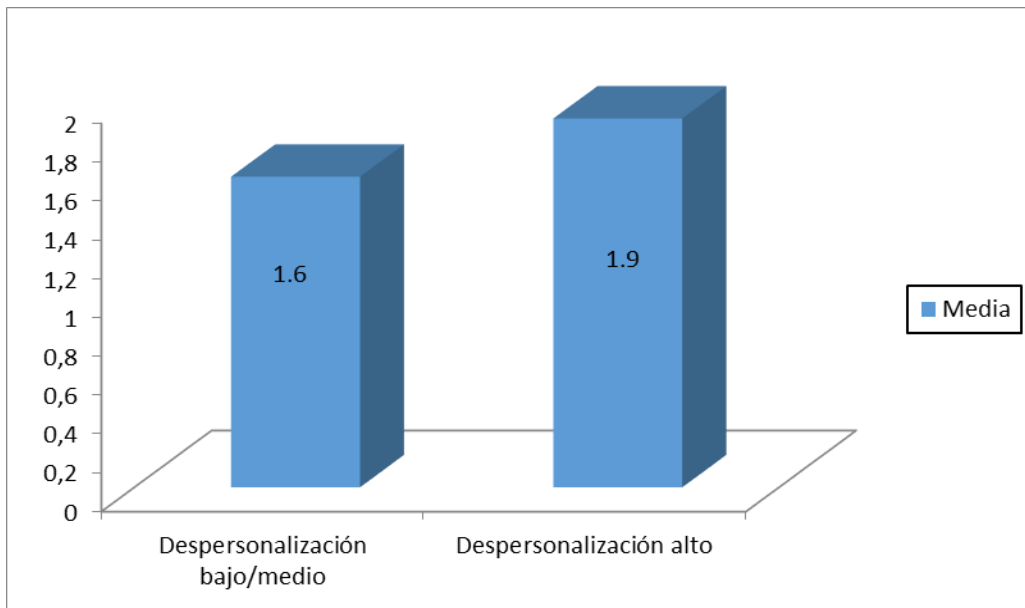


Figura 88. Psicoticismo y nivel de despersonalización

En cuanto a la relación entre apoyo social y despersonalización, no se halló una correlación significativa entre ambas variables, $r(2215) = -.036, p = .092$ (ver Tabla 74). Respecto a la relación entre apoyo social y nivel de despersonalización, se halló una media en apoyo social en los participantes con despersonalización bajo/medio de 73.4 ($DT = 19.2$) y en aquellos con despersonalización alto de 72.5 ($DT = 18.5$) (ver Figura 89); las diferencias encontradas no fueron estadísticamente significativas, $t(407) = 0.76, p = .45$

Tabla 74. Apoyo social y despersonalización

	<i>Depersonalización</i>		
	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>n</i>
Apoyo social	-.036	.092	2215

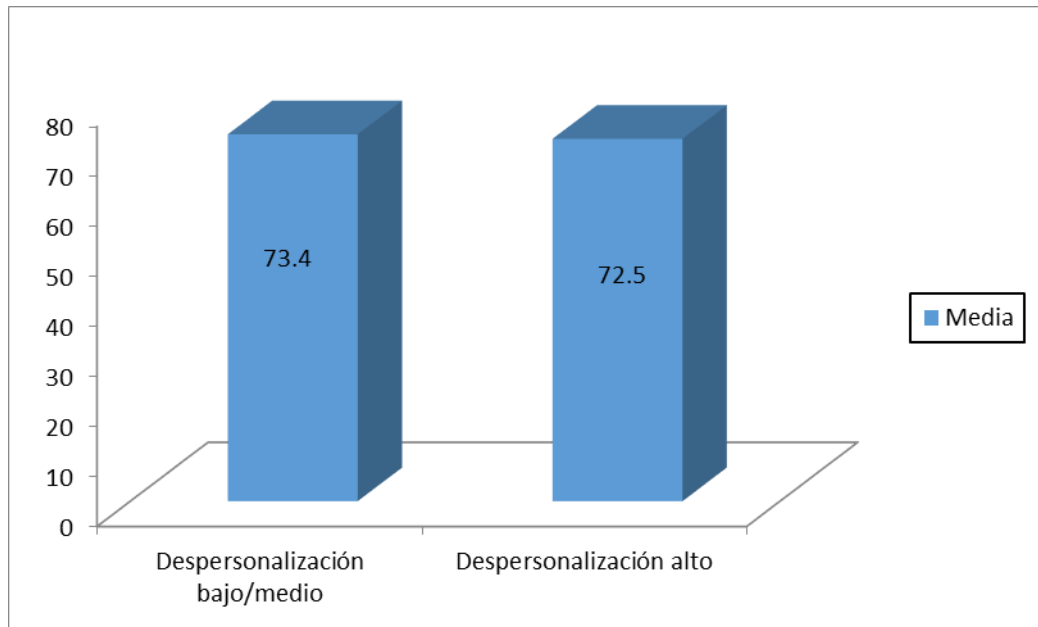


Figura 89. Apoyo social y nivel de despersonalización

En cuanto a las variables afrontamiento activo y la despersonalización, se halló una correlación significativa entre ambas variables, $r(2195) = .222, p < .0001$, (ver Tabla 75). Igualmente, al analizar la relación entre afrontamiento activo y nivel de despersonalización, se encontró en la categoría despersonalización bajo/medio una media en afrontamiento activo de 25.7 ($DT = 9.0$) y en la categoría de despersonalización alta una media de 29.9 ($DT = 8.9$) (ver Figura 90), siendo la diferencia estadísticamente significativa, $t(2193) = -7.71, p < .0001$.

Tabla 75. Afrontamiento y despersonalización

	<i>Despersonalización</i>		
	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>n</i>
Afrontamiento activo	.222	< .0001	2195
Afrontamiento pasivo	.315	< .0001	2216

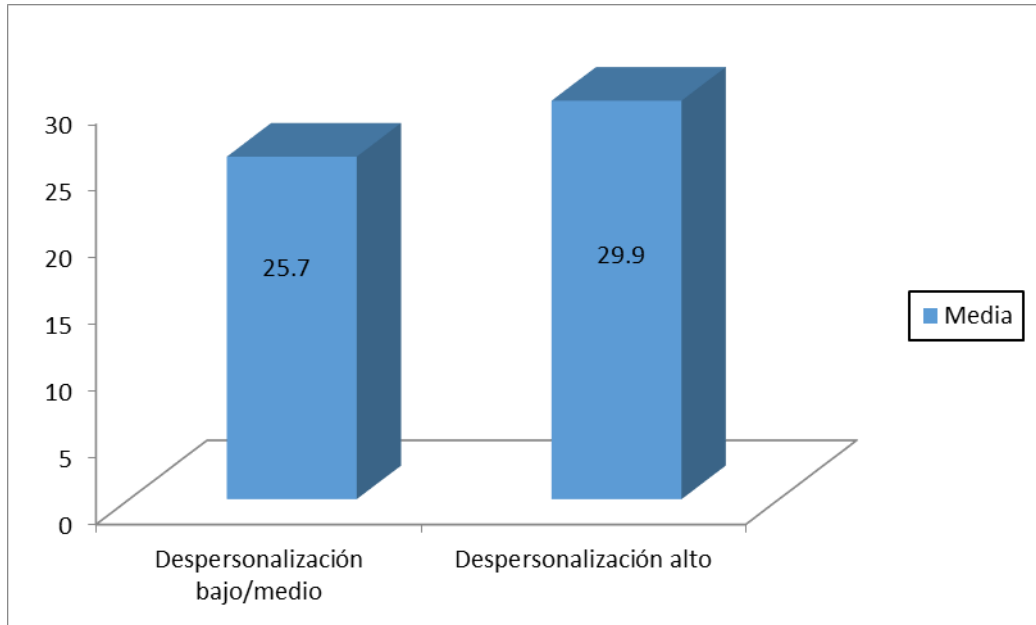


Figura 90. Afrontamiento activo y nivel de despersonalización

Respecto a la relación entre afrontamiento pasivo y despersonalización, la correlación entre ambas variables fue significativa $r(2216) = .315, p < .0001$ (ver Tabla 75). Igualmente, en el análisis entre la afrontamiento pasivo y nivel de despersonalización se encontró para los sujetos con una despersonalización bajo/medio una media de 20.5 ($DT = 5.9$) en afrontamiento pasivo y de 24.9 ($DT = 7.9$) para aquellos con despersonalización alto (ver Figura 91); las diferencias encontradas fueron significativas, $t(2214) = -11.4, p < .0001$.

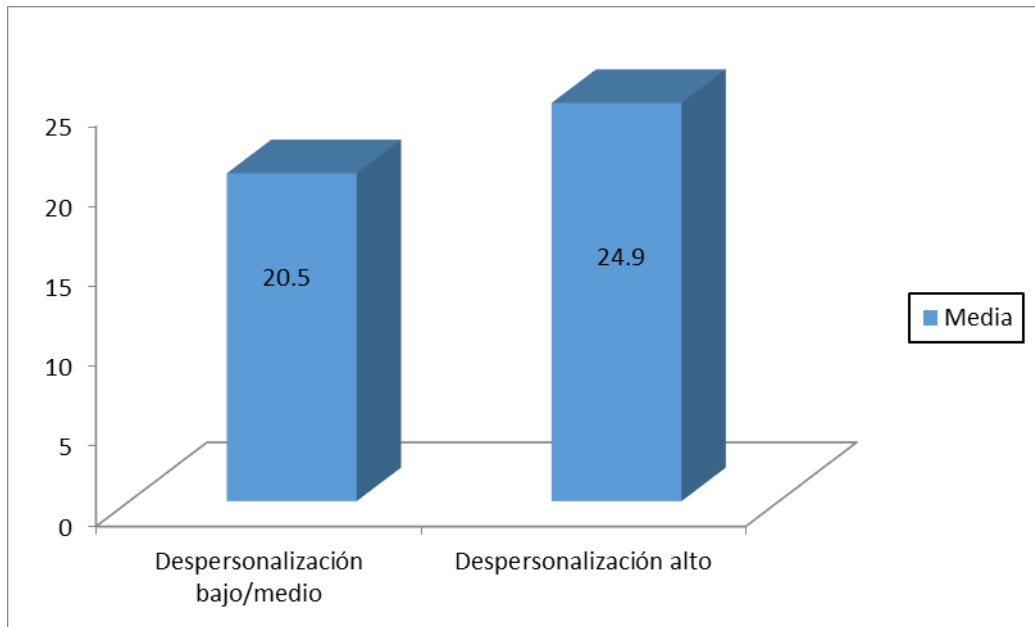


Figura 91. Afrontamiento pasivo y nivel de despersonalización

1.26. Relación entre las variables del estudio y la despersonalización: análisis multivariante

Para concluir con el análisis despersonalización presentamos los resultados del análisis de regresión logística (ver Tabla 76). Se analizaron el conjunto de variables que tras los análisis bivariantes preliminares presentaban resultados estadísticamente significativos. En concreto se introdujeron las siguientes variables: sexo, edad, hijos etnia, estado civil, experiencia profesional, tipo de contrato, jornada laboral diaria, turnos, número de pacientes al día, malestar emocional (síntomas somáticos, ansiedad, disfunción social, depresión), personalidad (neuroticismo, extraversión, psicoticismo), afrontamiento (activo, pasivo). Como variable dependiente se incluyó el nivel de despersonalización (bajo/medio, alto).

Las variables sexo, número de pacientes atendidos al día, síntomas somáticos, psicoticismo y afrontamiento pasivo se asociaron de manera independiente con la despersonalización.

Así, en relación a la variable sexo (ver Tabla 76), se halló una clara tendencia en el sentido de un menor riesgo de despersonalización en los profesionales de la salud del sexo femenino, OR = 0.69, IC 95% [0.51, 0.94].

En cuanto al número de pacientes atendidos al día, se encontró una mayor tendencia a desarrollar despersonalización en las personas que trabajaron con un número mayor a 17 pacientes al día, con una OR ajustada por el resto de variables de 1.64 (IC 95% [1.23, 2.18]).

En lo referente al malestar emocional, se encontró una asociación significativa con el nivel de despersonalización; en concreto, los participantes con síntomas somáticos presentaban un mayor riesgo de despersonalización, siendo 1.8 veces más frecuente en ellos que en aquellos que no tenían síntomas somáticos (IC 95% [1.26, 2.48]).

En cuanto a las variables de personalidad, como se muestra en la Tabla 76, a mayor puntuación en psicoticismo mayor riesgo de desarrollar despersonalización, OR = 1.26, IC 95% [1.11, 1.43].

En lo referente al afrontamiento pasivo se halló una clara tendencia en el sentido de un mayor riesgo de desarrollar despersonalización cuando el afrontamiento fue pasivo, OR = 1.08, IC 95% [1.05, 1.12].

No se hallaron asociaciones significativas entre la despersonalización y la edad, los hijos, la etnia, el estado civil, la experiencia profesional, el tipo de contrato, la jornada laboral diaria, trabajar por turnos, la ansiedad, la disfunción social, la depresión, el neuroticismo, la extraversión y el afrontamiento activo.

Tabla 76. Resultados del análisis multivariante en relación a la despersonalización

	β	<i>P</i>	OR ajustada	IC (95%)	
				Límite inferior	Límite superior
Sexo Hombre Mujer	Rf -0.37	.019	0.69	0.51	0.94
Edad < 40 años ≥ 40 años	Rf -0.17	.461	0.84	0.54	1.33
Hijos No tiene hijos Tiene hijos	Rf -0.05	.785	0.95	0.66	1.36
Etnia Mestizo Otros	Rf 0.40	.076	1.49	0.96	2.33

Tabla 76. Resultados del análisis multivariante en relación a la despersonalización (continuación)

	β	<i>P</i>	OR ajustada	IC (95%)	
				Límite inferior	Límite superior
Estado civil Casados/pareja de hecho Soltero/divorciado /viudo	Rf 0.10	.541	1.11	0.79	1.55
Experiencia profesional ≤ 10 años > 10 años	Rf -0.24	.291	0.79	0.50	1.23
Tipo de contrato Nombramiento Otros	Rf 0.78	.658	1.08	0.77	1.53
Jornada laboral diaria ≤ 8 horas >8 horas	Rf 0.16	.317	1.17	0.86	1.59
Turnos Sin turnos Con turnos	Rf 0.28	.075	1.32	0.97	1.79
Nº de pacientes/día 0-17 pacientes 18 pacientes en adelante	Rf 0.49	<.0001	1.64	1.23	2.18

Tabla 76. Resultados del análisis multivariante en relación a la despersonalización (continuación)

	β	<i>P</i>	OR ajustada	IC (95%)	
				Límite inferior	Límite superior
Síntomas somáticos Sin síntomas somáticos Con síntomas somáticos	Rf 0.57	<.0001	1.77	1.26	2.48
Ansiedad Sin ansiedad Con ansiedad	Rf 0.16	.376	1.17	0.82	1.67
Disfunción social Sin disfunción social Con disfunción social	Rf 0.88	.103	2.42	0.84	7.01
Depresión Con depresión Sin depresión	Rf -0.36	.889	0.96	0.58	1.61
Neuroticismo	0.95	.048	1.10	1.00	1.21
Extraversión	-0.05	.222	0.95	0.87	1.02
Psicoticismo	0.29	<.0001	1.26	1.11	1.43
Afrontamiento activo	-0.10	.464	0.99	0.96	1.02
Afrontamiento pasivo	0.79	<.0001	1.08	1.05	1.12

Nota. β = coeficiente de regresión; OR = Odds Ratio; IC = Intervalo de confianza; Rf = categoría de referencia.

ANÁLISIS DE LA DIMENSIÓN REALIZACIÓN PERSONAL DEL SÍNDROME DE *BURNOUT*

Al analizar la dimensión realización personal del síndrome de *burnout* se halló una puntuación media de 39.7 ($DT = 7.9$). Al analizar esta dimensión en función de los distintos niveles considerados en el estudio se encontró que 412 (18.2%) participantes tenían una puntuación baja en realización personal, 466 (20.6%) media y 1381 (61.2%) elevada (ver Figura 92). Por tanto, si consideramos dos niveles en relación a la realización persona, el 38.8% de los profesionales de la salud presentaban un nivel bajo/medio de realización personal y el restante 61.2% elevada.

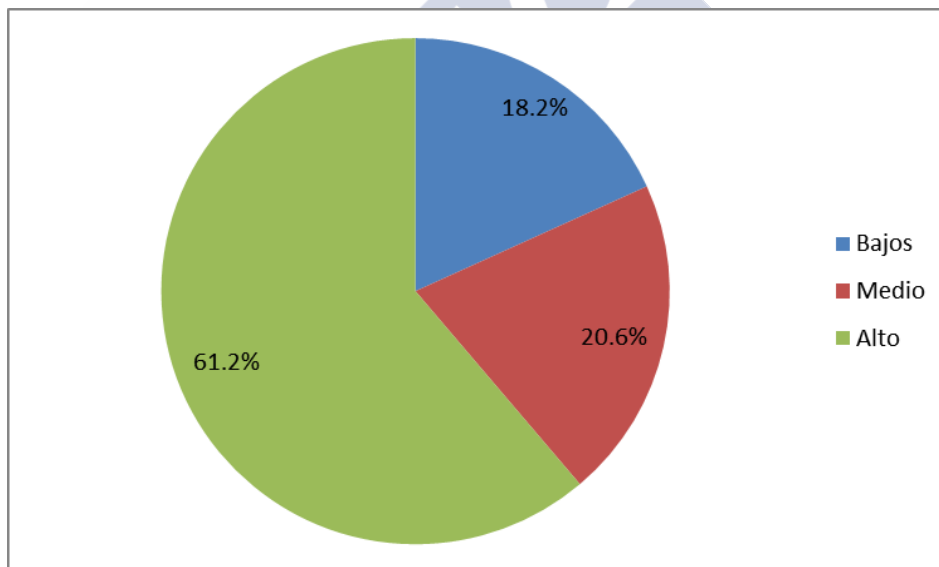


Figura 92. Distribución de los participantes según los niveles de realización personal

1.27. Relación entre las variables del estudio y realización personal: análisis bivariados

5.1.1. Variables sociodemográficas y realización personal

La primera de las variables sociodemográficas analizadas en relación con la realización personal fue el sexo. La media en la dimensión de realización personal para los hombres fue de 40.9 ($DT = 7.1$) y para las mujeres de 39.1 ($DT = 8.2$) (ver Figura 93); las diferencias entre hombres y mujeres fueron estadísticamente significativas, $t(2257) = 5.17$, $p < .0001$.

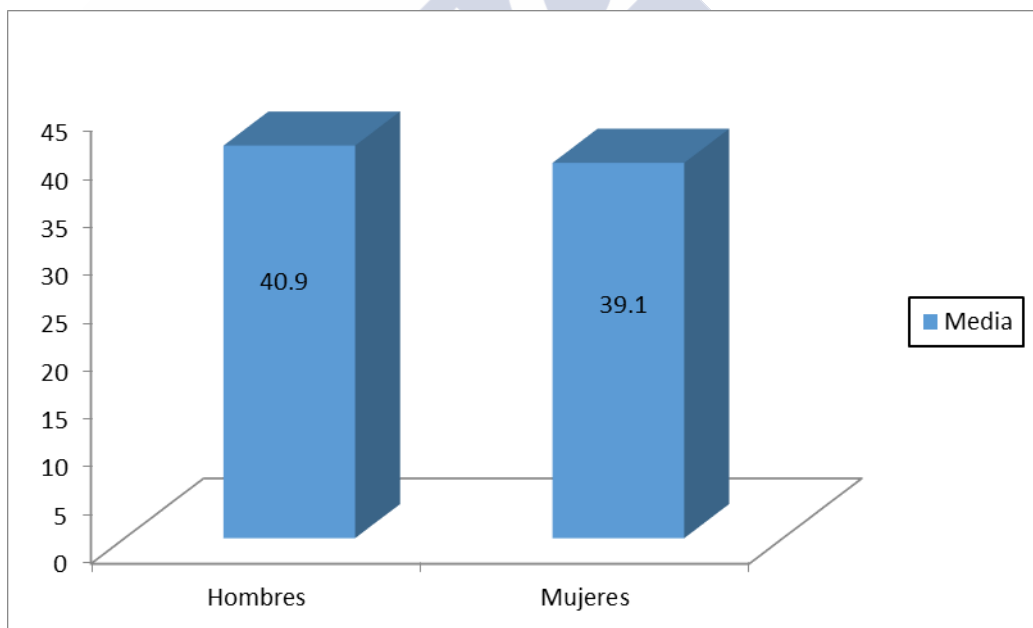


Figura 93. Puntuaciones medias en realización personal en función del sexo

De igual forma, al analizar la relación entre el sexo y el nivel de realización personal, en el sexo masculino se encontró que un 14.1% tenían un nivel bajo de

realización personal y el 85.9% alto; en el sexo femenino, el 20.2 % tenían un nivel bajo en realización personal y el 79.8 % alto (ver Tabla 77). Las diferencias halladas entre ambas variables fueron significativas, $\chi^2(1, N = 2259) = 12.61, p < .0001$.

Tabla 77. Sexo y nivel de realización personal

		Realización personal				$\chi^2(1^a, N = 2259)$	<i>p</i>
		Bajo/medio		Alto			
		<i>n</i>	%	<i>n</i>	%		
Sexo	Hombres (<i>n</i> = 732)	103	14.1	629	85.9	12.61	<.0001
	Mujeres (<i>n</i> = 1527)	309	20.2	1218	79.8		

Nota. ^aGrados de libertad

En relación a la edad, al analizar la relación entre esta variable y la realización personal, se halló una media en la dimensión de realización personal para los menos de 40 años de 39.0 (*DT* = 7.8) y para los de 40 o más años de 40.6 (*DT* = 7.9) (ver Figura 94), siendo las diferencias estadísticamente significativas, $t(2160) = -4.66, p < .0001$.

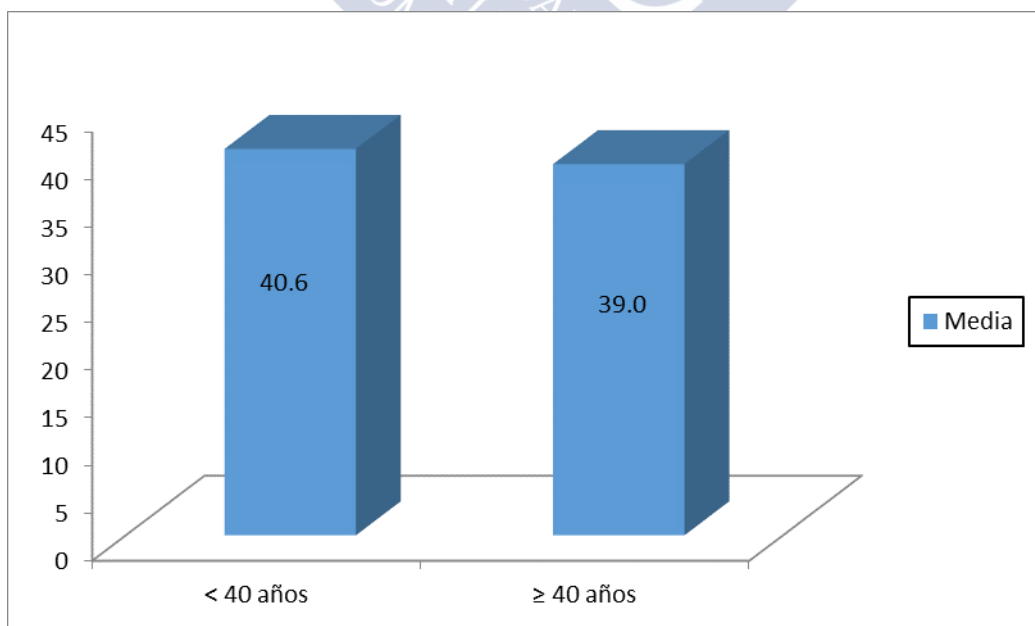


Figura 94. Puntuaciones medias en realización personal en función de la edad

Igualmente, al analizar la edad en relación al nivel de realización personal, se halló en los de menos de 40 años que el 20.7% de los participantes tenían un nivel bajo de realización personal y el 79.3% alto; en los de 40 o más años se encontró que el 15.3% tenían niveles bajos de realización personal y el 84.7% alto (ver Tabla 78). Las diferencias halladas entre ambas variables fueron estadísticamente significativas, $\chi^2(1, N = 2259) = 11.01, p < .0001$.

Tabla 78. Edad y nivel de realización personal

		Realización personal				$\chi^2(1^a, N = 2259)$	<i>p</i>
		Bajo/medio		Alto			
		<i>n</i>	%	<i>n</i>	%		
Edad	< 40 años (<i>n</i> = 1243)	257	20.7	986	79.3	11.01	< .0001
	≥ 40 años (<i>n</i> = 1016)	155	15.3	861	84.7		

Nota. ^a Grados de libertad

En relación al número de hijos, al analizar la relación entre esta variable y la realización personal, se halló una media en la dimensión de realización personal para los que no tenían hijos de 38.5 (*DT* = 8.18) y de 40.2 (*DT* = 7.78) para aquellos con hijos (ver Figura 95), siendo las diferencias estadísticamente significativas, $t(2257) = -4.56, p < .0001$.

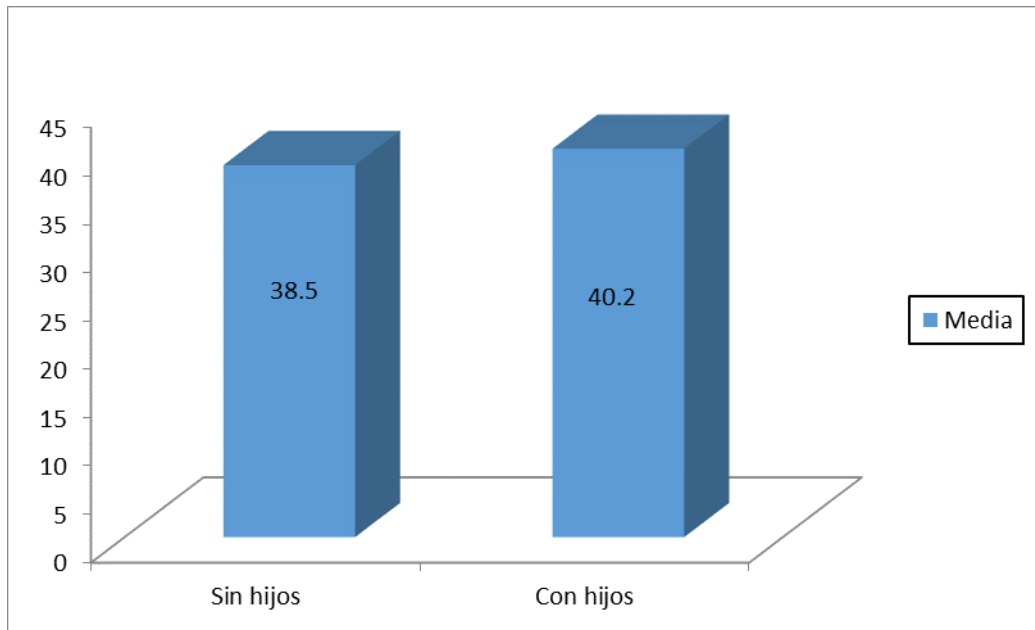


Figura 95. Puntuaciones medias en realización personal en función de los hijos

Igualmente, al analizar el número de hijos en relación al nivel de realización personal, se halló en los que no tenían hijos un 22.6% con un nivel bajo de realización personal y el 77.4% con un nivel alto; en los que tenían hijos se encontró que el 16.7% tenían niveles bajos de realización personal y el 83.3% alto (ver Tabla 79). Las diferencias halladas entre ambas variables fueron estadísticamente significativas, $\chi^2(1, N = 2259) = 10.23, p < .0001$.

Tabla 79. Hijos y nivel de realización personal

		Realización Personal				$\chi^2(1^a, N = 2259)$	P
		Bajo/medio		Alto			
		n	%	n	%		
Hijos	No tienen hijos (n = 588)	133	22.6	455	77.4	10.23	< .0001
	Tienen hijos (n = 1016)	279	16.7	1392	83,3		

Nota. ^a Grados de libertad

En relación a la etnia, al analizar la relación entre esta variable y la realización personal, se encontró una puntuación media en la dimensión de realización personal para los mestizos del 39.9 ($DT = 7.7$) y para las otras razas de 37.6 ($DT = 9.7$) (ver Figura 96); las diferencias fueron estadísticamente significativas, $t(2257) = 3.94, p < .0001$.

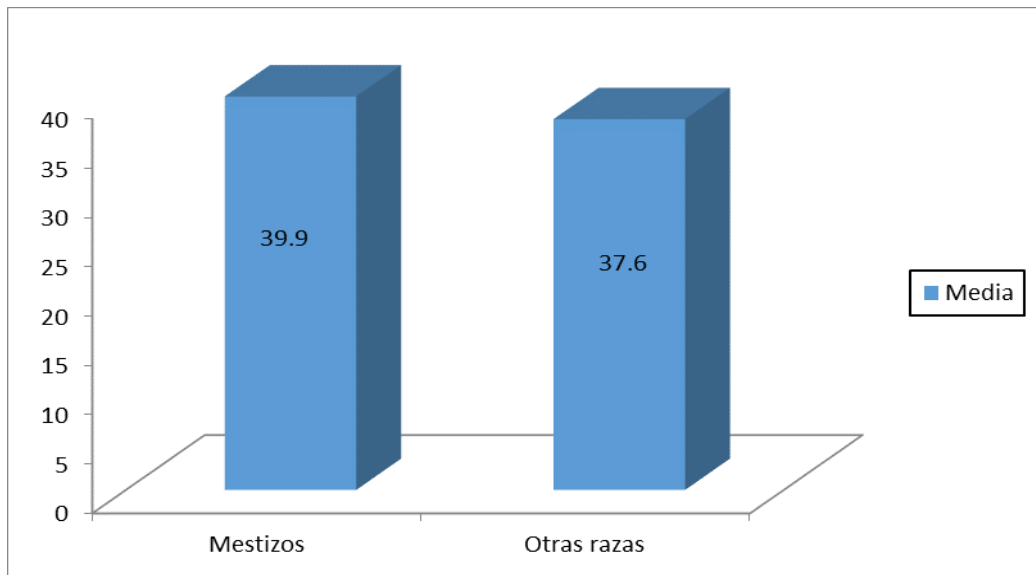


Figura 96. Puntuaciones medias en realización personal en función de la etnia

También la relación entre etnia y el nivel de realización personal, el 17.4% de los mestizos tenían un sentimiento de realización personal bajo y un 82.6% alto; en las otras razas, el 27.9% lo tenía bajo y el 72.1% alto (ver Tabla 80); las diferencias halladas entre ambas variables fueron estadísticamente significativas, $\chi^2(1, N = 2259) = 12.97, p < .0001$.

Tabla 80. Etnia y nivel de realización personal

		Realización Personal				$\chi^2(1^a, N = 2259)$	<i>p</i>
		Bajo/medio		Alto			
		<i>n</i>	%	<i>n</i>	%		
Etnia	Mestizo (<i>n</i> = 2069)	359	17.4	1710	82.6	12.97	< .0001
	Otras razas (<i>n</i> = 190)	53	27.9	137	72.1		

Nota. ^a Grados de libertad

Respecto a la relación entre estado civil y la realización personal, se halló una puntuación media en la dimensión de realización personal para los casados/con pareja de 39.9 ($DT = 8.1$) y para la categoría soltero/divorciado/viudo de 39.3 ($DT = 7.7$) (ver Figura 97); las diferencias halladas no fueron estadísticamente significativas, $t(1931) = 1.75$, $p = .083$.

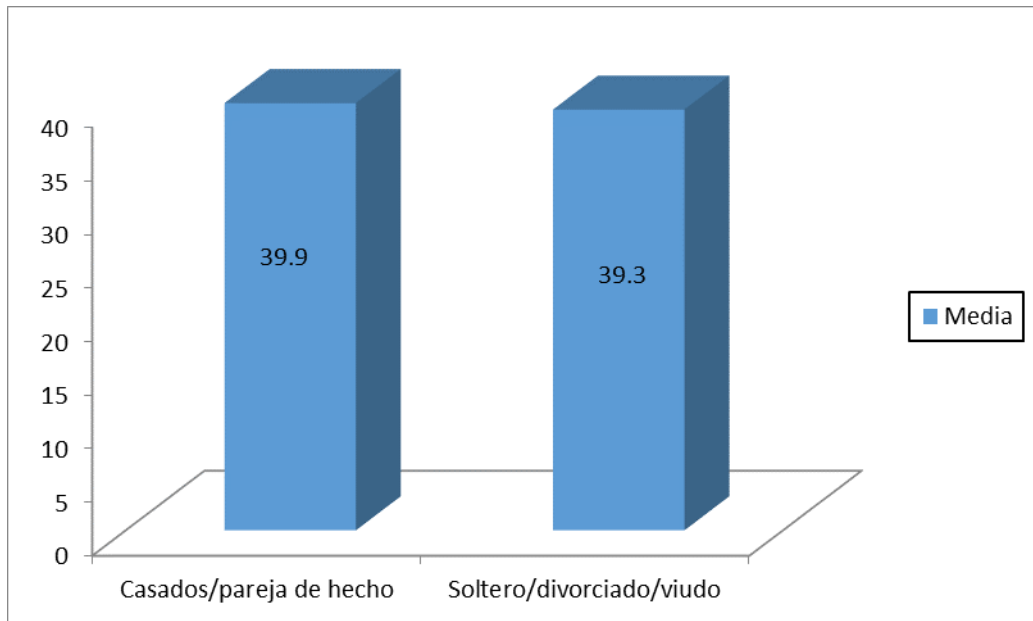


Figura 97. Puntuaciones medias en realización personal en función del estado civil

De igual modo el análisis de la relación entre estado civil y el nivel de realización personal, en los profesionales sanitarios que estaban casados/pareja se halló que el 17.1% tenían un nivel bajo de realización personal y el 82.9% alto; en la categoría soltero/divorciado/viudo, el 20.1% tenían un nivel bajo en realización personal y el 79.9% alto (ver Tabla 81); las diferencias halladas entre ambas variables no fueron estadísticamente significativas, $\chi^2(1, N = 2259) = 3.37$, $p = .066$.

Tabla 81. Estado civil y nivel de realización personal

		Realización personal				$\chi^2(1^a, N = 2259)$	<i>p</i>
		Bajo/medio		Alto			
		<i>n</i>	%	<i>n</i>	%		
Estado civil	Casado/pareja de hecho (<i>n</i> = 1384)	236	17.1	1148	82.9	3.37	.066
	Soltero/divorciado/viudo (<i>n</i> = 875)	176	20.2	699	79.9		

Nota. ^a Grados de libertad

5.1.2. Variables laborales y realización personal

La primera de las variables laborales analizadas en este subepígrafe fue ingresos mensuales y la realización personal, se encontró una puntuación media en la dimensión de realización personal para los que ganaban menos de 1000\$ de 38.5 (*DT* = 8.5) y de 40.4 (*DT* = 7.5) para los de 1000\$ o más (ver Figura 98); las diferencias fueron estadísticamente significativas, $t(2241) = -5.60, p < .0001$.

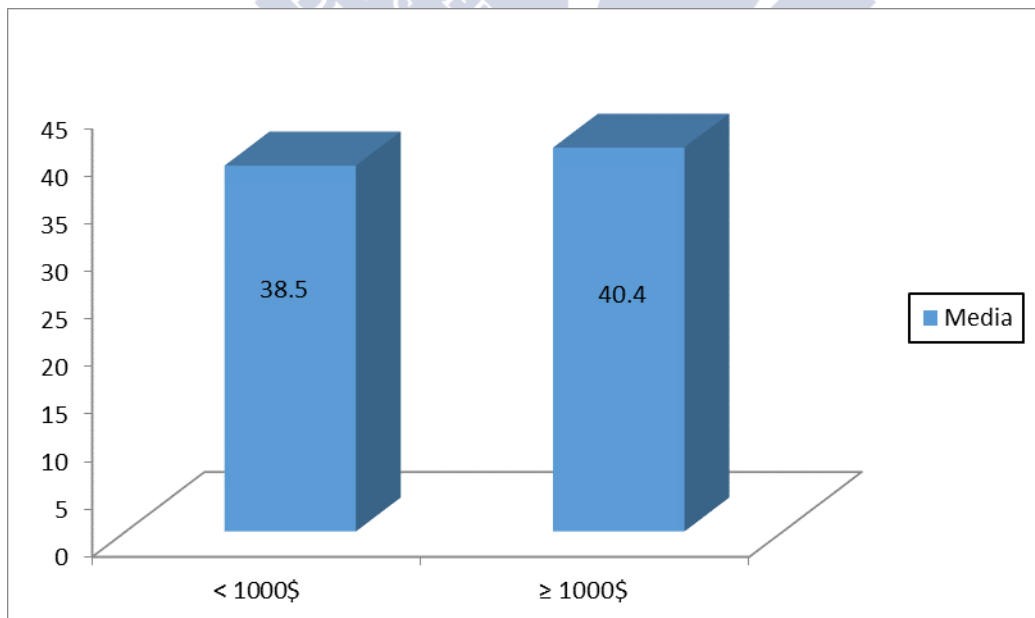


Figura 98. Puntuaciones medias en realización personal en función de los ingresos mensuales

De igual forma en relación con los ingresos mensuales y el nivel de realización personal, en aquellos que ganaban menos de 1000\$ el 23.4% presentaba una realización personal baja y el 76.6% alta; para los de 1000\$ o más, el 15.5% tenía un sentimiento de baja realización personal y el 84.5% alto (ver Tabla 82); las diferencias halladas fueron estadísticamente significativas, $\chi^2(1, N = 2243) = 21.43, p < .0001$.

Tabla 82. Ingresos mensuales y nivel de realización personal

		Realización Personal				$\chi^2(1^a, N = 2243)$	<i>p</i>
		Bajo/medio		Alto			
		<i>n</i>	%	<i>n</i>	%		
Ingreso mensual	< 1000\$ (<i>n</i> = 774)	181	23.4	593	76.6	21.43	< .0001
	≥ 1000\$ (<i>n</i> = 1469)	227	15.5	1242	84.5		

Nota. ^a Grados de libertad

Al analizar la relación entre la profesión y la realización personal, se encontró una puntuación media en la dimensión de realización personal para los médicos/as de 40.9 (*DT* = 6.9) y para los profesionales de enfermeros/as de 38.5 (*DT* = 8.6) (ver Figura 99), hallándose diferencias estadísticamente significativas, $t(2257) = 7.57, p < .0001$.

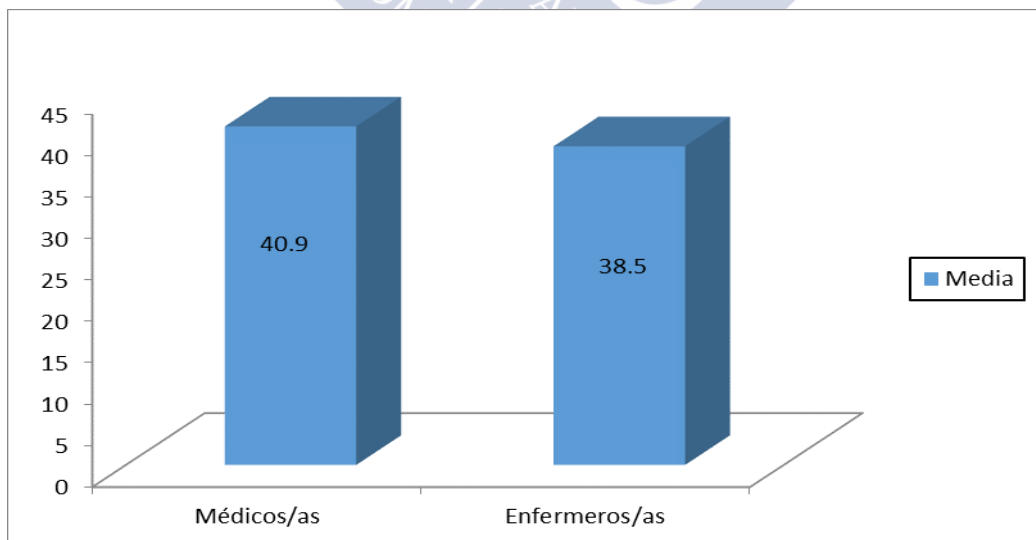


Figura 99. Puntuaciones medias en realización personal en función de la profesión

De igual manera en el análisis de la relación entre profesión y el nivel de realización personal, en los médicos/as se halló que el 14.3% tenían un sentimiento de realización personal bajo y el 85.7% alto; en los enfermeros/as, el 22.4% tenían un sentimiento de baja realización personal y el 77.6% alto. Como se puede observar en la Tabla 83, las diferencias halladas entre ambas variables fueron estadísticamente significativas, $\chi^2 (1, N = 2259) = 24.85, p < .0001$.

Tabla 83. Profesión y nivel de realización personal

		Realización Personal				$\chi^2(1^a, N = 2259)$	<i>p</i>
		Bajo/medio		Alto			
		<i>n</i>	%	<i>n</i>	%		
Profesión	Médico/a (<i>n</i> = 1150)	164	14.3	986	85.7	24.85	< .0001
	Enfermero/a (<i>n</i> = 1109)	248	22.4	861	77.6		

Nota. ^a Grados de libertad

En cuanto a la relación entre la experiencia profesional y la realización personal, para los de 10 o menos años de experiencia la media en la dimensión de realización personal fue de 39.1 (*DT* = 7.7) y para los de más de 10 años la media fue de 40.5 (*DT* = 7.6) (ver Figura 100), siendo las diferencias estadísticamente significativas, $t (2176) = -4.37, p < .0001$.

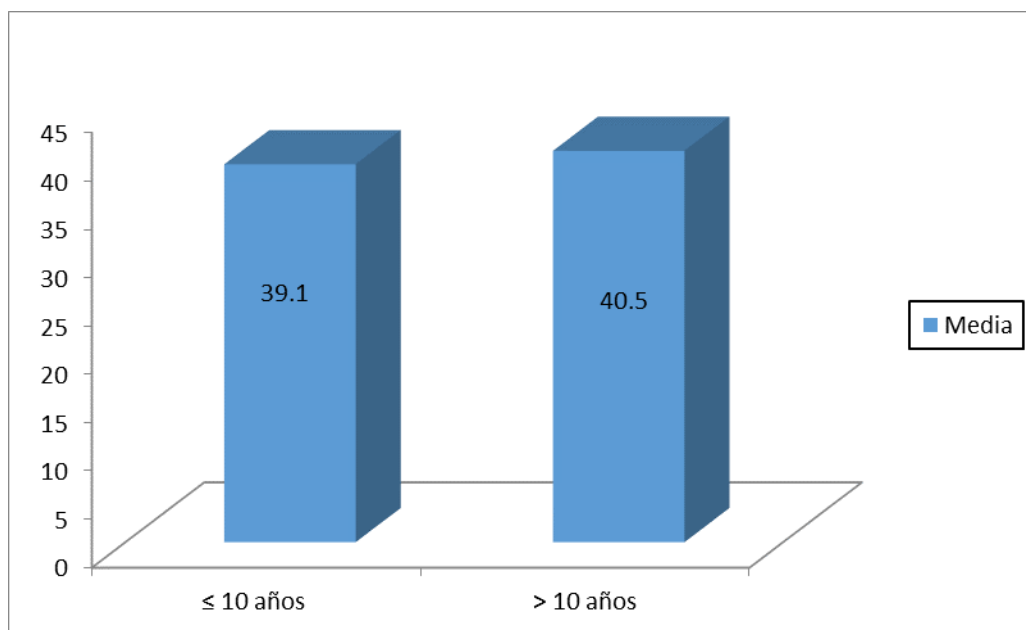


Figura 100. Puntuaciones medias en realización personal en función de la experiencia profesional

De igual modo al analizar la relación entre experiencia profesional y el nivel de realización personal, se halló que un 20.8% de los profesionales de la salud con una experiencia de 10 o menos años tenían un nivel bajo de realización personal y el 79.2% un nivel alto; el 15.3% de los profesionales con más de 10 años de experiencia profesional tenían un nivel bajo en realización personal y el 84.7% alto (ver Tabla 84); las diferencias halladas en la relación entre ambas variables fueron estadísticamente significativas, $\chi^2(1, N = 2185) = 11.38, p < .0001$.

Tabla 84. Experiencia profesional y nivel de realización personal

		Realización personal				$\chi^2(1^a, N = 2185)$	<i>p</i>
		Bajo/medio		Alto			
		<i>n</i>	%	<i>n</i>	%		
Experiencia profesional	≤ 10 años (<i>n</i> = 1066)	222	20.8	844	79.2	11.38	< .0001
	> 10 años (<i>n</i> = 1119)	171	15.3	948	84.7		

Nota. ^a Grados de libertad

En relación a las variables dedicación y realización personal, para los participantes a tiempo completo la media en la dimensión de realización personal fue de 39.7 ($DT = 7.9$) y para aquellos a tiempo parcial la media fue de 39.9 ($DT = 7.8$) (ver Figura 101); las diferencias no fueron estadísticamente significativas, $t(933) = -0.44$; $p = .66$.

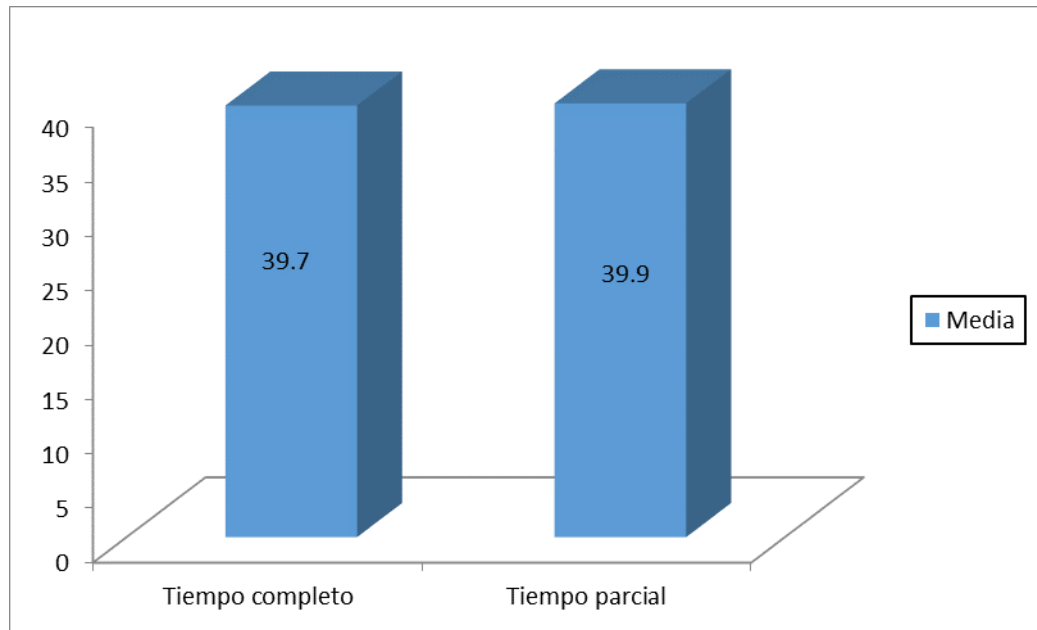


Figura 101. Puntuaciones medias en realización personal en función de la dedicación

También la relación entre dedicación y nivel de realización personal, se halló que el 17.9% de los sujetos a tiempo completo presentaban una baja realización personal y el 82.1% alta, mientras que un 19.0% de los profesionales de la salud a tiempo parcial tenían un nivel bajo en realización personal y el 81.0% alto (ver Tabla 85); las diferencias halladas en la relación entre ambas variables no fueron significativas, $\chi^2(1, N = 2227) = 0.35$; $p = .56$.

Tabla 85. Dedicación y nivel de realización personal

		Realización personal				$\chi^2(1^a, N = 2227)$	<i>p</i>
		Bajo/medio		Alto			
		<i>n</i>	%	<i>n</i>	%		
Dedicación	Tiempo completo (<i>n</i> =1686)	302	17.9	1384	82.1	.35	.56
	Tiempo parcial (<i>n</i> =542)	103	19.0	438	81.0		

Nota. ^a Grados de libertad

Referente a la relación entre las variables sector en el que trabajaban y la realización personal, se encontró una puntuación media en la dimensión de realización personal para los que pertenecían a empresas públicas del 39.8 (*DT* = 7.9) y de 39.8 (*DT* = 7.7) para los de las empresas privadas/mixtos (ver Figura 102); no hubo diferencias estadísticamente significativas, $t(1032) = .04, p = .97$.

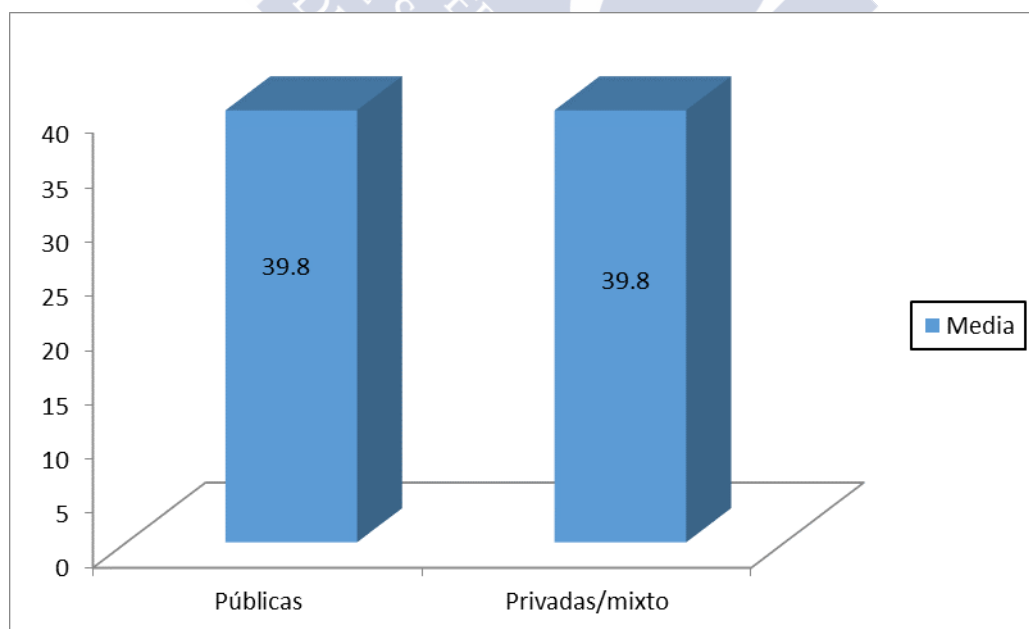


Figura 102. Puntuaciones medias en realización personal en función del sector en que trabaja

Igualmente, en cuanto a la relación entre el sector y el nivel de realización personal, en aquellos que trabajan en el sector público el 17.9% tenían un nivel bajo de realización personal y el 82.1% alto; y de aquellos que trabajaban en el sector privado o mixto, el 18.7% tenían un nivel bajo en realización personal y el 81.3% alto (ver Tabla 86); no se hallaron diferencias estadísticamente significativas, $\chi^2(1, N = 2229) = 0.17, p = .68$.

Tabla 86. Sector en el que trabajaban y nivel de realización personal

		Realización personal				$\chi^2(1^a, N = 2229)$	<i>p</i>
		Bajo/medio		Alto			
		<i>n</i>	%	<i>n</i>	%		
Sector	Públicas (<i>n</i> =1651)	296	17.9	1355	82.1	0.17	.68
	Privadas/mixto (<i>n</i> =578)	108	18.7	470	81.3		

Nota. ^a Grados de libertad

En relación al tipo de contrato y la realización personal, se encontró una puntuación media en la dimensión de realización personal para los sujetos con nombramiento del 39.9 (*DT* = 8.1) y de 39.6 (*DT* = 7.5) para aquellos con otros tipos de contrato (ver Figura 103), no hallándose diferencias significativas, $t(2213) = 1.19, p = .23$.

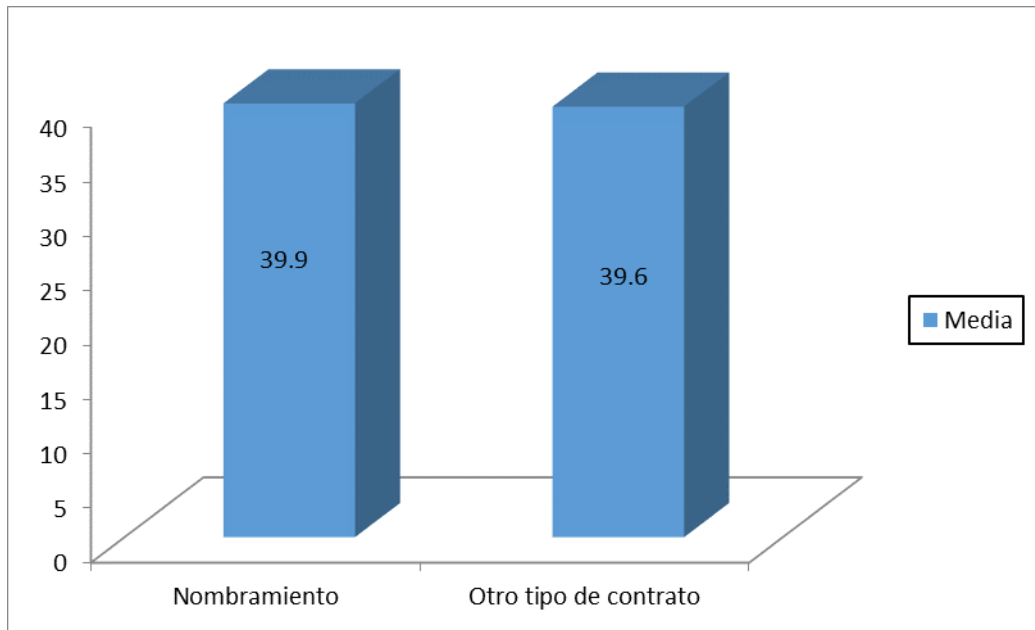


Figura 103. Puntuaciones medias en realización personal en función del tipo de contrato

De igual manera en relación al tipo de contrato y nivel de realización personal, en aquellos con nombramiento el 17.3% tenían un nivel bajo de realización personal y el 82.7% alto, y en los sujetos con otros tipos de contrato el 18.9% tenían un nivel bajo de realización personal y el 81.1% alto (ver Tabla 87); no se hallaron diferencias estadísticamente significativas, $\chi^2(1, N = 2227) = 1.07, p = .30$.

Tabla 87. Tipo de contrato y nivel de realización personal

		Realización personal				$\chi^2(1^a, N = 2227)$	<i>p</i>
		Bajo/medio		Alto			
		<i>n</i>	%	<i>n</i>	%		
Tipo de contrato	Nombramiento (<i>n</i> =1113)	192	17.3	921	82.7	1.07	.30
	Otro tipo de contrato (<i>n</i> =1114)	211	18.9	903	81.1		

Nota. ^a Grados de libertad

Para las variables duración de la jornada diaria y realización personal, se encontró una puntuación media en la dimensión de realización personal para los que trabajan hasta ocho horas de 39.5 ($DT = 8.2$) y para los de más de ocho horas de 40.5 ($DT = 7.1$) (ver Figura 104), hallándose diferencias estadísticamente significativas, $t(2212) = -2.54$, $p = .011$.

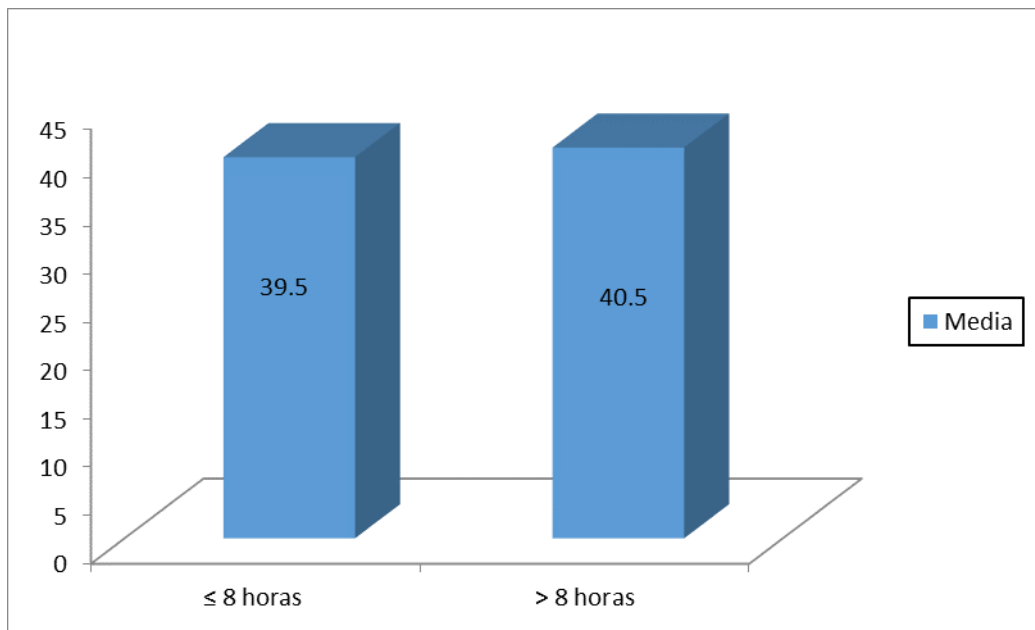


Figura 104. Puntuaciones medias en realización personal en función de la jornada laboral diaria

De igual manera respecto a la relación jornada laboral y nivel de realización personal, en los que trabajaban ocho o menos horas el 18.6% tenían un nivel bajo de realización personal y el 81.4% alto; de los de ocho o más horas, el 16.6% tenían un nivel bajo de realización personal y el 83.4% alto (ver Tabla 88). Las diferencias halladas entre ambas variables no fueron estadísticamente significativas, $\chi^2(1, N = 2214) = 1.28$, $p = .26$.

Tabla 88. Jornada laboral diaria y nivel de realización personal

		Realización Personal				$\chi^2(1^a, N = 2214)$	<i>p</i>
		Bajo/medio		Alto			
		<i>n</i>	%	<i>n</i>	%		
Jornada laboral	≤ 8 horas (<i>n</i> = 1593)	297	18.6	1296	81.4	1.28	.26
	> 8 horas (<i>n</i> = 621)	103	16.6	518	83.4		

Nota. ^a Grados de libertad

En relación a trabajar por turnos y la realización personal, se encontró una puntuación media en la dimensión de realización personal para los sujetos con turnos del 39.1 (*DT* = 8.0), y en los que no realizaban turnos una media de 40.6 (*DT* = 7.7) (ver Figura 105), siendo las diferencias significativas, $t(2257) = 4.62, p < .0001$.

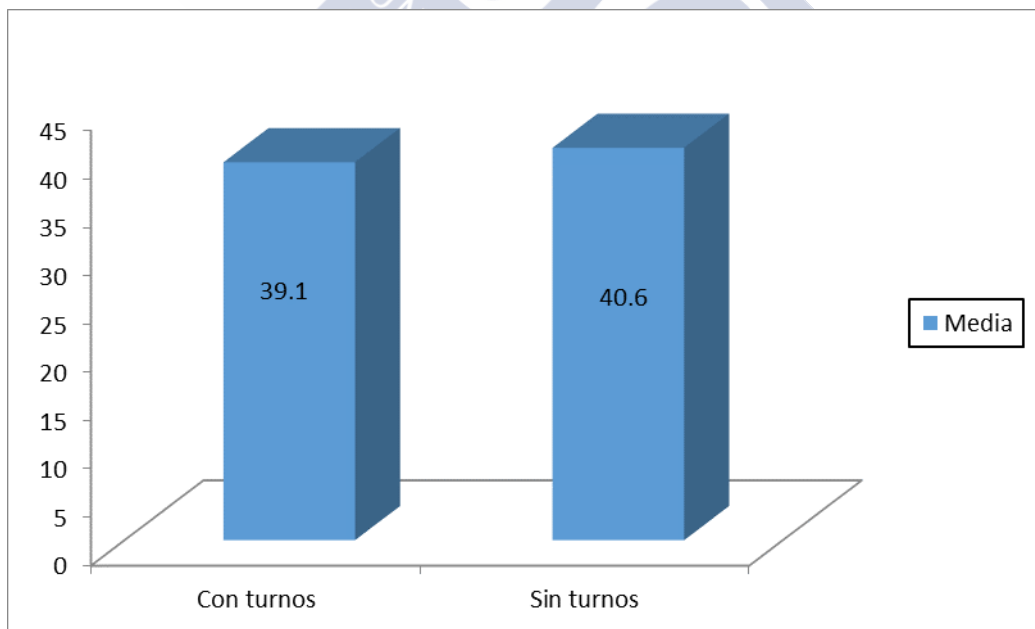


Figura 105. Puntuaciones medias en realización personal en función de los turnos

De igual modo en cuanto a trabajar por turnos y el nivel de realización personal, en aquellos con turnos el 21.5% tenían un nivel bajo de realización personal y el 78.5 % alto; en los sujetos sin turnos, el 13.9% tenían un nivel bajo en realización personal y el 86.1% alto (ver Tabla 89); las diferencias halladas fueron estadísticamente significativas, $\chi^2 (1, N = 2259) = 21.35, p < .0001$.

Tabla 89. Turnos y nivel de realización personal

		Realización Personal				$\chi^2(1^a, N = 2259)$	<i>p</i>
		Bajo/medio		Alto			
		<i>N</i>	%	<i>n</i>	%		
Turnos	Con turnos (<i>n</i> = 1283)	276	21.5	1007	78.5	21.35	< .0001
	Sin turnos (<i>n</i> = 976)	136	13.9	840	86.1		

Nota. ^a Grados de libertad

Por lo que respecta a la relación entre atención directa al paciente y realización personal, se encontró una puntuación media en la dimensión de realización personal para los sujetos con atención directa de hasta el 50% de su tiempo del 39.4 (*DT* = 8.3) y de 39.8 (*DT* = 7.9) para aquellos con una atención superior al 50% (ver Figura 106); no hubo diferencias estadísticamente significativas, $t (2241) = -0.64, p = .53$.

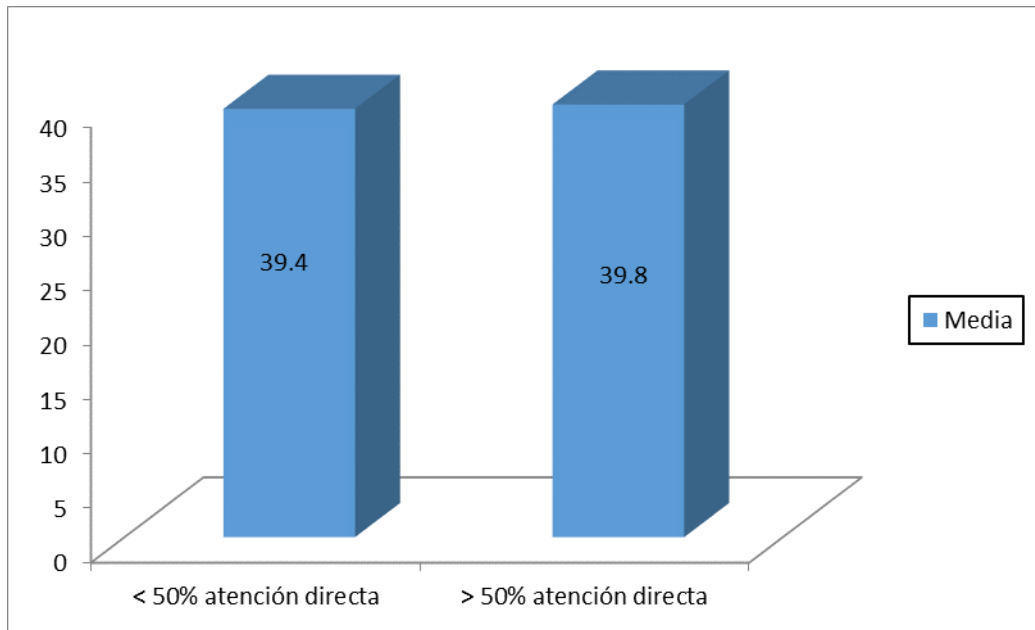


Figura 106. Puntuaciones medias en realización personal en función del tiempo de atención directa al paciente

También en lo referente a la atención directa y el nivel de realización, de aquellos con una atención directa de hasta el 50% de su tiempo, el 19.1% tenían un nivel bajo de realización personal y el 80.9% alto; en los participantes con una atención superior al 50%, el 18.2% tenían un nivel bajo de realización personal y el 81.8% alto (ver Tabla 90); no se hallaron diferencias estadísticamente significativas, $\chi^2 (1, N = 2243) = .12, p = .72$.

Tabla 90. Atención directa y nivel de realización personal

		Realización personal				$\chi^2(1^a, N = 2243)$	<i>p</i>
		Bajo/medio		Alto			
		<i>n</i>	%	<i>n</i>	%		
Atención directa	≤ 50% (<i>n</i> =230)	44	19.1	186	80.9	.12	.72
	> 50% (<i>n</i> =2013)	366	18.2	1647	81.8		

Nota. ^a Grados de libertad

En cuanto a la relación entre pacientes atendidos y la realización personal, se encontró una puntuación media en la dimensión de realización personal para los sujetos que atendieron de 0 a 17 pacientes del 39.3 ($DT = 8.3$) y de 40.4 ($DT = 7.0$) para aquellos que atendieron de 18 pacientes en adelante (ver Figura 107); hubo diferencias estadísticamente significativas, $t(2173) = -3.27, p = <.0001$.

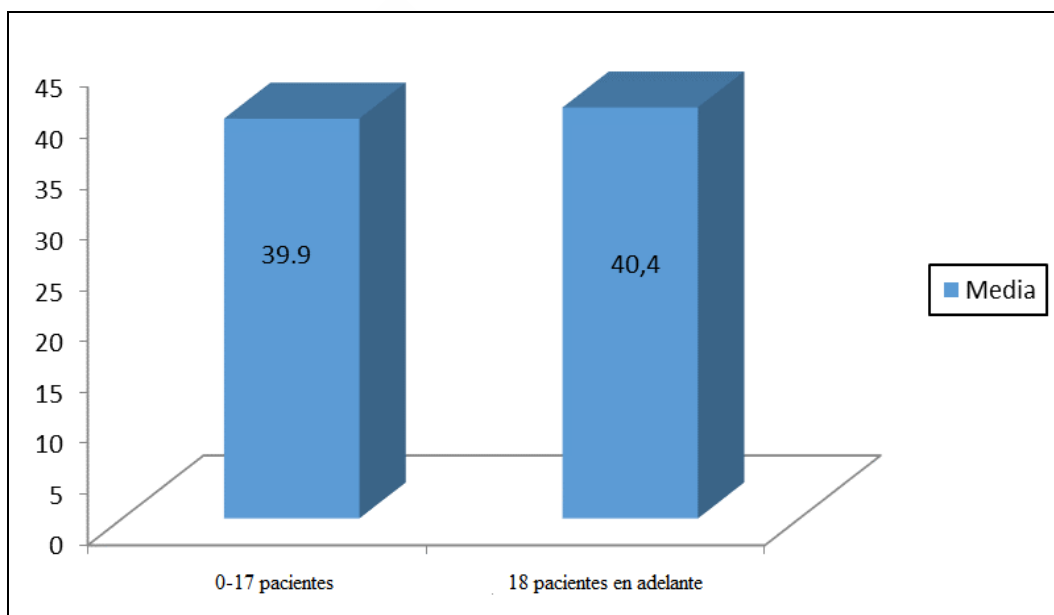


Figura 107. Puntuaciones medias en realización personal en función de pacientes atendidos por día

De igual forma, la relación entre pacientes atendidos y el nivel de realización, de aquellos que atendían de 0 a 17 pacientes, el 19.5% tenían un nivel bajo de realización personal y el 80.5% alto; en los participantes que atendieron a 18 pacientes en adelante, el 16.2% tenían un nivel bajo de realización personal y el 83.8% alto (ver Tabla 91); se hallaron diferencias estadísticamente significativas, $\chi^2(1, N = 2175) = 4.05, p = .044$.

Tabla 91. Pacientes atendidos al día y nivel de realización personal

		Realización personal				$\chi^2(1^a, N = 2175)$	<i>p</i>
		Bajo/medio		Alto			
		<i>n</i>	%	<i>n</i>	%		
Pacientes atendidos	0-17 pacientes (<i>n</i> =1096)	214	19.5	882	80.5	4.05	.044
	18 pacientes en adelante (<i>n</i> =1079)	175	16.2	904	83.8		

Nota. ^a Grados de libertad

En lo que respecta a la relación entre recursos en las instituciones y realización personal, se encontró una puntuación media en la dimensión de realización personal para los profesionales pertenecientes a la categoría de bastantes/totalmente de 39.4 (*DT* = 7.8) y de 40.0 (*DT* = 8.1) para aquellos de la categoría poco/ninguno (ver Figura 108); no hubo diferencias estadísticamente significativas, $t(2231.) = -1.74, p = .082$.

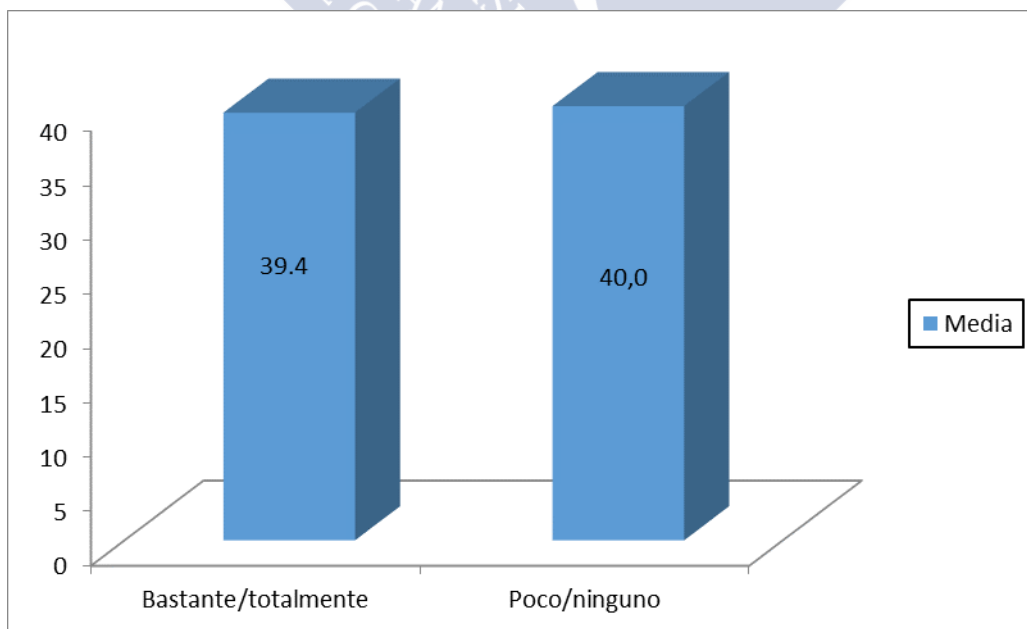


Figura 108. Puntuaciones medias en realización personal en función de recursos en las Instituciones

De igual manera, en lo referente a recursos en las instituciones y nivel de realización, se pudo evidenciar que en la categoría bastante/totalmente el 18.8% de los sanitarios tenían un nivel bajo de realización personal y el 81.2% alto; en cuanto a los participantes de la categoría poco/ninguno el 17.8% tenían un nivel bajo de realización personal y el 82.2% alto (ver Tabla 92); no se hallaron diferencias estadísticamente significativas, $\chi^2(1, N = 2233) = .38, p = .536$.

Tabla 92. Recursos en las Instituciones y nivel de realización personal

		Realización personal				$\chi^2(1^a, N = 2233)$	<i>P</i>
		Bajo/medio		Alto			
		<i>n</i>	%	<i>n</i>	%		
Recursos en las instituciones	Bastante/totalmente (<i>n</i> =1225)	230	18.8	995	81.2	.38	.536
	/poco/ninguno (<i>n</i> =1008)	179	17.8	829	82.2		

Nota. ^a Grados de libertad

5.1.3. Variables clínicas y realización personal

La primera de las variables clínicas analizadas en relación a la realización personal fue la correspondiente a los síntomas somáticos. Se halló para los sujetos que no tenían síntomas somáticos una media de 40.7 (*DT* = 7.9) y para aquellos con síntomas somáticos de 37.5 (*DT* = 7.5) (ver Figura 109); las diferencias halladas fueron estadísticamente significativas, $t(1369) = 9.05 p < .0001$.

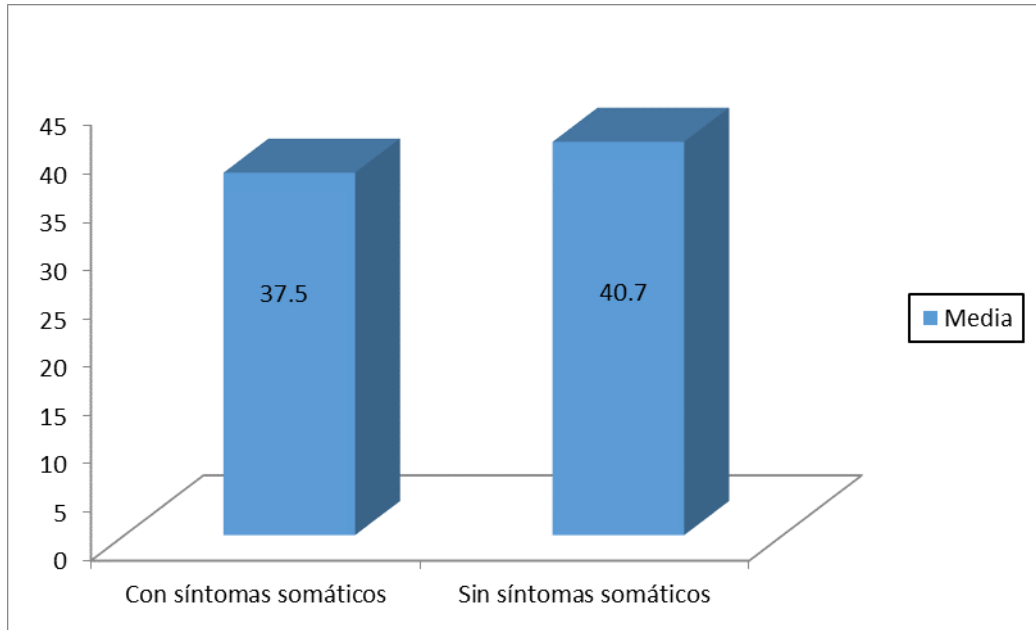


Figura 109. Puntuaciones medias en realización personal en función de los síntomas somáticos

Igualmente en lo referente a la relación entre síntomas somáticos y el nivel de realización personal, en aquellos con síntomas somáticos el 25.7% tenían un nivel bajo de realización personal y el 74.3% alto; en los participantes sin síntomas somáticos, el 15.0% tenían un nivel bajo realización personal y el 85.0 % alto (ver Tabla 93); las diferencias encontradas fueron estadísticamente significativas, $\chi^2 (1, N = 2259) = 36.94, p <.0001$.

Tabla 93. Síntomas somáticos y nivel de realización personal

		Realización personal				$\chi^2(1^a, N = 2259)$	<i>p</i>
		Bajo/medio		Alto			
		<i>n</i>	%	<i>n</i>	%		
Síntomas somáticos	Con síntomas somáticos (<i>n</i> = 684)	176	25.7	508	74.3	36.94	<.0001
	Sin síntomas somáticos (<i>n</i> = 1575)	236	15.0	1339	85.0		

Nota. ^a Grados de libertad

En lo que respecta a la relación entre la ansiedad y la realización personal, se halló para los sujetos sin síntomas de ansiedad una media de 40.9 ($DT = 7.9$) y para aquellos con ansiedad de 37.9 ($DT = 7.5$) (ver Figura 110); las diferencias detectadas fueron estadísticamente significativas, $t(1991) = 8.8, p < .0001$.

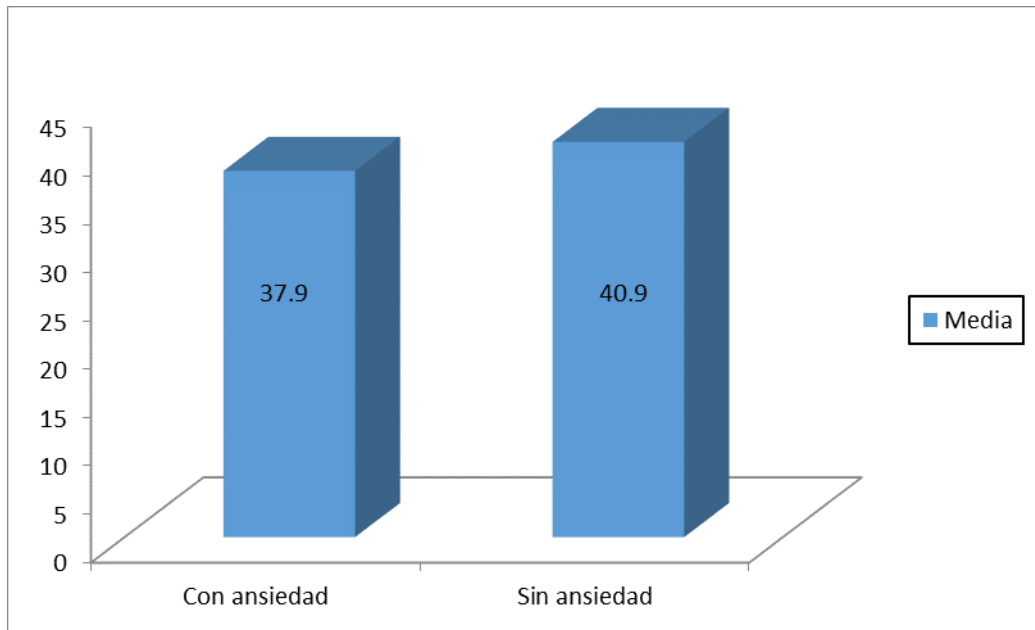


Figura 110. Puntuaciones medias en realización personal en función de la ansiedad

De igual forma en lo referente a la relación entre ansiedad y nivel de realización personal, en los profesionales de salud con ansiedad el 25.3% presentaban un nivel bajo de realización personal y el 74.7% alto; en los participantes que no presentan ansiedad, el 13.6% tenían un nivel bajo de realización personal y el 86.4% alto (ver Tabla 94); las diferencias halladas fueron estadísticamente significativas, $\chi^2(1, N = 2259) = 48.89, p < .0001$.

Tabla 94. Ansiedad y nivel de realización personal

		Realización personal				$\chi^2(1^a, N = 2259)$	<i>p</i>
		Bajo/medio		Alto			
		<i>n</i>	%	<i>n</i>	%		
Ansiedad	Con ansiedad (<i>n</i> = 895)	226	25.3	669	74.7	48.89	< .0001
	Sin ansiedad (<i>n</i> = 1364)	186	13.6	1178	86.4		

Nota. ^a Grados de libertad

En cuanto a las variables disfunción social y realización personal, se encontró que para los sujetos sin disfunción social una media de 39.8 (*DT* = 7.9) y para aquellos con disfunción social de 31.5 (*DT* = 7.4) (ver Figura 111); las diferencias halladas entre ambas variables fueron estadísticamente significativas, $t(2257) = 4.95, p < .0001$.

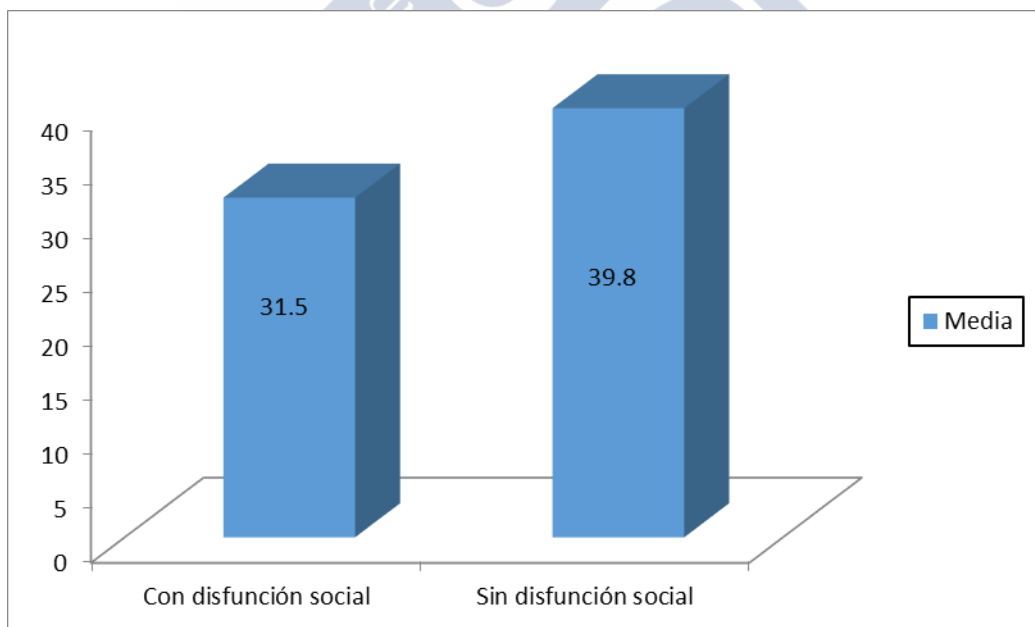


Figura 111. Puntuaciones medias en realización personal en función de la disfunción social

De igual manera respecto a la disfunción social y el nivel de realización personal, en los sujetos con disfunción social el 59.1% tenían un nivel bajo de realización personal y el 40.9% alto; en los participantes sin disfunción social, el 17.8% tenían un nivel bajo realización personal y el 82.2% alto (ver Tabla 95); se hallaron diferencias estadísticamente significativas, $\chi^2(1, N = 2259) = 24.87, p < .0001$.

Tabla 95. Disfunción social y nivel de realización personal

		Realización personal				$\chi^2(1^a, N = 2259)$	<i>p</i>
		Bajo/medio		Alto			
		<i>n</i>	%	<i>n</i>	%		
Disfunción Social	Con disfunción social (<i>n</i> = 22)	13	59.1	9	40.9	24.87	<.0001
	Sin disfunción social (<i>n</i> = 2237)	399	17.8	1838	82.2		

Nota. ^a Grados de libertad

En relación a las variables depresión y realización personal, se encontró que para los sujetos sin depresión una media de 40.2 (*DT* = 7.7) y para aquellos con depresión de 32.4 (*DT* = 8.8) (ver Figura 112); las diferencias entre ambas variables fueron estadísticamente significativas, $t(2257) = 11.09, p < .0001$.

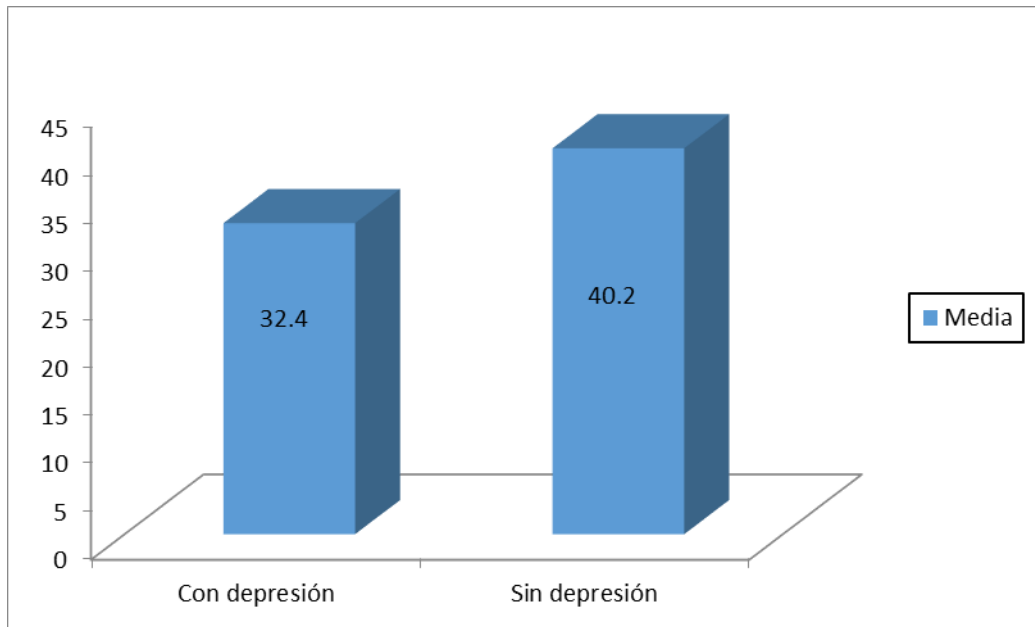


Figura 112. Puntuaciones medias en realización personal en función de la depresión

De igual modo en lo referente a la depresión y el nivel de realización personal, en los sujetos con depresión el 51.9% tenían un nivel bajo realización personal y el 48.1% alto; en los participantes sin depresión, el 16.2% tenían un nivel bajo y el 83.8% alto (ver Tabla 96); las diferencias halladas fueron estadísticamente significativas, $\chi^2 (1, N = 2259) = 104.19, p < .0001$.

Tabla 96. Depresión y nivel de realización personal

		Realización personal				$\chi^2(1^a, N = 2259)$	<i>p</i>
		Bajo/medio		Alto			
		<i>n</i>	%	<i>n</i>	%		
Depresión	Con depresión (<i>n</i> = 129)	67	51.9	62	48.1	104.19	<.0001
	Sin depresión (<i>n</i> = 2130)	345	16.2	1785	83.8		

Nota. ^a Grados de libertad

En relación a las variables neuroticismo y realización personal, hubo una correlación significativa negativa entre ambas variables, $r(2259) = -.236, p < .0001$ (ver Tabla 97). Igualmente, entre la subescala de neuroticismo y el nivel de realización personal se encontró una puntuación media en neuroticismo en los participantes con una bajo/medio realización personal bajo/media de 2.5 ($DT = 1.9$) y en aquellos con una realización personal alta de 1.6 ($DT = 1.6$) (ver Figura 113); las diferencias detectadas fueron estadísticamente significativas, $t(2257) = -9.77, p < .0001$.

Tabla 97. Personalidad y realización personal.

	Realización personal		
	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>n</i>
Neuroticismo	-.236	<.0001	2259
Extraversión	.160	<.0001	2259
Psicoticismo	-.107	<.0001	2259

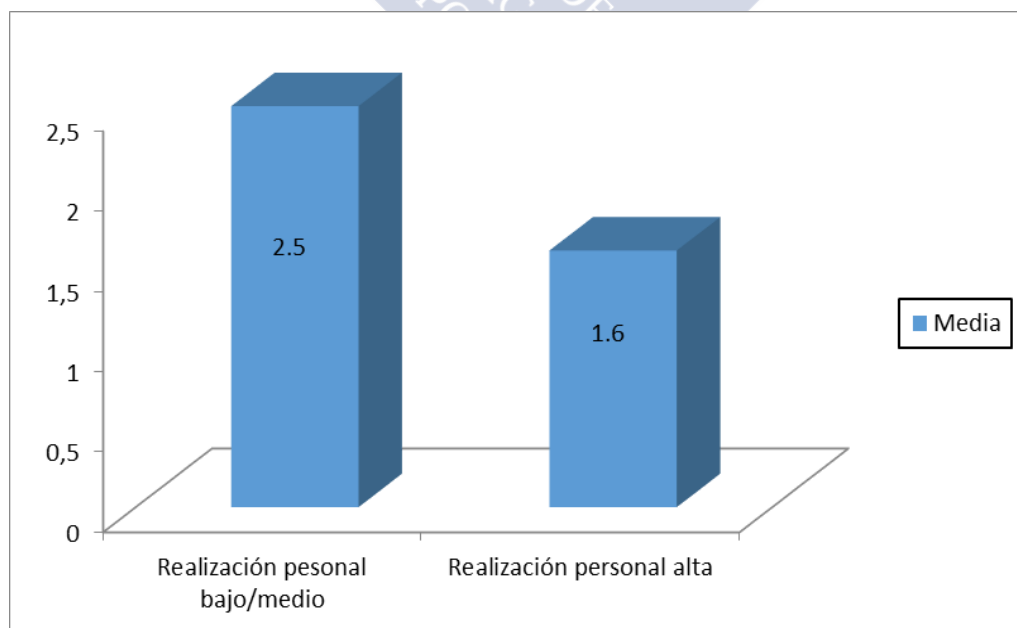


Figura 113. Neuroticismo y nivel de realización personal

Respecto a la relación entre extraversión y realización personal, como se muestra en la Tabla 97, se encontró una correlación significativa entre dichas variables, $r(2259) = .160, p < .0001$. De igual forma la relación entre la dimensión extraversión y el nivel de realización personal fue significativa, $t(2257) = 5.2, p < .0001$. La puntuación media en extraversión en los sujetos con realización personal bajo/medio fue de 3.9 ($DT = 1.8$) y de 4.4 ($DT = 1.7$) en aquellos con realización personal alta (ver Figura 114).

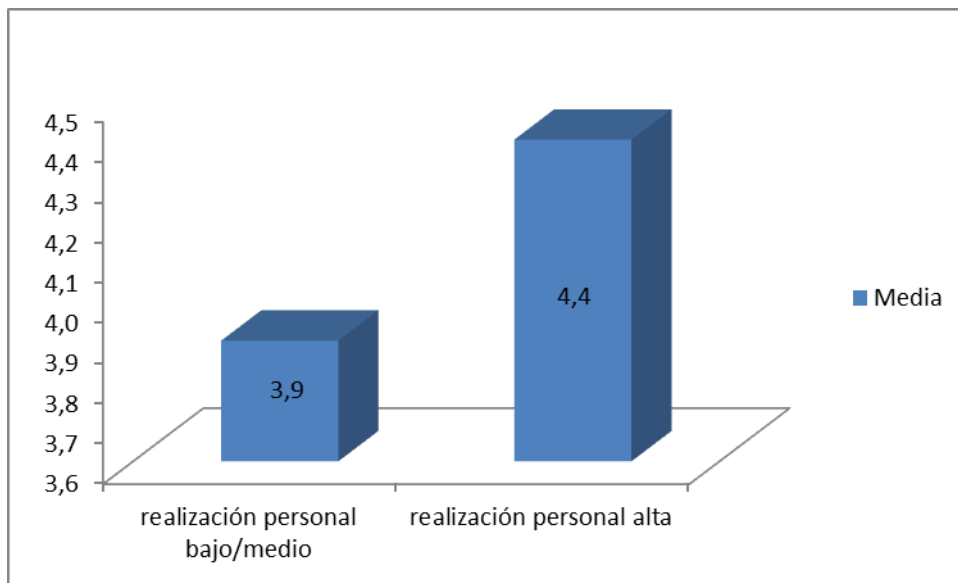


Figura 114. Extraversión y nivel de realización personal

Por lo que respecta a las variables psicoticismo y realización personal, se obtuvo una correlación significativa negativa entre dichas variables, $r(2259) = -.107, p < .0001$ (ver Tabla 97). En el análisis de la relación entre psicoticismo y nivel de realización personal se encontró que los participantes con realización personal bajo/medio tuvieron una puntuación media en psicoticismo de 1.8 ($DT = 1.1$) y en aquellos con una realización personal alta fue de 1.6 ($DT = 1.0$) (ver Figura 115); las diferencias halladas fueron estadísticamente significativas, $t(2257) = -3.42, p < .0001$.

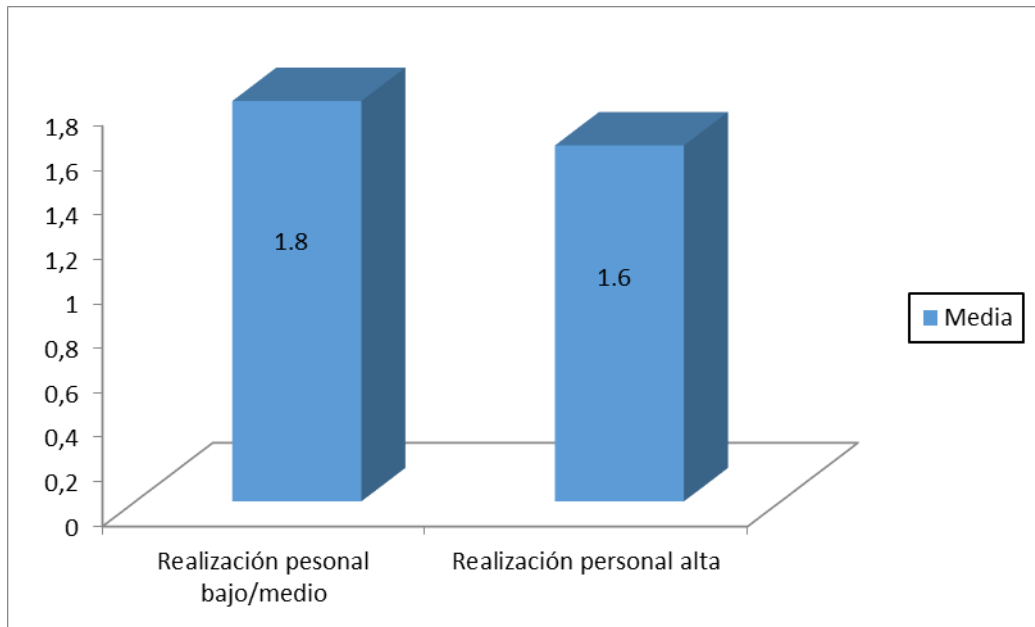


Figura 115. Psicoticismo y nivel de realización personal

En cuanto a la relación entre las variables apoyo social y realización personal, se halló una correlación significativa entre ambas variables, $r(2181) = .129, p < .0001$ (ver Tabla 98). Respecto al apoyo social y el nivel de realización personal, se encontró una media en apoyo social en los participantes con realización personal bajo/medio de 68.9 ($DT = 19.5$) y en aquellos con realización personal alta de 74.4 ($DT = 18.7$) (ver Figura 116); las diferencias detectadas fueron estadísticamente significativas, $t(2179) = 5.13, p < .0001$.

Tabla 98. Apoyo social y realización personal

	Realización personal		
	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>n</i>
Apoyo social	.129	< .0001	2181

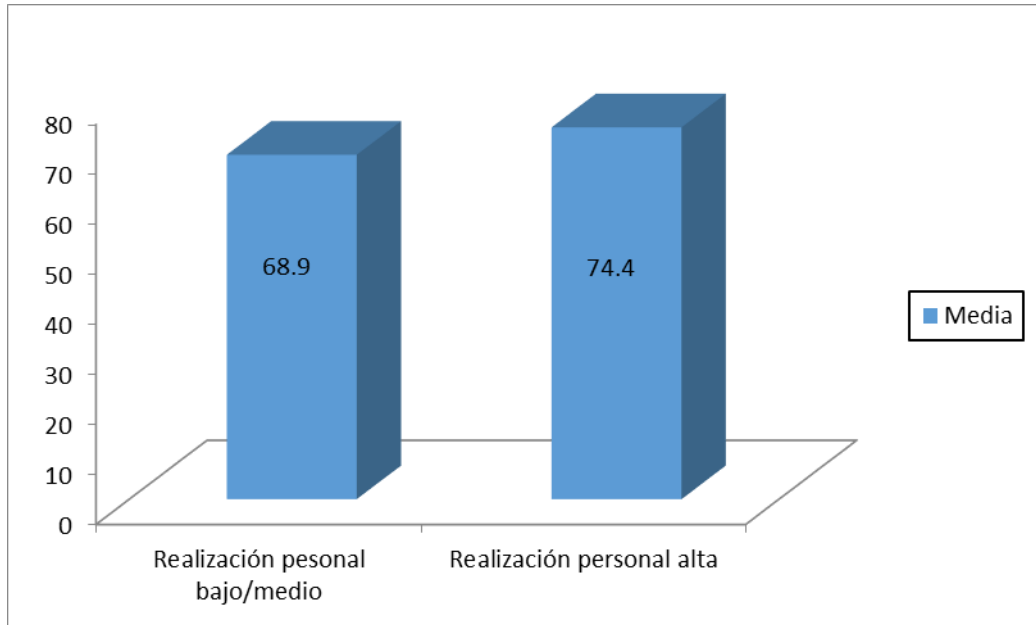


Figura 116. Apoyo social y nivel realización personal

En cuanto a las variables afrontamiento activo y realización personal, se halló una correlación significativa entre estas variables, $r(2161) = -.058, p < .0001$ (ver Tabla 99). Respecto a la relación con el nivel de realización personal, la puntuación media en afrontamiento en los participantes con una realización personal alta fue de 26.1 ($DT = 9.0$); en aquellos con una realización personal bajo/medio, la media en afrontamiento activo fue de 27.4 ($DT = 9.2$) (ver Figura 117) las diferencias halladas fueron estadísticamente significativas, $t(2159) = -2.64, p = .008$.

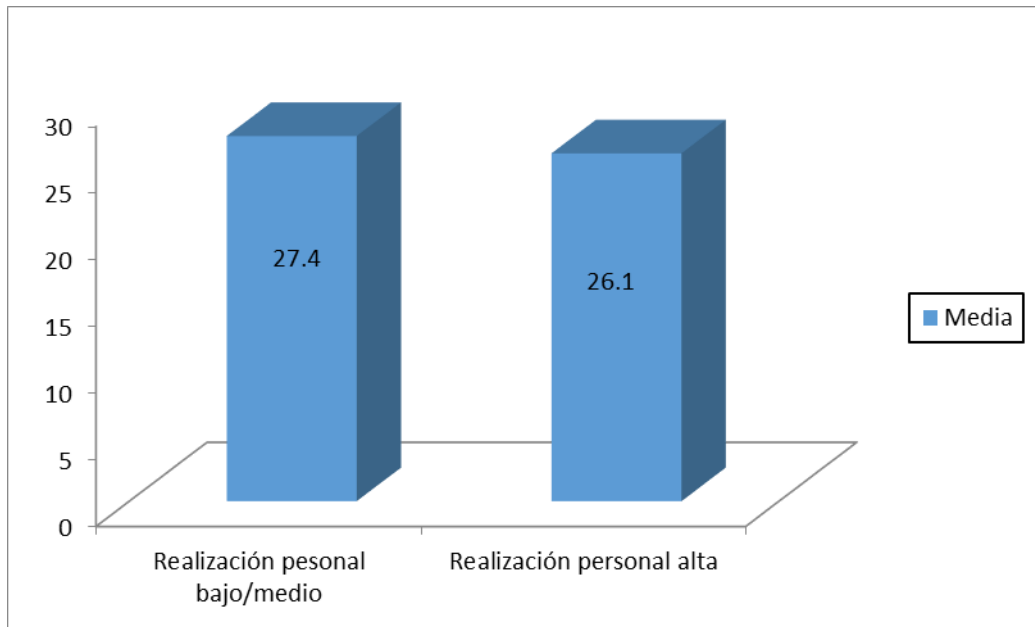


Figura 117. Afrontamiento activo y nivel de realización personal

Referente a la relación entre las variables afrontamiento pasivo y la realización personal, se halló una correlación significativa entre ambas variables, $r(2178) = -.158, p < .0001$ (ver Tabla 99). En relación al nivel de realización personal, se encontró una media en afrontamiento pasivo de 22.9 ($DT = 7.4$) en los sujetos con realización personal bajo/medio y en aquellos con una realización personal alta de 20.7 ($DT = 6.1$) (ver Figura 118); las diferencias encontrados fueron significativas, $t(2176) = -6.35, p < .0001$.

Tabla 99. Afrontamiento y realización personal

	Realización personal		
	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>n</i>
Afrontamiento activo	.058	.008	2161
Afrontamiento pasivo	.158	< .0001	2178

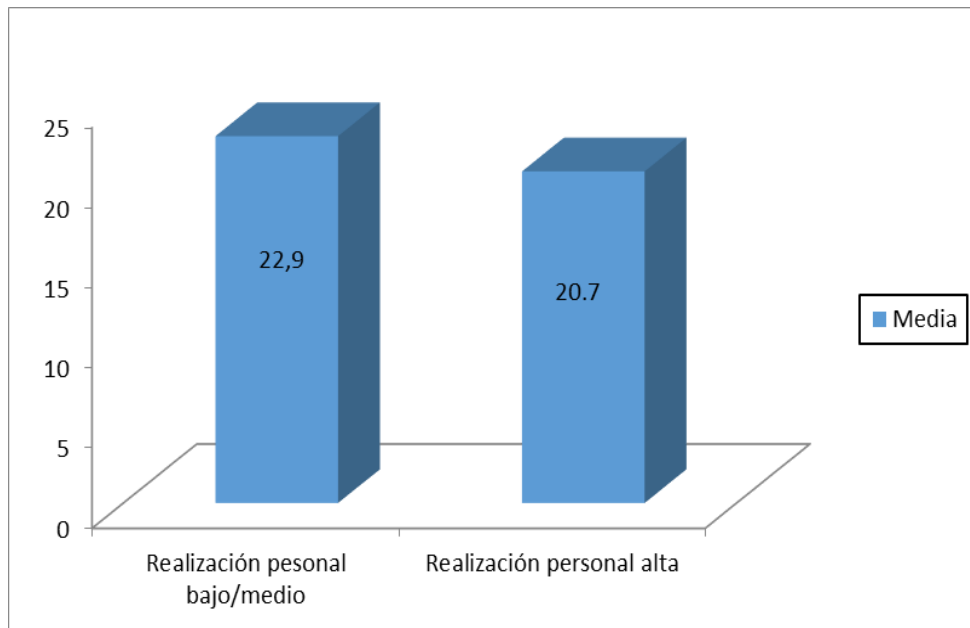


Figura 118. Afrontamiento pasivo y nivel de realización personal

1.28. Relación entre las variables del estudio y realización personal: análisis multivariante

Para concluir con el análisis de la realización personal presentamos los resultados del análisis de regresión logística, los cuales se muestran en la Tabla 100. Se analizaron el conjunto de variables que tras los análisis bivariantes preliminares presentaban resultados estadísticamente significativos. En concreto, se introdujeron las siguientes variables: sexo, edad, hijos, etnia, ingresos, profesión, experiencia profesional, turnos, número de pacientes atendidos al día, malestar emocional (síntomas somáticos, ansiedad, disfunción social, depresión), personalidad (neuroticismo, extraversión, psicoticismo), apoyo social, afrontamiento (activo y pasivo). Como variable dependiente se incluyó la realización personal (alta, baja/media).

Las variables etnia, profesión, turnos, depresión, neuroticismo, apoyo social y afrontamiento pasivo se asociaron de manera independiente con la baja/media realización personal.

Así, en relación a la variable etnia, se halló una tendencia en el sentido de un mayor riesgo de no sentirse realizado personalmente en las otras etnias, OR = 1.72, (IC 95% [1.15, 2.56]).

En cuanto a profesión, se encontró que aquellos de profesión enfermeros/as un mayor riesgo de desarrollar un sentimiento de no sentirse realizados personalmente, con una OR ajustada por el resto de variables de 1.41 (IC 95% [1.02, 1.94]).

En lo que respecta a trabajar por turnos, se encontró que aquellos que realizaban turnos tenían un mayor riesgo de baja/media realización personal, con una OR ajustada por el resto de variables de 1.38 (IC 95% [1.06, 1.79]).

En lo referente al malestar emocional, se encontró una asociación significativa con el nivel de realización personal; en concreto, los participantes con depresión presentaban un mayor riesgo de baja realización personal, siendo 2.01 veces más frecuente en ellos que en los que no tenían depresión (IC 95% [1.24 3.25]).

En cuanto a las variables de personalidad, como se muestra en la Tabla 100, el neuroticismo es un factor de riesgo para no sentirse realizado personalmente, con una OR ajustada por el resto de variables de 1.13 (IC 95% [1.04, 1.23]).

En relación apoyo social se halló una asociación significativa con la realización personal, sugiriendo que a mayor apoyo social decremanta el riesgo de tener sentimientos de baja realización personal, OR = 0.99, IC 95% [0.98, 0.99].

En cuanto al afrontamiento pasivo con un (IC 95% [1.05, 1.79], también se encontró una asociación estadísticamente significativa con la variable realización personal, de forma que la probabilidad de tener una baja realización personal se multiplica por 1.37 por cada punto que se incrementa en afrontamiento activo.

No se hallaron asociaciones significativas entre la realización personal y las variables sexo, edad, número de hijos, ingresos, experiencia profesional, número de pacientes al día, síntomas somáticos, ansiedad, disfunción social, extraversión y psicoticismo y afrontamiento activo.

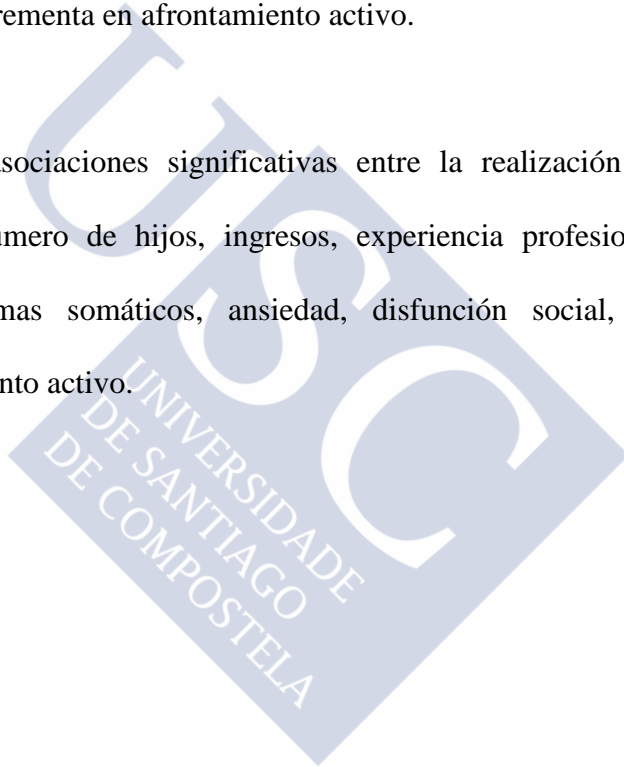


Tabla 100. Resultados del análisis multivariante en relación a la baja/media realización personal

	β	<i>P</i>	OR ajustada	IC (95%)	
				Límite inferior	Límite superior
Sexo					
Hombre	Rf				
Mujer	0.12	.485	1.13	0.81	1.57
Edad					
< 40 años	Rf				
≥ 40 años	-0.14	.465	0.87	0.60	1.27
Hijos					
No tiene hijos	Rf				
Tiene hijos	-0.24	.101	0.79	0.60	1.05
Etnia					
Mestizo	Rf				
Otros	0.54	.008	1.72	1.15	2.56
Ingresos					
< 1000\$	Rf				
≥ 1000\$	-0.23	.104	0.79	0.60	1.05
Profesión					
Médicos/as	Rf				
Enfermeros/as	0.34	.036	1.41	1.02	1.94
Experiencia profesional					
≤ 10 años	Rf				
> 10 años	-0.12	.522	0.89	0.61	1.28
Turnos					
Sin turnos	Rf				
Con turnos	0.32	.018	1.38	1.06	1.79

Tabla 100. Resultados del análisis multivariante en relación a la baja/media realización personal (continuación)

	β	<i>P</i>	OR ajustada	IC (95%)	
				Límite inferior	Límite superior
Nº de pacientes/día 0-17 pacientes 18 pacientes en adelante	Rf -0.16	.227	0.86	0.66	1.10
Síntomas somáticos Sin síntomas somáticos Con síntomas somáticos	Rf 0.80	.621	1.08	0.79	1.49
Ansiedad Sin ansiedad Con ansiedad	Rf 0.26	.114	1.29	0.94	1.78
Disfunción social Sin disfunción social Con disfunción social	Rf 0.89	.075	2.45	0.91	6.60
Depresión Sin depresión Con depresión	Rf 0.69	.004	2.01	1.24	3.25
Neuroticismo	0.12	.006	1.13	1.04	1.23
Extraversión	-0.72	.059	0.93	0.86	1.00
Psicoticismo	0.52	.390	1.05	0.94	1.19
Apoyo social	-0.01	.016	0.99	0.98	0.99
Afrontamiento activo	-0.24	.058	0.98	0.95	1.00
Afrontamiento pasivo	0.32	.022	1.37	1.05	1.79

Nota. β = coeficiente de regresión; OR = Odds Ratio; IC = Intervalo de confianza; Rf = categoría de referencia.

V. DISCUSIÓN



El objetivo central de este trabajo fue realizar un estudio epidemiológico sobre el *burnout* en profesionales de la enfermería y de la medicina que trabajaban en las instituciones de salud de las 24 provincias de Ecuador. El primer objetivo específico de la investigación fue determinar las características sociodemográficas (sexo, edad, hijos, etnia, estado civil), laborales (ingresos, profesión, experiencia profesional, dedicación, sector en el que trabaja, tipo de contrato, jornada laboral diaria, turnos, atención directa, número de pacientes, recursos) y clínicas (malestar emocional, características de personalidad, apoyo social y afrontamiento) de la muestra (2404 sanitarios). En relación con el perfil sociodemográfico, el 68.4% de las participantes en la investigación fueron mujeres, dato que concuerda con los hallados en otros estudios en el que se ha estudiado el síndrome de *burnout* en profesionales sanitarios (Font, Corti y Berger, 2015; Vásquez, Maruy y Verne, 2014); con una edad media de 40 años, siendo el grupo de edad mayoritario el comprendido entre los 30 y 34 años (19.1%), dato que refleja un predominio de población joven entre los profesionales de la salud. El 28.2% del personal sanitario que participó en esta investigación tenían dos hijos, media ligeramente superior al 1.6 de la población ecuatoriana (INEC, 2010). Asimismo, en relación a la etnia, el 91.6% de los profesionales de la salud dicen ser mestizos, raza que también es la predominante en la población ecuatoriana. Al igual que en otros estudios en profesionales sanitarios (Font, Corti y Berger, 2015; Grau et al., 2005), el porcentaje predominante en relación al estado civil fue el de casados (55.7%).

En relación con las variables laborales, la mayoría de los profesionales sanitarios (50.6%) tuvieron ingresos mensuales entre 1001\$ a 2000\$, dato congruente con el informado en la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos en Hogares Urbanos y Rurales [ENIGHUR] (2011–2012) para el área urbana (1046.3\$). Con respecto al tipo de profesión,

el 50.3% fueron personal de enfermería, y el 49.7% restante fueron médicos, datos similares a los hallados en otros estudios (Falgueras et al., 2015; Grau et al., 2005). En cuanto a la experiencia laboral, el 51.3% tenía una experiencia de 10 años o más en el ejercicio de su profesión, dato que es congruente a los citados en otras investigaciones (Hernández, 2003; Grau, et al. 2009). El 74.8% de los profesionales de la salud tuvieron dedicación total. El 53.2% indicó pertenecer al sector público, dato concordante con el recogido en el *Anuario de Estadísticas de Salud: Recursos y Actividades* (INEC, 2013), en el que el 73.1% del personal trabaja en dispositivos de salud que pertenecen al sector público, pero difiere de los estudios a nivel nacional, ya que el 33% fueron empleados privados según el INEC (2010); esto es, de cada diez plazas de trabajo, ocho son generadas por el sector privado y dos en el sector público.

En cuanto al tipo de contrato, predominaron los contratos indefinidos o por nombramiento (49.5%), el 77.0% en una sola institución y la jornada laboral fue en una mayoría de los casos (72.5%) de 8 horas diarias, que es lo determinado por el Ministerio de Relaciones Laborales (Resolución MRL-2011-000033), que señala que indistintamente de sus nombramientos tendrán una jornada de trabajo de 8 horas diarias. Asimismo, el 57.4% trabajaban por turnos, denominados actualmente “jornadas especiales”; en el año 2012, el Ministerio de Salud Pública, a través del Acuerdo Ministerial (00001849), señaló que estas jornadas especiales se dan en función de las necesidades institucionales y de la población a la que sirven, priorizando áreas de atención crítica y/o de alta demanda (ej., consulta externas, urgencias, cirugías programadas). Además, el 62.4% prestaban atención directa a los usuarios entre el 76-100% del tiempo; y el 50.8% atendían al menos a 17 pacientes al día. Por último, un 55.1% del personal médico y de enfermería señalaron que las instituciones les proporcionaban *bastantes recursos*. De acuerdo al informe del Ministerio

de Salud *Datos esenciales de salud: una mirada a la década 2000- 2010*, el presupuesto general del estado asignado a la salud se incrementó en el 2011 en 2.27% respecto al PIB.

En lo relacionado con las variables clínicas, se obtuvieron las siguientes puntuaciones: en las subescalas de síntomas somáticos, 1.3; ansiedad, 1.4; disfunción social, 1.0; y depresión, 1.1; en relación con la personalidad, en neuroticismo, 1.8; extraversión, 4.3; y psicoticismo, 1.6; para el apoyo social la puntuación media fue de 73.3; con respecto al afrontamiento, para afrontamiento activo, 9.2; y para afrontamiento pasivo, 10.9. En general, las puntuaciones obtenidas en estas variables fueron similares a las halladas en estudios previos (Fernández, 2011; McManus et al., 2004).

El segundo objetivo de esta investigación fue determinar la prevalencia del síndrome de *burnout* y de sus tres dimensiones (cansancio emocional, despersonalización y falta de realización personal) entre el personal médico y de enfermería participante. Más concretamente, y en relación al primer aspecto, la prevalencia del síndrome de *burnout* en los profesionales de nuestro estudio fue de 36.4%, superior a la encontrada en trabajos previos que informaron de prevalencias comprendidas entre el 4% y el 19.6% (Agudelo et al., 2013; Dickinson et al., 2010; Grau et al., 2009; Meana, 2007; Pereda, Márquez, Hoyos y Yáñez, 2009; Raftopoulos, 2012).

En relación con las dimensiones del *burnout*, el 17.6% de los participantes informaron de niveles altos de cansancio emocional. Esta cifra fue similar a la encontrada en dos trabajos previos (López et al., 2005; Parada et al., 2005). Sin embargo, la mayoría de los estudios analizados informaron de prevalencias más elevadas para la dimensión de cansancio emocional, que oscilaron entre el 20.6% y el 33.0% (Agudelo et al., 2013;

Álvarez y Pietro 2013; Poghosyan et al., 2010; Herrera, Viveros y Brizio, 2013; Magalhães et al., 2015; Martins, Laport, de Paula, Medeiros y Ronzani 2014; Teixeira, Ribeiro, Fonseca y Carvalho, 2013). Sólo un trabajo (Klersy et al., 2007) informó de valores inferiores en esta dimensión, con una prevalencia del 7.2%.

En relación con la dimensión de despersonalización, el 13.6% de los profesionales sanitarios participantes en este trabajo presentaron un nivel elevado. Esta cifra es similar a la encontrada en un estudio previo (Herrera et al., 2013), e inferior a la hallada en la mayoría de las investigaciones analizadas, en las que la prevalencia de despersonalización osciló entre el 17.3% y el 27% (Agudelo et al., 2013; Álvarez y Prieto 2013; Klersy et al., 2007; Lesage, Berjot, Altintas y Paty, 2013; López et al., 2005; Martins et al., 2014; Parada et al., 2005; Teixeira et al., 2013)

El 18.2% de los participantes tuvieron una puntuación baja en la dimensión de realización personal de síndrome de *burnout*. Esta puntuación es similar a la encontrada en el trabajo de Kersy et al. (2007). Sin embargo, la mayoría de los trabajos encontraron porcentajes más elevados de profesionales con baja realización personal, que oscilaron entre el 21.5% y el 67.7% (Herrera et al., 2013; López et al., 2005; Parada et al., 2005; Martins et al., 2014; Teixeira et al., 2013). Sólo dos investigaciones obtuvieron porcentajes inferiores de profesionales de la salud con baja realización personal (Agudelo et al., 2013; Álvarez y Prieto 2013).

Estos resultados ponen de manifiesto una prevalencia de síndrome de *burnout* elevada en esta población, si bien los porcentajes de profesionales afectados por las tres dimensiones de *burnout* analizadas separadamente son inferiores a los encontrados en

investigaciones previas. Las divergencias entre los resultados de los distintos estudios pueden ser atribuibles parcialmente a la utilización y aplicación de los instrumentos, distintos baremos o puntuaciones, e inadecuada interpretación de resultados en función del contexto donde se desarrollan los estudios, entre otros (García et al., 2007; Ríos, 2009).

El tercer objetivo de este trabajo fue determinar las variables sociodemográficas, laborales y clínicas asociadas a la presencia de *burnout*, cansancio emocional, despersonalización y falta de realización personal. Así, en relación con la presencia de *burnout*, en el análisis multivariante se encontró una asociación significativa del mismo con las variables: ingresos, profesión, jornada laboral diaria, número de pacientes atendidos al día, turnos, síntomas somáticos, ansiedad, neuroticismo y psicoticismo.

En lo referente a la variable ingresos, se encontraron diferencias significativas en el nivel de *burnout*, con un mayor riesgo de *burnout* en aquellos con un salario mensual igual o superior a 1000\$ (OR = 1.37). Existen investigaciones previas que también hallaron un mayor riesgo de desarrollar *burnout* entre aquellos profesionales de la salud con salarios más elevados (Atance, 1997; De Pablo y Suberviola, 1998; Guevara, Henao y Herrera, 2004; Thommasen, Lavanchy, Connelly, Berkowitz y Grzybowski, 2001). Sin embargo, en otros estudios se encontró una asociación del *burnout* con los bajos ingresos mensuales (Arias y Menendez, 2007; Fernández et al., 2007; Schaufeli y Buunk, 2003; Tironi et al., 2009).

En lo concerniente a la variable profesión, se encontró que la proporción de casos con *burnout* en el personal de enfermería es menor que en los profesionales médicos (OR = 0.73). Este hallazgo va en concordancia con investigaciones previas (Falgueras et al.,

2015); Grau et al., 2009); Hernández, 2003) que encontraron que se evidenciaba mayor burnout en los profesionales de la medicina.

En lo tocante a la jornada laboral, la proporción de casos fue mayor en aquellos que trabajaban más de ocho horas diarias (OR = 1.36). Estos datos coinciden con los de trabajos previos en los que se encontró que los profesionales de la salud que trabajaban más horas eran más propensos a desarrollar *burnout* (Atance, 1997; Betancur et al., 2012; Gil-Monte y Peiró, 1997; Pérez et al., 2007).

En lo que respecta al número de pacientes atendidos al día, las diferencias fueron significativas hallándose un mayor riesgo de tener niveles elevados de *burnout* para aquellos que trabajaban con un número mayor a 18 pacientes al día (OR = 1.50). Estos datos fueron congruentes con diversas investigaciones previas (Aiken et al., 2002; Martin et al, 2001); Gil-Monte et al., 2008), que hallaron que la sobrecarga de pacientes incrementaba el *burnout*.

En cuanto a la variable turnos, la proporción de casos fue mayor aquellos que realizaban turnos (OR = 1.26). Al respecto, diversos trabajos previos (Stimpfel, Sloane y Aiken, 2012; Walsh et al., 1998) señalaron que el trabajo por turnos, específicamente los turnos irregulares, correlacionaba significativamente con el *burnout*. Otras investigaciones (Feo, 2007; Kuhn, 2001) establecieron que los horarios nocturnos podían provocar el síndrome de *burnout*.

Con referencia al malestar psicológico, más concretamente a la presencia de síntomas somáticos, se encontró una asociación significativa entre síntomas somáticos y

nivel de *burnout*; presentando una odds de tener *burnout* de 2.23 aquellos con síntomas somáticos. Varios estudios previos (Adriaenssens, De Gucht y Maes, 2012; Jansson-Frojmark y Lindblom, 2010; Leiter, 2005; Maslach y Jackson 1982; Piko 1999; Sharma, Sharp, Walker, y Monson, 2008; Schaufeli y Enzmann, 1998) también encontraron una asociación entre el síndrome de *burnout* y los síntomas somáticos.

En cuanto a la ansiedad, se encontró una mayor proporción de casos de *burnout* entre aquellos profesionales de enfermería y de la medicina con síntomas de ansiedad (OR = 1.44). La investigación previa realizada en el área ha encontrado asociaciones del *burnout* con la ansiedad y la depresión (Jansson-Frojmark y Lindblom, 2010; Bakker, et al., 2000; Adriaenssens, De Gucht y Maes, 2012; Maslach et al., 2001); asimismo, en un trabajo previo (Bargellini et al., 2000) se encontró que el rasgo de ansiedad es un predictor para el desarrollo de *burnout*.

En lo referente a la personalidad, el neuroticismo fue un factor de riesgo para el *burnout* (OR = 1.18). Este resultado concuerda con el obtenido en la investigación de Swider y Zimmerman (2010), que indicaron que aquellos sujetos con puntuaciones más altas en neuroticismo eran más propensos a experimentar *burnout*.

Igualmente, el psicoticismo también se asoció con una mayor una mayor probabilidad de tener *burnout* (OR = 1.16). Esto va en la línea de trabajos previos (Gil-Monte y Peiró, 1997; McCranie y Brandsma. 1988), en los que se hallaron correlaciones significativas positivas entre psicoticismo y *burnout*.

En relación con la dimensión de cansancio emocional, en el análisis multivariante se halló una asociación entre esta variable y la profesión, trabajar por turnos, tener síntomas somáticos, tener ansiedad, neuroticismo, extraversión, psicoticismo y afrontamiento pasivo. En lo referente a la variable profesión, se encontró una menor proporción de casos con cansancio emocional entre el personal de enfermería en comparación con los médicos/as (OR = 0.58). Estos resultados fueron congruentes con los hallados en diversas investigaciones (Bernaldo y Labrador, 2007; De las Cuevas et al., 1995; López, 2013), que encontraron que los médicos/as presentaban mayores niveles de cansancio emocional en relación con las enfermeras/as. Sin embargo, otros trabajos encontraron que el personal de enfermería presentaba mayor cansancio emocional, debido a la implicación emocional que conllevaba el cuidado de las personas (Embriaco et al., 2007; Kikfedder et al, 2001; Najjar, Davis, Beck-Coon y Doebbeling, 2009).

En cuanto a trabajar por turnos, se encontró un aumento del riesgo de desarrollar cansancio emocional en las personas que realizaban turnos (OR = 1.52). Estos hallazgos fueron en la línea de estudios previos que encontraron que fueron las personas del turno matutino (Ximena, 2014) o nocturno (Blasco, Irlés, y Huet, 1996; Gracia, Peiró y Ramos, 1996; Gil-Monte y Peiró, 1997) quienes presentaron mayor cansancio emocional. Otra investigación (Drach-Zahavy y Marzuq 2013) halló que existía un mayor cansancio emocional cuando los descansos entre turnos eran excesivamente cortos.

En lo referente al malestar psicológico, se encontró que aquellos con síntomas somáticos tenían una odds de tener cansancio emocional 2.7 veces mayor que los que no tenían síntomas somáticos. Este resultado es congruente con el de trabajos previos (Martínez, Puigdesens, y Roig, 2004).; Molina, García, Alonso, Cecilia, 2003) que

encontraron que la sintomatología somática de origen psicológico correlacionaba significativamente con el cansancio emocional. En cuanto a la ansiedad, aquellos que experimentaban síntomas de ansiedad tenían una odds de cansancio emocional 1.6 veces mayor que los asintomáticos. Igualmente, la literatura científica previa del área ha puesto de manifiesto la existencia de asociaciones positivas entre ansiedad y cansancio emocional (Cebriá et al., 2001; Olmedo, Santed, Jiménez y Gómez, 2001).

En relación con los factores de personalidad, el neuroticismo fue un factor de riesgo para experimentar cansancio emocional (OR = 1.21). Este hallazgo coincide con lo encontrado en trabajos previos (Fernández, 2009; Hochwälder, 2009; McManus, Keeling y Paice, 2004; McManus et al., 2011; Piedmont, 1993; Zellars y Perrewé, 2001; Zellars, Perrewé y Hochwarter, 2000). El psicoticismo también fue un factor de riesgo para presentar cansancio emocional (OR = 1.18). Este resultado fue congruente con un estudio previo (Fernández, 2009) en el que se encontró una asociación del psicoticismo con el cansancio emocional. Por el contrario, se ha hallado una disminución del riesgo del cansancio emocional asociado a la extroversión (OR = 0.89). Dos trabajos previos (Gil-Monte, 2005; Schwab, 1995) encontraron una relación negativa entre la extraversión y el cansancio emocional; en concreto, a mayor puntuación en extraversión menor puntuación en cansancio emocional.

Finalmente, en relación al afrontamiento, se encontró un mayor riesgo de desarrollar cansancio emocional en los sanitarios que utilizaban estrategias de afrontamiento pasivo (OR = 1.52). En un estudio previo (Zamora, Castejón y Fernández, 2004) también se halló que las personas con mayor cansancio emocional utilizaban más el afrontamiento pasivo como el centrado en las emociones.

En relación con la dimensión de despersonalización, en el análisis multivariante se encontró una asociación de la misma con las variables sexo, número de pacientes atendidos al día, síntomas somáticos, psicoticismo y afrontamiento pasivo. Así, en lo referente a la variable sexo, se halló un menor riesgo de despersonalización en las mujeres (OR = 0.69). Los resultados obtenidos concuerdan con otras investigaciones que encontraron que los hombres presentaban mayor despersonalización (Gil-Monte y Peiró, 1996; Maslach y Jackson, 1985).

En relación con el número de pacientes atendidos al día, se encontró que trabajar con un número mayor a 17 pacientes al día era un factor de riesgo para desarrollar despersonalización (OR = 1.64). Se han hallado resultados en otros estudios que apoyan este hallazgo. En concreto, en los trabajos de Sos et al. (2002) y Tirado et al. (2004) se encontró que la sobrecarga laboral aumentaba los niveles de despersonalización de los profesionales de la medicina.

Por lo que respecta a los síntomas somáticos, se encontró una asociación significativa con el nivel de despersonalización; en concreto, los participantes con síntomas somáticos presentaron un mayor riesgo de despersonalización (OR = 1.77). Estudios previos (Honkonena et al., 2006; Martínez., Puigdesens, y Roig, 2004).; Molina, García, Alonso y Cecilia, 2003) encontraron que la sintomatología somática correlacionaba significativamente con la despersonalización; en concreto, a mayores puntuaciones en síntomas somáticos, mayor despersonalización.

En cuanto a las variables de personalidad, el psicoticismo se relacionó con un mayor riesgo de desarrollar despersonalización (OR = 1.26), coincidiendo con los resultados de una investigación anterior (Olmedo et al.2001).

Asimismo, se halló un mayor riesgo de desarrollar despersonalización cuando los mecanismos de afrontamiento eran pasivos (OR = 1.08). Estos resultados fueron similares a los encontrados en un estudio anterior (Ben-Zur y Yagil, 2007), en el que se halló que las estrategias de afrontamiento pasivas se relacionaron con mayores niveles de despersonalización.

En relación con la dimensión de realización personal, en el análisis multivariante se encontró que las variables etnia, profesión, turnos, depresión, neuroticismo, apoyo social y afrontamiento pasivo se asociaron de manera independiente con la realización personal. Con respecto a la variable etnia, se halló una mayor proporción de sujetos con falta de realización personal en otras etnias en comparación con los mestizos (OR = 1.72). No se conocen estudios previos que hayan encontrado una relación entre etnia y realización personal. No obstante, una posible explicación a la relación entre esas variables es que para otras etnias la consecución de la realización personal puede estar ligada a aspectos diferentes (ej., vocación, propósito de vida) a los de los mestizos.

En cuanto a la profesión, se encontró que los enfermeros/as tuvieron un mayor riesgo de desarrollar un sentimiento de no sentirse realizados personalmente, (OR = 1.41). Este resultado coincide con Cáceres (2009), quien menciona que los profesionales de enfermería tuvieron más riesgo en presentar baja realización personal en comparación con los médicos/as.

En lo que respecta al trabajo por turnos, se encontró que aquellos que realizaban turnos tenían un mayor riesgo de no sentirse realizados personalmente (OR = 1.38). Estos resultados coincidieron con los de otros estudios (Cañadas de la Fuente, 2012; Jenaro, Flores y González, 2007), que encontraron que los profesionales que desarrollaban su trabajo en un sistema de turnos rotatorios presentaban baja realización personal.

Con respecto al malestar emocional, se encontró que constituía un factor de riesgo para la ausencia de realización personal la depresión (OR = 2.01). Una investigación previa (Pereira y Loureiro, 2015) encontró que la depresión presentaba asociaciones negativas con la realización personal.

En cuanto a las variables de personalidad, el neuroticismo fue un factor de riesgo para la falta de realización personal (OR = 1.13), en la línea de un trabajo previo (Cañadas de la Fuente, 2012) que encontró una correlación significativa entre ambas variables.

El apoyo social se relacionó de manera significativa con la realización personal; un mayor apoyo social se relacionó con un menor riesgo de tener sentimientos de baja realización personal (OR = 0.99). El apoyo social surge a través del trabajo (Pérez y Martín, 2004), en el cual el sujeto puede encontrar un desarrollo en su dimensión social, que es un elemento fundamental para la realización personal; en este sentido, el mundo laboral ofrece la posibilidad de integrar a las personas en grupos, de ofrecerles un estatus e identificación social con otras personas y grupos, puede contribuir a la satisfacción de necesidades sociales y por ende a la propia realización personal.

En relación al afrontamiento se halló una mayor odds de no sentirse realizado profesionalmente para aquellos que tenían estrategias de afrontamiento pasivo (OR = 1.37). En un estudio previo (Thorton, 1992) se halló que la utilización de la estrategia escape evitación correlacionaba con la dimensión de falta de realización personal.

Este estudio tiene varios puntos fuertes. La presente investigación es pionera en Ecuador, en cuanto a que es el primer estudio a nivel nacional que se realiza en profesionales de la medicina y la enfermería para determinar la prevalencia del *burnout* y sus correlatos. La muestra incluyó un número elevado de sujetos y la tasa de respuesta fue alta. No obstante, este estudio tiene algunas limitaciones. En primer lugar, fue transversal y sólo pudieron evaluarse asociaciones, no relaciones de causalidad. Y, en segundo lugar, la muestra estuvo formada por profesionales de la salud de las ciudades de Ecuador, lo que podría limitar la generalización de los hallazgos del estudio a contextos no urbanos.

Este estudio tiene implicaciones importantes para la política, la práctica clínica y la prestación de servicios. Documentar correctamente la prevalencia de *burnout* en los profesionales de la medicina y la enfermería es fundamental para los responsables de las políticas de salud ocupacional y de la gestión hospitalaria, ya que proporciona la información necesaria para estimar la necesidad de servicios e intervenciones preventivas y/o de tratamiento adecuados para apoyar a esta población. Para disminuir el riesgo de *burnout*, los programas de intervención deben plantearse como objetivo reducir los factores de riesgo y dirigirlos hacia las personas y las organizaciones.

Finalmente, señalar que es necesario realizar estudios longitudinales y de seguimiento, ya que en general se evalúa a los participantes en el estudio una sola vez, en

una muestra única. Los estudios longitudinales nos proporcionarían información muy valiosa sobre el proceso de desarrollo y las sucesivas fases sintomatológicas del síndrome, al mismo tiempo que nos permitiría conocer las relaciones causales entre los diferentes factores personales y laborales con los que se encuentra vinculado.

En conclusión, se puede afirmar que el síndrome de *burnout* es altamente prevalente en los médicos/as y enfermeros/as ecuatorianos y como tal podría ser una amenaza en la calidad de los servicios prestados y su salud mental y el bienestar personal, lo que sugiere la necesidad de realizar un seguimiento psicológico y psiquiátrico de estos profesionales.



VI. CONCLUSIONES



Considerando los resultados hallados en este estudio, se establecen las siguientes conclusiones:

1. *Perfil de la muestra.*

- El perfil sociodemográfico del personal de salud que participó en este estudio fue el de una mujer, con una edad media de 40 años, con al menos dos hijos, mestiza, y casada.
- En relación con el perfil laboral de la muestra, fue el de un profesional con ingresos mensuales familiares superiores a \$1000, personal de enfermería, con una experiencia profesional de 10 o más años, y dedicación total, que ejercía su actividad en el sector público, con un contrato indefinido en una sola institución y una jornada laboral de 8 horas diarias, que trabajaba por turnos, que prestaba atención directa a los usuarios entre el 76-100% del tiempo, atendiendo a un mínimo de 17 pacientes al día, y que consideraba que disponía de “*bastantes*” recursos institucionales.
- En cuanto a las variables clínicas, los profesionales de la salud que participaron en este estudio presentaron puntuaciones medias en síntomas somáticos, ansiedad, disfunción social, depresión neuroticismo, psicoticismo, extraversión, apoyo social y afrontamiento activo y pasivo.

2. *Prevalencia del síndrome de burnout y de las dimensiones del burnout.*

- La prevalencia del síndrome de *burnout* fue de elevada, afectando a un 36.4% del personal médico y de enfermería.

- Sin embargo, con respecto a las dimensiones del *burnout* (cansancio emocional, despersonalización y falta de realización personal) evaluadas de manera independiente, se obtuvieron valores inferiores a los encontrados en investigaciones previas: el 17.6% de los participantes presentaron niveles elevados de cansancio emocional, el 13.6% experimentaron altos niveles de despersonalización, y el 18.2% informaron de bajos niveles de realización personal en el trabajo.

3. *Variables sociodemográficas, laborales y clínicas asociadas a la presencia de burnout, cansancio emocional, despersonalización y falta de realización personal.*

- En relación con las variables relacionadas con la presencia de *burnout* en los profesionales de salud, presentaron mayor riesgo de burnout aquellos profesionales con ingresos mensuales familiares de \$1000 o más, el personal médico; los que tenían jornadas laborales de más de ocho horas diarias; con número mayor a 17 pacientes atendidos al día, los profesionales sanitarios que trabajan con turnos, los que presentaban síntomas somáticos y de ansiedad; y los que presentaban neuroticismo y psicoticismo.
- Respecto a la dimensión de cansancio emocional, presentaron un mayor riesgo de cansancio emocional los profesionales de la medicina; el personal sanitario que trabajaba por turnos; los que estaban experimentando síntomas somáticos y de ansiedad; y aquellos con neuroticismo, psicoticismo y los que presentaron estrategias de afrontamiento pasivo. La extraversión actuó como factor de protección.

- Las variables relacionadas con un mayor riesgo de despersonalización fueron ser varón; tener un número mayor de 17 pacientes atendidos al día; presentar síntomas somáticos; presentar psicoticismo; y emplear estrategias de afrontamiento pasivo.
- En relación con la dimensión de realización personal, presentaron mayor riesgo de baja realización personal aquellos que no eran mestizos (perteneciendo a las etnias blanca, afroecuatoriana o indígena); profesionales de enfermería; aquellos que realizaban turnos; los que presentaban depresión; los que presentaban neuroticismo; y los que empleaban estrategias de afrontamiento pasivo. El apoyo social actuó como factor de protección.

4. *Implicaciones prácticas y directrices futuras.*

- Los resultados de investigación proporcionan evidencia sobre la prevalencia de *burnout* en profesionales de salud en Ecuador, constituyendo el primer estudio a nivel nacional que determina la prevalencia del síndrome de *burnout*, sus dimensiones, y las variables relacionadas con su presencia.
- Del presente estudio se derivan importantes implicaciones para la práctica clínica y las políticas sanitarias, como la importancia de desarrollar servicios preventivos para evitar futuros casos de *burnout* en una población con alto riesgo de desarrollarlo, y de tratamiento para aquellos que ya lo han desarrollado, reduciendo los costes derivados del síndrome de *burnout* a nivel personal y profesional, y sus

efectos sobre la calidad de la atención sanitaria.

- Se recomiendan futuras investigaciones que empleen diseños longitudinales y con seguimientos, que permitan estudiar el desarrollo del síndrome y establecer relaciones de causalidad entre las variables sociodemográficas, laborales y clínicas estudiadas y el *burnout* y sus tres dimensiones.



VI. REFERENCIAS



- Adriaenssens, J., De Gucht, V. y Maes, S. (2012). The impact of traumatic events on emergency room nurses: Findings from a questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*, 49, 1411-1422.
- Agudelo, C. A., Castaño, J. J., Arango, C. A., Durango, L. A., Muñoz, V., Ospina González, A. Ramirez Castaño J., Salazar Rodríguez, N., Serna Zuluaga, J. D., y Tabora Merchán, J. (2013). Prevalencia y factores psicosociales asociados al Síndrome de Burnout en médicos que laboran en Instituciones de la ciudad de Manizales y la Virginia. Colombia: Universidad de Manizales. *Facultad de Medicina*. 11, 91-100.
- Ahola, K. (2007). *Occupational burnout and health, People and Work Research, Report 81*. Helsinki: Finnish Institute of Occupational Health.
- Ahola, K., Honkonen, T., Isometsä, E., Kalimo, R., Nykyri, E., Aromaa, A., y Lönnqvist, J. (2005). The relationship between jobrelated burnout and depressive disorders – results from the Finnish Health 2000 Study. *Journal of Affective Disorders*, 88, 55–62.
- Ahola, K., Kivimaki, M., Honkonen, T., Virtanen, M., Koskisen, S., Vahtera, J., y Lönnqvist, J. (2008). Occupational burnout and medically certified sickness absence: A population-based study of Finnish employees. *Journal of Psychosomatic Research*, 64, 185–193.

- Aiken, L. H., Clarke, S. P., Sloane, D. M., Sochalski, J., y Silber, J. H. (2002). Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction. *The Journal of the American Medical Association*, 288, 1987-1993.
- Akkus, Y., Karacan, y, Gôker, H., y Aksu, S. (2010). Determination of burnout levels of nurses working in stem cell transplantation units in Turkey. *Nursing and Health Sciences*, 12, 444-449.
- Alacacioglu, A., Yavuzsen, T., Dirioz, M., Oztop, I., y Yilmaz, U. (2009). Burnout in nurses and physicians working at an oncology department. *Psycho-Oncology*, 18, 543-548.
- Alarcon, G., Eschleman, K., y Bowling, N. (2009). Relationship between Personality Variables and Burnout: A Meta-Analysis. *Work & Stress*, 23, 244-263.
- Albaladejo, R., Villanueva, R., Ortega, P., Astasio, P., Calle, M. E., y Domínguez, V. (2004). Síndrome de Burnout en el personal de enfermería de un hospital de Madrid. *Revista Española de Salud Pública*, 78, 505-516.
- Albino, L. P., Agüero, E. R., Martínez, L. S., y Vega, E. D. (2002). Burnout en médicos de atención primaria de la provincia de Cáceres. *Atención primaria*, 29, 294-302.
- Aldrete, M., Navarro, C., González , R., Contreras, M., y Pérez, J. (2015). Factores Psicosociales y Síndrome de Burnout en Personal de Enfermería de una Unidad de Tercer Nivel de Atención a la Salud. *Ciencia y Trabajo*, 17, 32-36.
- Al-Dubai, S. A., y Rampal, K. G. (2010). Prevalence and associated factors of burnout among doctors in Yemen. *Journal of Occupational Health*, 52, 58-65.

- Al-Ma'aitah, R., Cameron, S., Horsburgh, M. E., y Armstrong-Stassen, M. (1999). Predictors of job satisfaction, turnover, and burnout in female and male Jordanian nurses. *The Canadian Journal of Nursing Research= Revue Canadienne de Recherche en Sciences Sfirmières*, 31, 15-30.
- Al-Turki, H. A. (2010). Saudi Arabian nurses are they prone to burnout syndrome? *Saudi Medical Journal*, 31, 313–316.
- Al-Turki, H. A., Al-Turki, R. A., Al-Dardas, H. A., Al-Gazal, M., Al-Maghrabi, G. H., Al-Enizi, N. H., y Ghareeb, B. (2010). Burnout syndrome among mutlinacional nurses working in Saudi Arabia. *Annals of African Medicine*, 9, 226-229.
- Álvarez, E., y Fernández, L. (1991). El síndrome de Burnout o desgaste emocional (I). Revisión de Estudios. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 11, 257-265.
- Álvarez, L. P., y Prieto, B. M. (2013). Prevalencia de desgaste profesional en personal de enfermería de un hospital de tercer nivel de Boyacá, Colombia. *Enfermería Global*, 12, 73-88.
- Anagnostopoulos, F., y Niakas, D. (2015). Job burnout, health-related quality of life, and sickness absence in Greek health professionals. *European Psychologist*. 15, 132-141.
- Appels, A., Falger, P. R., y Schouten, E. G. (1993). Vital exhaustion as a risk indicator for myocardial infarction in women. *Journal of Sychosomatic Research*, 37, 881-890.

- Appels, A., y Mulder, P. (1988). Excess fatigue as a precursor of myocardial infarction. *European Heart Journal*, 9, 758-764.
- Appels, A., y Mulder, P. (1989). Fatigue and heart disease. The association between 'vital exhaustion' and past, present and future coronary heart disease. *Journal of Psychosomatic Research*, 33, 727-738.
- Aranda, C., Pando, M., Salazar, J., Torres, T., Aldrete, M., y Pérez, B. (2004). Factores psicosociales laborales y síndrome de burnout en los médicos del primer nivel de atención. *Investigación Salud*, 1, 28-34.
- Arias, F., y Menéndez, O. B. (2007). Burnout o el agotamiento profesional. *Inventio, la génesis de la cultura universitaria en Morelos*, 6, 55-62.
- Asociación de Psiquiatría Americana [APA] (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5)*, 5ª Ed. Madrid: Editorial Médica Panamericana. (Original publicado en 2013).
- Atance, J. (1997). Aspectos epidemiológicos del síndrome de Burnout en personal sanitario. *Revista Española de Salud Pública*, 71, 293-303.
- Bakker, A. B., Hakanen, J. J., Demerouti, E., y Xanthopoulou, D. (2007). Job resources boost work engagement, particularly when job demands are high. *Journal of Educational Psychology*, 99, 274-284.
- Bakker A. B., Le Blanc P. M., Schaufeli W. B. (2005). Burnout contagion among intensive care nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 51, 276-287.
- Bakker, A. B., Schaufeli, W. B., Demerouti, E., Janssen, P. P., Van Der Hulst, R., y Brouwer, J. (2000). Using

equity theory to examine the difference between burnout and depression. *Anxiety, Estress & Coping*, 13, 247–268.

Balch, C. M., Freischlag, J. A., y Shanafelt, T. D. (2009). Stress and burnout among surgeons understanding and managing the syndrome and avoiding the adverse consequences. *Archives of Surgery*, 144, 371–376.

Bargellini, A., Barbieri, A., Rovesti, S., Vivoli, R., Roncaglia, R., y Borella, P. (2000). Relation between immune variables and burnout in a sample of physicians. *Occupational and Environmental Medicine*, 57, 453-457.

Bennett, P., Lowe, R., Matthews, V., Dourali, M., y Tattersall, A. (2001). Stress in nurses: coping, managerial support and work demand. *Stress and Health*, 17, 55-63.

Ben-Zur, H. y Yagil, D. (2005). The relationship between empowerment, aggressive behaviours of customers, coping and burnout. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 14, 81-99.

Bernaldo de Quirós-Aragón, M. y Labrador-Encinas, F. J. (2007). Evaluación del estrés laboral y burnout en los servicios de urgencias extrahospitalaria. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7, 323-335.

Bernaldo, M., y Labrador, F. J. (2008). Relaciones entre estrés laboral, burnout y síntomas psicopatológicos en los servicios de urgencia extrahospitalaria del área 9 de Madrid. *Anuario de Psicología Clínica y de la Salud*, 4, 53-61.

- Betancur, A., Guzmán, C., Lema, C., Pérez, C., Pizarro, M. C., Salazar, S., Uribe, L., y Trespacios, E. M. V. (2012). Síndrome de Burnout en trabajadores del sector salud. *Revista CES Salud Pública*, 3, 184-192.
- Biaggi, P., Peter, S., y Ulich, E. (2003). Stressors, emotional exhaustion and aversion to patients in residents and chief residents. What can be done? *Swiss Medical Weekly*, 133, 339–346.
- Blasco, F., Irlles, J., y Huet, J. (1996). Satisfacción laboral y estresores profesionales en los intensivistas españoles: resultados de una encuesta. *Todo Hospital*, 124, 35-44.
- Bonde, J. (2008). Los factores psicosociales en el trabajo y el riesgo de la depresión: una revisión sistemática de la evidencia epidemiológica. *Occupational and Environmental Medicine*, 65, 438-445.
- Borritz, M., Rugulies, R., Christensen, K. B., Villadsen, E., y Kristensen, T. S. (2006). Burnout as a predictor of self-reported sickness absence among human service workers: Prospective findings from three year follow up of the PUMA study. *Occupational and Environmental Medicine*, 63, 98-106.
- Bressi, C., Manenti, S., Porcellana, M., Cevalles, D., Farina, L., Felicioni, I., Meloni, G., Milone, G., Miccolis, I. R., Pavanetto, M., Pescador, L., Poddigue, M., Scotti, L., Zambon, A., Corrao, G., Lambertenghi-Deliliers, G., Invernizzi, G. (2008). Haemato-oncology and burnout: an Italian survey. *British Journal of Cancer*, 98, 1046-1052.
- Buendía, J., y Ramos, F. (2001). *Empleo, estrés y salud*, Madrid: Ediciones Pirámide.

- Burisch, M. (2002). A longitudinal study of burnout: The relative importance of dispositions and experiences. *Work & Stress*, 16, 1-17.
- Burisch, M. (2006). *Das Burnout-Syndrom: Theorie der inneren Erschöpfung [The Burnout-Syndrome: A Theory of inner Exhaustion]*. Heidelberg: Springer Medizin Verlag Heidelberg..
- Burke, R., y Greenglass, E. (2000). Hospital restructuring and nursing staff well-being: The role of coping. *International Journal of Stress Management*, 7, 49-59.
- Cáceres, G. G. (2009). *Prevalencia del Síndrome de Burnout en personal sanitario militar*. [Tesis doctoral, Universidad Complutense de Madrid]. Recuperada de: <http://eprints.ucm.es/8070/1/T29584.pdf>
- Cámara, R. S., y Cuesta, M. I. S. (2005). Prevalencia del burnout en la enfermería de atención primaria. *Enfermería clínica*, 15, 123-130.
- Cañadas de la Fuente, G. A. (2012). *Medida e identificación de factores de riesgo de padecimiento del síndrome de Burnout en personal de enfermería*. [Tesis Doctoral Universidad Nacional de Educación a Distancia]. Recuperada de <http://e-spacio.uned.es/fez/eserv/tesisuned:Psicologia-Gacanadas/Documento.pdf>
- Carlotto, M., Pizzinato, A., Bones, K., y Oliveira, R. (2013). Prevalence and Factors Associated with Burnout Syndrome in Professionals in Basic Health Units. *Ciencia & trabajo*, 15, 76-80.
- Carr, P., Gareis, K., y Barnett, R. (2003). Characteristics and outcomes for women physicians who work reduced hours. *Journal of Women's Health*, 12, 399-405.

- Carver, C. S. (1997). You want to measure coping but your protocol's too long: Consider the brief cope. *International Journal of Behavioral Medicine*, 4, 92-100.
- Aguilera, E. C., y Alba García, J. E. G. (2010). Prevalencia del síndrome de agotamiento profesional (burnout) en médicos familiares mexicanos: análisis de factores de riesgo. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 39, 67-84.
- Castillo, A., Benavente, S., Arnold, J., y Cruz, C. (2012). Presencia de síndrome de burnout en hospital el Pino y su relación con variables epidemiológicas. *Asociación Nacional Científica de Estudiantes de Medicina de Chile*, 6, 9-13.
- Cebriá Andreu, J. (2003). Distrés crónico y desgaste profesional: algunas hipótesis etiológicas y nosotáxicas [Comentario editorial]. *Atención primaria*, 31, 572-574.
- Cebriá, J., Segura, J., Corbella, S., Sos, P., Comas, O., García, M., Rodríguez, C., Pardo, M. J., Pérez, J. (2001). Rasgos de personalidad y burnout en médicos de familia. *Atención Primaria*, 459 -468.
- Cherniss, C. (1993). *The role of professional self-efficacy in the etiology and amelioration of burnout*. W. B. Schaufeli, C. Maslach, & T. Marek (Eds). Washington, DC: Taylor & Francis.
- Chiron, B., Michinov, E., Olivier-Chiron, E., Laffon, M., y Rusch, E. (2010). Job satisfaction, life satisfaction and burnout in French anaesthetists. *Journal of Health Psychology*, 15, 948-958.
- Coffey, M., y Coleman, M. (2001). The relationship between support and stress in forensic community mental health nursing. *Journal of Advanced nursing*, 34, 397-407.

- Cohen-Mansfield, J., y Rosenthal, A. S. (1989). Absenteeism of nursing staff in a nursing home. *International Journal of Nursing Studies*, 26, 187-194.
- Cole, T. R., y Carlin, N. (2009). The suffering of physicians. *The Lancet*, 374, (, 1414-1415.
- Cox, T., Griffiths, A.J., Barlow, C.A., Randall, R.J., Thomson, L.E. y Rial-Gonzalez, E. (2000) *Organizational interventions for work stress: a risk management approach*. HSE Books, Sudbury.
- Da Silva, H., Daniel, E., y Pérez, A. (1999). Estudio del síndrome de desgaste profesional entre los profesionales sanitarios de un hospital general. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 27, 310-320.
- D'Aurora, D. L. y Fimian, M. J. (1988). Dimensions of life and school stress experienced by young people. *Psychology in the Schools*, 25), 44-53.
- De la Gándara, J. J. (1998). *Estrés y trabajo: el síndrome del burnout*. Cauce. Madrid.
- De las Cuevas, C., De la Fuente, J. A., Alviana, M., Ruiz-Benitez, A., Coiduras, E., González, T. (1995). Desgaste profesional y clima laboral en atención primaria. *Mapfre Medicina*, 6, 7-18.
- Demerouti, E., Bakker, A., Nachreiner, F., y Schaufeli, W. (2001). The job demands-resources model of burnout. *Journal of Applied Psychology*, 86, 499-512.
- Demir, A., Ulusoy, M., y Ulusoy, M. F. (2003). Investigation of factors influencing burnout levels in the professional and private lives of nurses. *International Journal of Nursing Studies*, 40, 807-827.

- De Pablo González, R., Miñana, J. S., Velázquez, J. D., y Camacho, J. G. (2004). La relación gestor-clínico: una perspectiva de médicos asistenciales. *Atención Primaria*, 33, 462-470
- Deschamps Perdomo, A., Olivares Román, S. B., De la Rosa Zabala, K. L., y Asunsolo del Barco, A. (2011). Influencia de los turnos de trabajo y las guardias nocturnas en la Aparición del Síndrome de Burnout en médicos y enfermeras. *Medicina y Seguridad del Trabajo*, 57, 224-241.
- Díaz Echenique, M., Stimolo, M. I., y Caro, N. P. (2010). Satisfacción laboral y síndrome de desgaste laboral en enfermeros de hospitales públicos de Córdoba-Argentina. *Medicina y Seguridad del Trabajo*, 56, 22-38.
- Dickinson-Bannack, M. E., González-Salinas, C., Fernández-Ortega, M. A., Palomeque, R. P., González-Quintanilla, E., y Hernández-Vargas, I. (2007). Burnout syndrome among Mexican primary care physicians. *Archivos en Medicina Familiar*, 9, 75-79.
- Drach-Zahavy, A., y Marzuq, N. (2013). The weekend matters: exploring when and how nurses best recover from work stress. *Journal of Advanced Nursing*, 69, 578-589.
- Dyrbye, L. N., Thomas, M. R., Huntington, J. L., Lawson, K. L., Novotny, P. J., Sloan, J. A., y Schanafelt, T. D. (2006). Personal life events and medical student burnout: a multicenter study. *Academic Medicine*, 81, 374-384.
- Eastburg, M., Williamson, C., Gorsuch, R., Ridley, y Ridley, C. (1994). Social support, personality and burnout in nurses. *Journal of Applied Social Psychology*, 24, 1233-1250.

- Edelwich, J., y Brodsky, A. (1980). *Burn-out Stages og Disillusioment in the Helping Professions* (Vol. 255). New York : Human Sciences Press.
- Einsiedel, A. A, Tully H. A. (1980). *Methodological considerations in studying the phenomenon*. Paper presented at the meeting of the American Psychological Association. Montreal, Canadá.
- Embriaco, N., Papazian, L., Kentish-Barnes, N., Pochard, F., y Azoulay, E. (2007). Burnout syndrome among critical care healthcare workers. *Current Opinion in Critical Care*, 13, 482-488.
- Ersoy-Kart, M. (2009). Relations among Social Support, Burnout, and Experiences of Anger: An Investigation among Emergency Nurses. *Nurses Forum*, 44, 165-174
- Escribá, V., Martín, D., y Pérez, S. (2006). Psychosocial work environment and burnout among emergency medical and nursing staff. *International Archives of Occupational and Environmental Health*, 80,127-133.
- Falgueras, M. V., Muñoz, C. C., Pernas, F. O., Sureda, J. C., López, M. P. G., y Miralles, J. D. (2015). Burnout y trabajo en equipo en los profesionales de Atención Primaria. *Atención Primaria*, 47, 25-31
- Francis. Farber, B. A. (1983). *Introduction: A critical perspective on burnout. Stress and burnout in the human service professions* (B. A. Farber Ed) New York, Pergamon Press.
- Farber, B. A. (1984). Stress and burnout in suburban teachers. *The Journal of Educational Research*, 77, 325-331.

- Feo, J. (2007). *Influencia del trabajo por turnos en la salud y en la vida cotidiana*. [Tesis de Especialización Universidad Javeriana de Bogotá]. Recuperada de <http://www.javeriana.edu.co/biblos/tesis/enfermeria/tesis38.pdf>
- Fernández, A, E, G. (1992). *Satisfacción laboral y malestar psíquico entre trabajadores de un hospital general*. Zaragoza. Ed. Privada.
- Fernández Martínez, M. E. (2011). *Estrés percibido, estrategias de afrontamiento y sentido de coherencia en estudiantes de enfermería: su asociación con salud psicológica y estabilidad emocional*. [Tesis doctoral Universidad de León]. Recuperada de <https://buleria.unileon.es/handle/10612/902>
- Ferrari, S., Cuoghi, G., Mattei, G., Carra, E., Volpe, U., Jovanovic, N., y Pingani, L. (2014). Young and burnt? Italian contribution to the international BurnOut Syndrome Study (BOSS) among residents in psychiatry. *La Medicina del lavoro*, 106 , 172-185.
- Ferrer, R. (2002). Burn out o síndrome de desgaste profesional. *Medicina Clínica*, 119, 495-496.
- Fidalgo Vega M. (2005): *Síndrome de estar quemado por el trabajo o "Burnout" (I): definición y proceso de generación*. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo [INSHT], España.
- Firth-Cozens J, y Greenhalgh , J. (1997). Doctors' perceptions of the links between stress and lowered clinical care. *Social Science & Medicine*, 44 , 1017-1022.

- Firth, H., y Britton, P. (1989). 'Burnout', absence and turnover amongst British nursing staff. *Journal of Occupational Psychology*, 62, 55-59.
- Flórez, J. A. (2002). La muerte y el médico: impacto emocional y burnout. *Medicina Integral*, 40, 167-182.
- Flynn, L., Thomas-Hawkins, C., y Clarke, S. (2009). Organizational traits, care processes, and Burnout among chronic hemodialysis nurses. *Western Journal of Nursing Research*, 31 569–582.
- Folkman, S., y Lazarus, R. (1985). If it changes it must be a process: Study of emotion and coping during three stages of a college examination. *Journal of Personality and Social Psychology*, 48, 150-170.
- Fong, C. (1990). Role overload, social support, and burnout among nursing educators. *Journal of Nursing Education*, 29, 102-108.
- Font, A., Corti, V., y Berger, R. (2015). Burnout in Healthcare Professionals in Oncology. *Procedia Economics and Finance*, 23, 228-232.
- Francis, L. J., Brown, L. B., y Philipchalk, R. (1992). The development of an abbreviated form of the Revised Eysenck Personality Questionnaire (EPQR-A): Its use among students in England, Canada, the USA and Australia. *Personality and individual differences*, 13, 443-449.
- Freudenberger, H. J. (1974). Staff burn-out. *Journal of social issues*, 30, 159-165.
- Freudenberger, H., y North, G. (1985). *Women's burnout*. London: Penguin Books.

- Gabbe, S. G., Melville, J., Mandel, L., y Walker, E. (2002). Burnout in chairs of obstetrics and gynecology: Diagnosis, treatment, and prevention. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 186, 601-612.
- Galván, M. E., Vassallo, J. C., Rodríguez, S. P., Otero, P., Montonati, M. M., Cardigni, G., Buamscha, DG., Rufach, D., Santos, S., Moreno, RP., Sarli, M. (2012). Professional burnout in pediatric intensive care units in Argentina. *Archivos Argentinos de Pediatría*, 110, 466-473.
- García, C. R., Oviedo, A. M., Santillán, M. V., Velasquez, V. H., y Fiesco, M. D. (2009). Prevalencia del Síndrome de Burnout en el personal de Enfermería de dos Hospitales del Estado de México. *Fundamentos en Humanidades*, 1, 179-193.
- García-Izquierdo, M., y Rios-Risquez, M. (2012). The relationship between psychosocial job stress and burnout in emergency department: an exploratory study. *Nursing Outlook*, 60, 322-329.
- García, J. M. G., Remuzgo, S. H., y Fuentes, J. L. L. (2007). Validez factorial del Maslach Burnout Inventory (MBI) en una muestra de trabajadores del Hospital Psiquiátrico Penitenciario de Sevilla. *Apuntes de Psicología*, 25, 157-174.
- Garza, J., Schneider, K., Promenence, P., y Mong, M. (2004). Burnout in residency: a Statewide Study. *Southern Medical Journal*, 97, 1171-1173.
- Gil-Monte, P. R. (2003). El síndrome de quemarse por el trabajo (síndrome de burnout) en profesionales de enfermería. *Revista Eletrônica InterAção Psy*, 1, 19-33.

- Gil-Monte, P. R. (2005). *El síndrome de quemarse por el trabajo (Burnout): una enfermedad laboral en la sociedad del bienestar*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Gil-Monte, P. R. (2005). Factorial validity of the Maslach Burnout Inventory (MBI-HSS) among Spanish professionals. *Revista de Saúde Pública*, 39, 1-8.
- Gil-Monte, P. R. (2007). *El Síndrome de Quemarse por el Trabajo (burnout): Una perspectiva histórica*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Gil-Monte, P. R., García-Jueas, J. A., y Hernández, M. C. (2008). Influencia de la sobrecarga laboral y la autoeficacia sobre el síndrome de quemarse por el trabajo (burnout) en profesionales de enfermería: a study in nursing professionals. *Interamerican Journal of Psychology*, 42, 113-118.
- Gil-Monte, P. R., Peiró, J. M., y Valcárcel, P. (1995). A causal model of burnout process development: An alternative to Golembiewski and Leiter models. In Trabajo presentado en el VII *Congreso Europeo sobre Trabajo y Psicología Organizacional*, Gyor, Hungría.
- Gil-Monte, P. R., Peiró, J. M., y Valcárcel, P. (1996). Influencia de las variables de carácter sociodemográfico sobre el síndrome de burnout: un estudio en una muestra de profesionales de enfermería. *Revista de Psicología Social Aplicada*, 6, 43 -63.
- Gil-Monte, P. R., Nuñez-Román, E. M., y Selva-Santoyo, Y. (2006). Relación entre el síndrome de quemarse por el trabajo (Burnout) y síntomas cardiovasculares: un estudio en técnicos de prevención de riesgos laborales. *Interamerican Journal of Psychology*, 40, 227-232.

- Gil-Monte, P. R., y Moreno, B. (2007). *El síndrome de quemarse por el trabajo (Burnout). Grupos Profesionales de Riesgo*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Gil-Monte, P. R., y Peiró, J. M. (1996). Un estudio sobre antecedentes significativos del "síndrome de quemarse por el trabajo" (burnout) en trabajadores de centros ocupacionales para discapacitados psíquicos. *Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 12, 67-80.
- Gil-Monte, P. R., y Peiró, J. M. (1997). A longitudinal study on burnout syndrome in nursing professionals. *Quaderni di Psicologia del Lavoro (Feelings work in Europe)*, 5, 407-414.
- Gil-Monte, P. R., y Peiró, J. M. (1997). *Desgaste psíquico en el trabajo: el síndrome de quemarse*. Madrid: Síntesis.
- Gil-Monte, P. R., y Peiró, J. M. (1999). Perspectivas teóricas y modelos interpretativos para el estudio del síndrome de quemarse por el trabajo. *Anales de psicología*, 15, 261-268.
- Gil-Monte, P. R., (1991). Burnout en enfermería: un estudio comparativo España-Holanda. *Revista de Psicología del trabajo y de las Organizaciones*, 7, 121-130.
- Glasberg, A. L., Eriksson, S., y Norberg, A. (2007). Burnout and "stress of conscience" among healthcare personnel. *Journal of Advanced Nursing*, 57, 392-403.
- Glass, D., y McKnight, J. (1996). Perceived control, depressive symptomatology, and professional burnout: a review of the evidence. *Psychology and Health*, 11, 23-48.

- Goehring, C., Bouvier Gallacchi, M., Künzi, B., y Bovier, P. (2005). Psychosocial and professional characteristics of burnout in Swiss primary care practitioners: A cross-sectional survey. *Swiss Medical Weekly*, 135, 101- 108.
- Goldberg, D. P., y Hillier, V. F. (1979). A scaled version of the General Health Questionnaire. *Psychological medicine*, 9, 139-145.
- Golembiewski, R. T., y Munzenrider, R. (1988) *Phases of burnout: Developments in concepts and applications*. Westport: Praeger Publishers.
- Golembiewski, R., y Muzenrinder, R. (1989). Phase of burnout: Development in concepts and applications. New York: Praeger Publishers.
- Gracia, F., Peiró, J. M., y Ramos, J. (1996). Aspectos temporales del trabajo. En J. M. Peiró, & F. Prieto (Eds.): *Tratado de psicología del trabajo. Vol I. La actividad laboral en su contexto* (págs. 36-91). Madrid: Síntesis.
- Grau, A., Flichtentrei, D., Suñer, R., Prats, M., y Braga, F. (2009). Influencia de factores personales, profesionales y transnacionales en el síndrome de Burnout en personal sanitario hispanoamericano y español (2007). *Revista Española de Salud Pública*, 83, 215-230.
- Grau, A., Suñer, R., y García, M. M. (2005). Desgaste profesional en el personal sanitario y su relación con los factores personales y ambientales. *Gaceta sanitaria*, 19, 463-470.
- Grau, E., Gil Monte, P. R., García, J. A., y Figueiredo, H. (2008). Síndrome de quemarse por el trabajo (burnout) en profesionales de enfermería, estudio longitudinal

comparativo de la prevalencia medida con el MBI-HSS. *Madrid: Sociedad Española para el estudio de la Ansiedad y el Estrés*, 74.

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

Greenglass, E. R., Pantony, K., y Burke, R. J. (1988). A gender role perspective on role conflict, work stress and social support. *Journal of Social Behavior and Personality*, 37, 317-321.

Greenglass, E., y Burke, R. (2001). Editorial introduction downsizing and restructuring: Implications for stress and anxiety. *Anxiety, Stress and Coping*, 14, 1-13.

Greenglass, E. R., Burke, R. J., y Konarski, R. (1998). Components of burnout, resources and gender-related differences. *Journal of Applied Social Psychology*, 28, 1088-1106.

Guevara, C. A., Henao, D. P., y Herrera, J. y. (2004). Síndrome de desgaste profesional en médicos internos y residentes. Hospital Universitario del Valle, Cali, 2002. *Colombia médica*, 35, 173-178.

Gunnarsdottir, S., Clarke, S. P., Rafferty, A. M., y Nutbeam, D. (2009). Front line management, staffing and nurse doctor relationships as predictors of nurse and patient outcomes. A survey of Icelandic hospital nurses. *International Journal of Nursing Studies*, 46, 920-927.

- Halayem-Dhouib, S., Zaghdoudi, L., Zremdini, R., Maalej, I., Béchir, M. B., y Labbène, R. (2010). Burnout en psychiatrie: une expérience tunisienne. *Revue D'épidémiologie et de Santé Úblique*, 58, 403–408.
- Hallberg , U. E., Johansson , G., y Schaufeli , W. B. (2007). Type A behavior and work situation: Associations with burnout and work engagement. *Scandinavian Journal of Psychology*, 48, 135-142.
- Hansen, N., Sverke, M., y Naswall, K. (2009). Predicting nurse burnout from demands and resources in three acute care hospitals under different forms of ownership: A crosssectional questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*, 46, 96-107.
- Hernández, J. R. (2003). Estrés y Burnout en profesionales de la salud de los niveles primario y secundario de atención. *Revista Cubana de Salud Pública*, 29, 103-110.
- Herrera, M. E. O., Viveros, G. R. O., y Brizio, P. G. C. (2013). Burnout en médicos y enfermeras y su relación con el constructo de personalidad resistente. *Psicología y Salud*, 17, 5-16.
- Hillhouse, J. J., y Adler, C. M. (1997). Investigating stress effect patterns in hospital staff nurses: results of a cluster analysis. *Social Science & Medicine*, 45, 1781-1788.
- Hochwalder, J. (2009). Burnout among Torgersen's eight personality types. *Social Behavior and Personality: an International Journal*, 37, 467-479.
- Hoffman, A., y Scott, L. (2003). Role stress and career satisfaction among registered nurses by work shift patterns. *Journal of Nursing Administration*, 33, 337-342.

- Honkonena, T., Ahola, K., Pertovaara, M., Isometa, E., Kalimo, R., Nykyuri, E., Aromaa, A., y Lönnqvist, J. (2006). The association between burnout and physical illness in the general population. Results from the Finnish Health 2000 Study. *Journal of Psycho somatic Research*, 61, 59-66.
- Hyman, S. A., Michaels, D. R., Berry, J. M., Schildcrout, J. S., Mercaldo, N. D., y Weinger, M. B. (2011). Risk of burnout in perioperative clinicians. *Anesthesiology*, 114, 194-204.
- Hunnibell, L. S., Reed, P.G., Quinn-Griffin, M., y Fitzpatrick, J. J. (2008). Self-transcendence and burnout in hospice and oncology nurses. *Journal of Hospice and Palliative Nursing*, 10, 172-179.
- Iglesias, M. E. L., de Bengoa Vallejo, R. B., y Fuentes, P. S. (2010). The relationship between experiential avoidance and burnout syndrome in critical care nurses: A cross-sectional questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*, 47, 30-37.
- Instituto Geográfico Militar del Ecuador (2009) Mapa Político del Ecuador, Mapa, Recuperado de <http://www.igm.gob.ec/work/index.php?option=comcontent&view=article&id=84:mapa-del-ecuador-uso-escolar-escala-14000000&catid=41>
- Instituto Nacional de Estadística y Censos [INEC] (2015), *Tu gobierno* (2015, 5 de noviembre). Recuperado de <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/>
- Instituto Nacional de Estadística y Censos [INEC] (2013), *Anuario de Estadísticas de Salud: Recursos y Actividades 2013*, Primera Versión formato PDF, Quito,

Ecuador, Recuperado de http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Estadisticas_Sociales/Recursos_Actividades_de_Salud/Publicaciones/Anuario_Rec_Act_Salud_2013.pdf

Instituto Nacional de Estadística y Censos [INEC] (2012), *Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares Urbano y Rurales (2011-2012)*, Primera Versión formato PDF, Quito, Ecuador, Recuperado de http://www.inec.gob.ec/Enighur_/Analisis_ENIGHUR%202011-2012_rev.pdf

Instituto Nacional de Estadística y Censos [INEC]. (2010).). *Resultados del Censo de Población y vivienda: Resumen Metodológico. Fascículo nacional final*. Recuperado http://www.inec.gob.ec/cpv/descargables/fasciculo_nacional_final.pdf

Iverson, R. D., Olekalns, M., y Erwin, P. J. (1998). Affectivity, organizational stressors, and absenteeism: A causal model of burnout and its consequences. *Journal of Vocational Behavior*, 52, 1-23.

Izquierdo, M. G. (1991). Burnout en profesionales de enfermería de centros hospitalarios. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones= Journal of Work and Organizational Psychology*, 7, 3-12.

Janssen, P. P., Schaufelie, W. B., y Houkes, I. (1999). Work-related and individual determinants of the three burnout dimensions. *Work & Stress*, 13, 74-86.

Jansson-Fröjmark, M., y Lindblom, K. (2010). Is there a bidirectional link between insomnia and burnout? A prospective study in the Swedish workforce. *International Journal of Behavioral Medicine*, 17, 306-313.

- Jenaro Río, C., Flores Robaina, N. y González Gil, F. (2007). Síndrome de burnout y afrontamiento en trabajadores de acogimiento residencial de menores. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7, 107-120.
- Johns, M. M., y Ossoff, R. H. (2005). Burnout in academic chairs of otolaryngology: head and neck surgery. *The Laryngoscope*, 115, 2056-2061.
- Johnson, J. V., Hall, E. M., Ford, D. E., Mead, L. A., Levine, D. M., Wang, N. Y., y Klag, M. J. (1995). The Psychosocial Work Environment of Physicians: The Impact of Demands and Resources on Job Dissatisfaction and Psychiatric Distress in a Longitudinal Study of Johns Hopkins Medical School Graduates. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 37, 1151-1159.
- Khamisa, N., Oldenburg, B., Peltzer, K., y Ilic, D. (2015). Work related stress, burnout, job satisfaction and general health of nurses. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 12, 652-666.
- Kilfedder, C. J., Power, K. G., y Wells, T. J. (2001). Burnout in psychiatric nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 34, 383-396.
- Klarreist, S.H. (1990) *Work without stress. A practical guide to emotional and pshysical well-being on the job*. New York: Brunner/Mazel Publischer.
- Klersy, C., Callegari, A., Martinelli, V., Vizzardi, V., Navino, C., Malberti, F., Tarchini, R., Montagna, G, Guastoni, C., Bellazzi, R., Rampino, T., David, S.11, Barbieri, C., Dal Canton, A., y Politi, P. (2007). Burnout in health care providers of dialysis

- service in Northern Italy—a multicentre study. *Nephrology Dialysis Transplantation*, 22, 2283-2290.
- Kovács, M., Kovács, E., y Hegedűs, K. (2010). Emotion work and burnout: cross-sectional study of nurses and physicians in Hungary. *Croatian Medical Journal*, 51, 432-442
- Kuhn, G. (2001). Circadian rhythm, shift work, and emergency medicine. *Annals of Emergency Medicine*, 37, 88-98.
- Lee, H., Hwang, S., Kim, J., y Daly, B. (2004). Predictors of life satisfaction of Korean nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 48, 632-641.
- Lee, R. T., y Ashforth, B. E. (1996). A meta-analytic examination of the correlates of the three dimensions of job burnout. *Journal of Applied Psychology*, 81, 123-133.
- Leiter, M. P. (1990). The impact of family resources, control coping, and skill utilization on the development of burnout: A longitudinal study. *Human relations*, 43, 1067-1083.
- Leiter, M. P. (1991). Coping patterns as predictors of burnout: The function of control and escapist coping patterns. *Journal of Organizational Behavior*, 12, 123-144.
- Leiter, M. P. (2005). Perception of risk: an organizational model of occupational risk, burnout, and physical symptoms. *Anxiety, Stress & Coping*, 18, 131-144.
- Leiter, M. P., y Durup, J. (1994). The discriminant validity of burnout and depression: A confirmatory factor analytic study. *Anxiety, Stress, and Coping*, 7, 357-373.

- Leiter, M. P., Harvie, P., y Frizzell, C. (1998). The correspondence of patient satisfaction and nurse burnout. *Social Science & Medicine*, 47, 1611-1617.
- Lesage, F. X., Berjot, S., Altintas, E., y Paty, B. (2013). Burnout Among Occupational Physicians: A Threat to Occupational Health Systems?—A Nationwide Cross-sectional Survey. *Annals of Occupational Hygiene*, 57, 913-919.
- Ley 62/2012 de Ministerio de Relaciones Laborales República del Ecuador. (2012, 2 de julio). *Boletín Viceministro de Relaciones Servicio Público [MRL]*, 000033, 3 de julio, 2012. Recuperado de <http://www.trabajo.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2012/10/R-0451-2012-AREA-DE-SALUD-No.2-LA-LIBERTAD.pdf>
- Ley 80/2002 de Ministerio de Salud Pública República del Ecuador. (2002, 13 de septiembre). *Registro Oficial de la Ley Orgánica de Salud del Ecuador [MSP]*, 42, 17 de septiembre, 2002. Recuperado de <http://www.derechoecuador.com/productos/producto/catalogo/registros-oficiales/2003/mayo/code/17820/registro-oficial-6-de-mayo-del-2003>
- Ley 22/2010 Orgánica de Servicio Público. (2011, 6 de septiembre). *Acuerdo Ministerial del Ministerio de Relaciones Laborales y Ministerio de Salud Pública [MRP-MSP]*, 00001849, 10 de septiembre del 2011. Recuperado de <http://www.boe.es/boe/dias/2006/12/15/pdfs/A44142-44156.pdf>
- Lin, F., St John, W., y McVeigh, C. A. R. O. L. (2009). Burnout among hospital nurses in China. *Journal of Nursing Management*, 17, 294-301.

- Lobo, A., Pérez-Echeverría, M. J., y Artal, J. (1986). Validity of the scaled version of the General Health Questionnaire (GHQ-28) in a Spanish population. *Psychological Medicine*, 16, 135-140.
- Lobo, A. y Muñoz, P. E. (1996). *Cuestionario de Salud General. Guía para el usuario de las diferentes versiones*. Barcelona: Masson.
- López, V. L. (2013). Rasgos, trastornos de personalidad y comorbilidad psiquiátrica de profesionales sanitarios con síndrome de burnout. [Tesis Doctoral Universidad Complutense de Madrid]. Recuperada de <http://eprints.ucm.es/21683/1/T34525.pdf>
- López-Castedo, A. y Domínguez, J. (2010). Exploratory factor analysis and psychometric properties of the general health questionnaire in Spanish adolescents 1. *Psychological Reports*, 107, 120-126.
- López, F. M., Cuenca, M., Viciano, D., Rodríguez, M. I., Martín, E. M., Acosta, M. y Odriozola, G. (2000). Evaluación psicosocial de los ancianos de una zona básica de salud. *Semergen*, 26, 387-392.
- López, F. M., Rodríguez, N. A, Fernández, S. M., Marcos, A. S., Martínón, T. F., y Martínón, S. J. (2005). Burnout syndrome among health workers in pediatrics. *In Anales de Pediatría* 62, 248-25.
- Lucio, R., Villacrés, N., y Henríquez, R. (2011). Sistema de salud de Ecuador. *Salud Pública de México*, 53, s177-s187.

- Magalhães, E., Oliveira, Á. C. M. D. S., Govêia, C. S., Ladeira, L. C. A., Queiroz, D. M., y Vieira, C. V. (2015). Prevalence of burnout syndrome among anesthesiologists in the Federal District. *Revista Brasileira de Anestesiologia*, 65, 104-110
- Mallidou, A. A., Cummings, G. G., Estabrooks, C. A., y Giovannetti, P. B. (2011). Nurse specialty subcultures and patient outcomes in acute care hospitals: A multiple-group structural equation modeling. *International Journal of Nursing Studies*, 48, 81-93.
- Marine, A., Ruotsalainen, J., Serra, C., y Verbeek, J. (2006). Preventing occupational stress in healthcare workers. *Cochrane Database Syst Rev*, 4.
- Martín, M. C., Fernández, F. B., Gómez, R. N., y Martínez, F. C. (2001). Prevalencia y factores asociados al burnout en un área de salud. *Atención Primaria*, 27, 313-317.
- Martínez, N. I., Puigdesens, A. V., y Roig, A. A. (2004). Prevalencia del síndrome de burnout y el estado general de salud en un grupo de enfermeras de un hospital de Barcelona. *Enfermería Clínica*, 14, 142-151.
- Martín, M. C., Fernández, F. B., Gómez, R. N., y Martínez, F. C. (2001). Prevalencia y factores asociados al burnout en un área de salud. *Atención primaria*, 27, 313-317
- Martins, L. F., Laport, T. J., de Paula Menezes, V., Medeiros, P. B., y Ronzani, T. M. (2014). esgotamento entre profissionais da atenção Primária à Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 19, 4739-4750.
- Marshall, R. E., Zahorodny, W., y Passannante, M. R. (1998). Burnout among neonatologists and pediatricians. *Neonatal Intensive Care*, 11, 16-18.

- Maslach, C. (1978). Job burnout: How people cope. *Public Welfare*, 36, 56-58.
- Maslach, C. (1982). Understanding burnout: Definitional issues in analyzing a complex phenomenon. Job stress and burnout. In W. S. Paine (Ed), Job stress and burnout Beverly Hills. Ca Sage.
- Maslach, C. (2001). What have we learned about burnout and health?. *Psychology & Health*, 16, 607-611.
- Maslach, C. (2003). *Burnout: The cost of caring*. California, ISHK.
- Maslach, C., Jackson, S. E., y Leiter, M. P. (1986). *Maslach burnout inventory Manual*. (2ª ed) Palo Alto, California: Consulting Psychologists Press.
- Maslach, C., Schaufeli, W. B., y Leiter, M. P. (2001). Job burnout. *Annual review of psychology*, 52, 397-422.
- Maslach, C., y Jackson, S. E. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of occupational behavior*, 2, 99-113.
- Maslach, C., y Jackson, S. E. (1982). Erbaum. Burnout in the health professions: A social psychological analysis. G. Sanders & J. Sub. *Social psychology of health and Illness*.
- Maslach, C., y Jackson, S. E. (1984). Burnout in organizational settings. *Applied social psychology annual*.
- Maslach, C., y Jackson, S. E. (1985). The role of sex and family variables in burnout. *Sex roles*, 12, 837-851.

- Maslach, C., y Jackson, S. E. (1986). The Maslach Burnout Inventory. (Zaed) Palo Alto.
- McAbee, R. (1991). Occupational stress and burnout in the nursing profession. A model for prevention. *AAOHN journal: Official Journal of the American Association of Occupational Health Nurses*, 39, 568-575.
- McCranie, E. W., y Brandsma, J. M. (1988). Personality antecedents of burnout among middle-aged physicians. *Behavioral Medicine*, 14, 30-36.
- McManus, I. C., Jonvik, H., Richards, P., y Paice, E. (2011). Vocation and avocation: leisure activities correlate with professional engagement, but not burnout, in a cross-sectional survey of UK doctors. *BMC Medicine*, 9, 100.
- McManus, I. C., Keeling, A., y Paice, E. (2004). Stress, burnout and doctors' attitudes to work are determined by personality and learning style: a twelve year longitudinal study of UK medical graduates. *BMC Medicine*, 2, 29.
- McManus, I. C., Winder, B. C., y Gordon, D. (2002). The causal links between stress and burnout in a longitudinal study of UK doctors. *The Lancet*, 359, 2089-2090.
- Mealer, M., Burnham, E. L., Goode, C. J., Rothbaum, B., y Moss, M. (2009). The prevalence and impact of post traumatic stress disorder and burnout syndrome in nurses. *Depression and Anxiety*, 26, 1118-1126.
- Meana, M. A. (2007). *Síndrome de burnout: Su prevalencia en una población de médicos en programas intensivos de capacitación en la especialidad de Clínica Médica*. [Tesis de Posgrado Pontificia Universidad Javeriana de Bogotá]. Recuperada de <http://www.postgradofcm.edu.ar/ProduccionCientifica/TrabajosCientificos/33.pdf>

- Meier, S. T. (1984). The construct validity of burnout. *Journal of Occupational Psychology*, 57, 211-219.
- Melamed, S., Shirom, A., Toker, S., Berliner, S., y Shapira, I. (2006). Burnout and risk of cardiovascular disease: evidence, possible causal paths, and promising research directions. *Psychological Bulletin*, 132, 327-353
- Melita Rodríguez, A., Cruz Pedreros, M. y Merino, J. (2008). Burnout en profesionales de enfermería que trabajan en centros asistenciales de la octava región, Chile. *Ciencia y Enfermería*, 14, 75-85.
- Michels, P. J., Probst, J. C., Godenick, M. T., y Palesch, Y. (2003). Anxiety and anger among family practice residents: a South Carolina family practice research consortium study. *Academic Medicine*, 78, 69-79.
- Middaugh, D. J. (2007). Presenteeism: Sick and tired at work. *Dermatology Nursing*, 19, 172-173.
- Mingote Adán, J. C. (1998). Síndrome de burnout o síndrome del desgaste profesional. *Formación Médica Continuada*, 5, 493- 508.
- Molina, A., García, M. M., Alonso, M., y Cecilia, P. (2003). Prevalencia de desgaste profesional y psicomorbilidad en médicos de atención primaria de un área sanitaria de Madrid. *Atención Primaria*, 31, 564-574.
- Morán, C., Landero, R., y González, M. T. (2010). COPE-28: un análisis psicométrico de la versión en español del Brief COPE. *Universitas Psychologica*, 9, 543-552.

- Moreira, D. D. S., Magnago, R. F., Sakae, T. M., y Magajewski, F. R. L. (2009). Prevalence of burnout syndrome in nursing staff in a large hospital in south of Brazil. *Cadernos de Saúde Pública*, 25, 1559-1568.
- Moriana, J. A., y Herruzco, J. (2005). El síndrome de burnout como predictor de bajas laborales de tipo psiquiátrico. *Clínica y salud: Revista de psicología clínica y salud*, 16, 161-172.
- Morse, G.M., Salyers, M.P., Rollins, A.L., Monroe-De Vita, M. y Pfahler, C. (2012). Burnout in Mental Health Services: A Review of the Problem and Its Remediation. *Administration and Policy in Mental Health*, 39, 341-352.
- Ministerio de Salud Pública [MSP] (2012) *Datos esenciales de salud: una mirada a la década 2000-2010*. Recuperado <http://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2013/05/Datos-esenciales-de-salud-2000-2010.pdf>
- Muñoz, P. E., Vázquez, J. L., Rodríguez, I. F., Pastrana, E., y Varo, J. (1979). Spanish adaptation of the General Health Questionnaire (GHQ) of DP Goldberg (a method for identifying psychiatric cases in the community). *Archivos de Neurobiología*, 42, 139-158
- Najjar, N., Davis, L. W., Beck-Coon, K., y Doebbeling, C. C. (2009). Compassion fatigue a review of the research to date and relevance to cancer-care providers. *Journal of Health Psychology*, 14, 267-277.
- Newman, T. B., Browner, W. S., Cummings, S. R. y Hulley, S. B. (2008). Diseño de estudios transversales y de casos y controles. En S. B. Hulley, S. M. Cummings, W.

- S. Browner, D. G. Grady y T. B. Newman (Eds.), Diseño de investigaciones clínicas (3ª ed., pp. 120-140). Wolters Kluwer Health España y Lippincott Williams & Wilkins. (Original publicado en 2007).
- Nyssen, A. S., Hansez, I., Baele, P., Lamy, M., y De Keyser, V. (2003). Occupational stress and burnout in anaesthesia. *British Journal of Anaesthesia*, 90, 333-337.
- Olmedo, M., Santed, M. A., Jiménez, R., y Gómez, M. D. (2001). El síndrome de burnout: variables laborales, personales y psicopatológicas asociadas. *Psiquis: Revista de Psiquiatría, Psicología y Psicopatología*, 22, 11-23.
- Organización Mundial de la Salud. (1992). CIE-10 *Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico*. Madrid: Meditor.
- Osuna, J. A. (2006). Estrés en médicos residentes en una Unidad de Atención Médica de tercer nivel. *Cirujano General*, 28, 103-109.
- Ozyurt, A., Hayran, O., y Sur, H. (2006). Predictors of burnout and job satisfaction among Turkish physicians. *An International Journal of Medicine*, 99, 161-169.
- Pablo González, R. D., y Suberviola González, J. F. (1998). Prevalencia del síndrome de burnout o desgaste profesional en los médicos de atención primaria. *Atención primaria*, 22, 580-584.
- Parada, M., Moreno, B., Mejías, R., Rivas, Z., Rivas, A., Cerrada, F., y Rivas, J. (2005). Satisfacción laboral y síndrome de burnout en el personal de enfermería del

Instituto Autónomo Hospital Universitario Los Andes (IAHULA), *Revista de la Facultad Nacional de Salud Pública*, 23,33-45.

Pavlakís, A., Raftopoulos, V., y Theodorou, M. (2010). Burnout syndrome in Cypriot physiotherapists: a national survey. *BMC Health Services Research*, 10, 63.

Pecino, C. V., de la Fuente, G. A. C., Aguayo, R., Fernández, R., y de la Fuente Solana, E. I. (2014). Which occupational risk factors are associated with burnout in nursing? A meta-analytic study. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 14, 28-38.

Peeters, M. C., Montgomery, A. J., Bakker, A. B., y Schaufeli, W. B. (2005). Balancing Work and Home: How Job and Home Demands Are Related to Burnout. *International Journal of Stress Management*, 12, 43-61

Pereda-Torales, L., Celedonio, M., Guillermo, F., Hoyos Vásquez, M. T., y Yáñez Zamora, M. I. (2009). Síndrome de burnout en médicos y personal paramédico. *Salud Mental*, 32, 399-404.

Pereira-Lima, K., y Loureiro, S. R. (2015). Burnout, anxiety, depression, and social skills in medical residents. *Psychology, Health & Medicine*, 20, 353-362.

Pérez, M. B., Lechuga, E. N., Aun, E. A., Pacheco, H. B., Rolón, K. R., y Sará, J. R. (2007). Síndrome de Burnout en estudiantes de internado del Hospital Universidad del Norte. *Revista Salud Uninorte*, 23, 43-51.

Pérez, J. y Martín, F. (2004). El apoyo social. *Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales* 3, 25-36.

- Pikó, B. (1999). Work-related stress among nurses: a challenge for health care institutions. *The Journal of the Royal Society for the Promotion of Health*, 119, 156-162.
- Piko, B. F. (2006). Burnout, role conflict, job satisfaction and psychosocial health among Hungarian health care staff: A questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*, 43, 311-318.
- Pines, A., Aronson, E. y Kafry, D. (1981). Burnout: From tedium to personal growth. En C. Cherniss (Ed.), *Staff burnout: Job stress in the human services*. Nueva York: Free Press.
- Pines, A. M. (1993). Burnout: an existential perspective. (W. B. Schaufeli, C. Maslach, & T. Marek (Eds), *Professional Burnout: Developments in Theory and Research*. Washington, DC: Taylor & Francis.
- Piedmont, R. L. (1993). A longitudinal analysis of burnout in the health care setting: The role of personal dispositions. *Journal of Personality Assessment*, 61, 457-473.
- Poghosyan, L., Clarke, S. P., Finlayson, M., y Aiken, L. H. (2010). Nurse burnout and quality of care: cross-national investigation in six countries. *Research in nursing & health*, 33, 288-298
- Poncet, M. C., Toullic, P., Papazian, L., Kentish-Barnes, N., Timsit, J. F., Pochard, F., ... & Azoulay, E. (2007). Burnout syndrome in critical care nursing staff. *American journal of respiratory and critical care medicine*, 175, 698-704.

- Poulsen, A., Khan, A., Meredith, P., Henderson, J., y Castrisos, V. (2012). Work-life factors and cardiovascular disease in paediatric occupational therapists. *The British Journal of Occupational Therapy*, 75, 237-243.
- Price, D. M., y Murphy, P. A. (1984). Staff burnout in the perspective of grief theory. *Death Education*, 8, 47-58.
- Raftopoulos, V., Charalambous, A., y Talias, M. (2012). The factors associated with the burnout syndrome and fatigue in Cypriot nurses: a census report. *BMC Public Health*, 12, 457-458.
- Revilla Ahumada, L., Luna del Castillo, J., Bailón Muñoz, E., y Medina Moruno, I. (2005). Validación del cuestionario MOS de apoyo social en Atención Primaria. *Medicina de Familia*, 6, 10-18.
- Ribeiro, V. F., Celso Filho, F., Valenti, V. E., Ferreira, M., de Abreu, L. C., de Carvalho, T. D., Valdelias X, De Oliveira, J., Gregory, P., Ribeiro E., Francisco, N. G., y Ferreira, C. (2014). Prevalence of burnout syndrome in clinical nurses at a hospital of excellence. *International archives of medicine*, 9, 7- 22.
- Ríos, M. I. (2009). Variables de personalidad y síndrome de estrés crónico asistencial: estudio exploratorio en personal de enfermería [Tesis doctoral de la Universidad de Murcia]. Recuperado de <http://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/11011/RiosRisquezMariaIsabel.pdf?sequence=1>

- Ríos-Risquez, M. I., y Godoy-Fernández, C. (2008). Relación entre satisfacción laboral y salud general percibida en profesionales de enfermería de urgencias. *Enfermería Clínica, 18*, 134-141.
- Ríos-Rísquez, M., Godoy Fernández, C., Peñalver Hernández, F., Alonso Tovar, A., López Alcaraz, F., López Romera, A., . . . Liebanas Bellón, R. (2008). Estudio comparativo del burnout en personal de enfermería de Cuidados Intensivos y Urgencias. *Enfermería Intensiva, 19* 2-13.
- Roth, M., Morrone, K., Moody, K., Kim, M., Wang, D., Moadel, A., y Levy, A. (2011). Career burnout among pediatric oncologists. *Pediatric Blood & Cancer, 57*, 1168-1173.
- Ruiz, C. O., y Ríos, F. L. (2004). El burnout o síndrome de estar quemado en los profesionales sanitarios: revisión y perspectivas. *International Journal of Clinical and Health Psychology, 4*, 137-160.
- Sandín, B., Valiente, R.M., y Chorot, R (1999). Evaluación del estrés psicosocial. En B. Sandín (Ed.), *El estrés psicosocial: Conceptos y consecuencias clínicas* (pp. 245-316). Madrid: Klinik.
- Sandín, B., Valiente, R. M., Montes, M. O., Chorot, P., y Germán, M. A. S. (2002). Versión española del cuestionario EPQR-Abreviado (EPQR-A) (II): Replicación factorial, fiabilidad y validez. *Revista de psicopatología y psicología clínica, 7*, 195-205.

- Schaufeli, W. B., Bakker, A. B., Van der Heijden, F. M., y Prins, J. T. (2009). Workaholism, burnout and well-being among junior doctors: The mediating role of role conflict. *Work & Stress*, 23, 155-172.
- Schaufeli, W. B., Bakker, A. B., Hoogduin, K., Schaap, C., y Kladler, A. (2001). On the clinical validity of the Maslach Burnout Inventory and the Burnout Measure. *Psychology & Health*, 16, 565-582.
- Schaufeli, W. B., y Buunk, B. P. (2003). Burnout: An overview of 25 years of research and theorizing. *The handbook of work and health psychology*, 2, 282-424.
- Schaufeli, W. B., y Enzmann, D. (1998). *The burnout companion to study and practice: A critical Analysis*. Washington, DC: Taylor & Francis.
- Schaufeli, W. B., Leiter, M. P., y Maslach, C. (2009). Burnout: 35 years of research and practice. *Career development international*, 14, 204-220.
- Schaufeli, W. B., y Van Dierendonck, D. (1995). A cautionary note about the cross-national and clinical validity of cut-off points for the Maslach Burnout Inventory. *Psychological reports*, 76, 1083-1090.
- Schwab, J. J. (1995). How to avoid burnout in medical practice. *The Journal of the Kentucky Medical Association*, 93, 23-27.
- Schaufeli, W. B., y Enzmann, D. (1998). *The burnout companion to research and practice: A critical analysis*. Londen: Taylor & Francis.
- Seisdedos, N. (1997). *MBI Inventario "Burnout de Maslach"*. Madrid: Ediciones TEA.

- Shanafelt, T. D., Gradishar, W. J., Kosty, M., Satele, D., Chew, H., Horn, L., Clark, B., Hanley, A., Chu, Q., Pippen, J. Sloan, J., y Raymond, M. (2014). Burnout and career satisfaction among US oncologists. *Journal of Clinical Oncology*, 32, 678-686.
- Sharma, A., Sharp, D. M., Walker, L. G., y Monson, J. R. T. (2008). Stress and burnout among colorectal surgeons and colorectal nurse specialists working in the National Health Service. *Colorectal Disease*, 10, 397-406.
- Schaufeli, W. B., Bakker, A. B., Van der Heijden, F. M., y Prins, J. T. (2009). Workaholism, burnout and well-being among junior doctors: The mediating role of role conflict. *Work & Stress*, 23, 155-172.
- Schaufeli, W.B. y Van Dierendonck, D. (1993). The construct validity of two burnout measures. *Journal of Organizational Behaviour*, 14, 631-647.
- Sherbourne, C. D., y Stewart, A. L. (1991). The MOS social support survey. *Social Science & Medicine*, 32, 705-714.
- Sherring, S., y Knight, D. (2009). An exploration of burnout among city mental health nurses. *British Journal of Nursing*, 18, 1234-1240.
- Shimizutani, M., Odagiri, Y., Ohya, Y., Shimomitsu, T., Kristensen, T. S., Maruta, T., y Iimori, M. (2008). Relationship of nurse burnout with personality characteristics and coping behaviors. *Industrial Health*, 46, 326-335.

- Shimizu, T., Mizoue, T., Kubota, S., Mishima, N., y Nagata, S. (2003). Relationship between burnout and communication skill training among Japanese hospital nurses: a pilot study. *Journal of Occupational Health*, 45, 185-190.
- Shinan-Altman, S., y Cohen, M. (2009). Nursing aides' attitudes to elder abuse in nursing homes: The effect of work stressors and burnout. *The Gerontologist*, 49, 674-684.
- Shirey, M. R. (2006). Stress and coping in nurse managers: two decades of research. *Nursing Economics*, 24, 193-203.
- Siguero, A. M., Pérez, M. G., González, M. A., y Cermeño, P. C. (2003). Prevalencia de desgaste profesional y psicomorbilidad en médicos de atención primaria de un área sanitaria de Madrid. *Atención Primaria*, 31, 572-574.
- Silva, R. M. D., Beck, C. L. C., Magnago, T. S. B. S., Carmagnani, M. I. S., Tavares, J. P., y Prestes, F. C. (2011). Trabalho noturno e a repercussão na saúde dos enfermeiros. *Escola Anna Nery*, 15, 270-276.
- Soothill, K., Barry, J., y Williams, C. (1992). Words and actions: a study in nurse wastage. *International Journal of Nursing Studies*, 29, 163-175.
- Sos Tena, P., Sobreques Soriano, J., Segura Bernal, J., Manzano Mulet, E., Rodríguez Muñoz, C., García García, M., y Cebrià, J. (2002). Desgaste profesional en los médicos de atención primaria de Barcelona. *Medifam*, 12, 17-25.
- Starrin, B., Larsson, G., y Styrborn, S. (1990). A Review and Critique of Psychological Approaches to the Burn-out Phenomenon. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 4, 83-91.

- Stimpfel, A. W., Sloane, D. M., y Aiken, L. H. (2012). The longer the shifts for hospital nurses, the higher the levels of burnout and patient dissatisfaction. *Health Affairs*, *31*, 2501-2509.
- Swider, B. W., y Zimmerman, R. D. (2010). Born to burnout: A meta-analytic path model of personality, job burnout, and work outcomes. *Journal of Vocational Behavior*, *76*, 487-506.
- Teixeira, C., Ribeiro, O., Fonseca, A. M., y Carvalho, A. S. (2013). Burnout in intensive care units-a consideration of the possible prevalence and frequency of new risk factors: A descriptive correlational multicentre study. *BMC Anesthesiology*, *13*, 38.
- Thommasen, H. V., Connelly, I., Lavanchy, M., Berkowitz, J., y Grzybowski, S. (2001). Short report: burnout, depression, and moving away. How are they related?. *Canadian Family Physician*, *47*, 747-749
- Thornton, P. I. (1992). The relation of coping, appraisal, and burnout in mental health workers. *The Journal of Psychology*, *126*, 261-271.
- Thorsen, V. C., Tharp, A. L., y Meguid, T. (2011). High rates of burnout among maternal health staff at a referral hospital in Malawi: A cross-sectional study. *BMC Nursing*, *23*, 9-10.
- Tirado, J. E., de Vargas, C. E. R., Algarrada, R. D. P., Borrego, P. D., Fiestas, M. A., y Domínguez, A. C. (2004). Prevalencia y factores asociados al síndrome de estar quemado (burnout) en los servicios de rehabilitación. *Rehabilitación*, *38*, 59-65.

- Tironi, M. O. S., Nascimento Sobrinho, C. L., Barros, D. D. S., Reis, E. J. F. B., Marques Filho, E. S., Almeida, A., Bitencourt A., Ramos, A. I., Serra, F., Cunha, I. C., França J., Guimarães, I., Barreto, M., Valverde, M., Santos, M., Bastos, M., y Souza, Y. G. D. (2009). Professional Burnout Syndrome among intensive care physicians in Salvador, Brazil. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 55, 656-662.
- Toledo, N. L., Lascano, L. A., Gómez, E. L., y Estrada, L. M. (2011). *Data mining en el sector público: análisis del sector de la salud*. [Tesis de Grado Escuela Superior Politecnica del Litoral]. Recuperada de <https://www.dspace.espol.edu.ec/bitstream/123456789/17112/1/Data%20Mining%20en%20el%20Sector%20P%C3%ABlico%20-%20An%C3%A1lisis%20del%20Sector%20Salud.pdf>
- Tomasi, E., Facchini, L. A., Piccini, R. X., Thumé, E., Silveira, D. S. D., Siqueira, F. V Rodrigues, M. A., Vieira, V., y Teixeira, V. A. (2008). Perfil sócio-demográfico e epidemiológico dos trabalhadores da atenção básica à saúde nas regiões Sul e Nordeste do Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 24, 193-201.
- Toppinen-Tanner, S., Ojajarvi, A., Väänäänen, A., Kalimo, R., y Jäppinen, P. (2005). Burnout as a predictor of medically certified sick-leave absences and their diagnosed causes. *Behavioral Medicine*, 31, 18-32.
- Tunc, T., y Kutanis, R. O. (2009). Role conflict, role ambiguity, and burnout in nurses and physicians at a university hospital in Turkey. *Nursing & Health Sciences*, 11, 410-416.

- Vahey, D. C., Aiken, L. H., Sloane, D. M., Clarke, S. P., y Vargas, D. (2004). Nurse burnout and patient satisfaction. *Medical Care*, 42, II57- II66
- Vásquez, J. F., Maruy-Saito, A., y Verne-Martin, E. (2014). Frecuencia del síndrome de burnout y niveles de sus dimensiones en el personal de salud del servicio de emergencia de pediatría del Hospital Nacional Cayetano Heredia en el año 2014: Lima, Perú. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 77, 168-174.
- Vidal, P. H., y Ferrer, A. R. (2002). Síndrome de Burnout en profesionales de enfermería de cuidados críticos. *Enfermería Intensiva*, 13, 9-16.
- Villanueva, R., Albadalejo, R., Ortega, P., Astasio, P., y Calle, M. E. Domínguez, V.. (2008). *Epidemiología del síndrome de burnout. Revista ROL Enfermería*, 31, 509-518.
- Waldman, S. V., Diez, J. C. L., Arazi, H. C., Linetzky, B., Guinjoan, S., y Grancelli, H. (2009). Burnout, perceived stress, and depression among cardiology residents in Argentina. *Academic Psychiatry*, 33, 296-301.
- Wallace, J. E., Lemaire, J. B., y Ghali, W. A. (2009). Physician wellness: a missing quality indicator. *The Lancet*, 374, 1714-1721.
- Walsh, M., Dolan, B., y Lewis, A. (1998). Burnout and stress among A&E nurses. *Emergency nurse: the journal of the RCN Accident and Emergency Nursing Association*, 6, 23-30.
- Wang, J. (2005). Work stress as a risk factor for major depressive episode (s). *Psychological Medicine*, 35, 865-871.

- Wright, T. A., y Cropanzano, R. (1998). Emotional exhaustion as a predictor of job performance and voluntary turnover. *Journal of Applied Psychology*, 83, 486-493.
- Wu, S., Zhu, W., Wang, Z., Wang, M., & Lan, Y. (2007). Relationship between burnout and occupational stress among nurses in China. *Journal of Advanced Nursing*, 59, 233-239.
- Ximena, F. B. M. (2014). El síndrome de burnout en un centro de rehabilitación infantil de México. *Revista Mexicana de Neurociencia*, 15, 74-80
- Zamora, G. L. H., Castejón, E. O., y Fernández, I. I. (2004). Estar quemado (burnout) y su relación con el afrontamiento. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 4, 323-336.
- Zanatta, A. B., y Lucca, S. R. D. (2015). Prevalence of Burnout syndrome in health professionals of an onco-hematological pediatric hospital. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 49, 0253-0258.
- Zellars, K. L., y Perrewé, P. L. (2001). Affective personality and the content of emotional social support: coping in organizations. *Journal of Applied Psychology*, 86, 459-467.
- Zellars, K. L., Perrewé, P. L., y Hochwarter, W. A. (2000). Burnout in health care: The role of the five factors of personality. *Journal of Applied Social Psychology*, 30, 1570-1598.

VII. ANEXOS



ANEXO 1

CUESTIONARIO DE LAS CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y DEMOGRÁFICAS DE LOS PARTICIPANTES

En las siguientes preguntas solicitamos que llene los datos pedidos en los que corresponda y en los otros ítems marquen con una X en el recuadro respectivo.

Sociodemográficas

Sexo: Hombre Mujer

Edad: ____ años

Número de Hijos: _____

Etnia: Mestizo Blanco Afro ecuatoriano Indígena

Estado Civil: Soltero Casado Pareja de hecho Divorciado/separado Viudo/a

Laboral

Ingresos familiares mensuales:

0-1000 USD 1001-2000 USD 2001-3000 USD 3001-4000 USD

4001-5000 USD 5001-6000 USD

Profesión: Médico/a Enfermero/a

Total en años de la experiencia laboral: _____

Dedicación: Tiempo completo Tiempo parcial

Sector en el que trabaja: Privado Público Mixto

El Tipo de Contrato que posee en esta institución es:

Ninguno Eventual Ocasional Contrato Fijo Indefinido

Servicios profesionales

En cuantas instituciones está trabajando actualmente incluya su consultorio privado _____

Horas de trabajo diarias _____

El trabajo que realiza es: Con turnos Sin turnos

Durante la jornada del trabajo que porcentaje atención directa tiene con los pacientes:

Ninguno 0- 25 % 26-50% 51-75% 76% o 100%

Número de pacientes que atiende diariamente: _____

La institución provee de los recursos necesarios para su trabajo.

Nada Poco Bastante Totalmente

Le recordamos la importancia del estudio para su colectivo ocupacional y que sus respuestas serán únicas.

ANEXO 2

INVENTARIO DE *BURNOUT* DE MASLACH

[MBI]

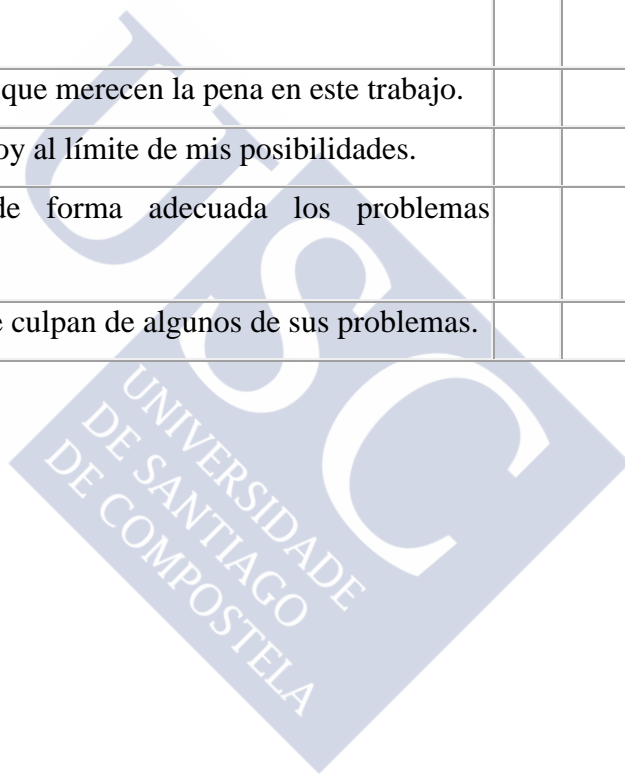
A continuación encontrará una serie de enunciados acerca de su trabajo y de sus sentimientos en él. Tiene que saber que no existen respuestas mejores o peores. Los resultados de este cuestionario son estrictamente confidenciales y en ningún caso accesible a otras personas. Su objeto es contribuir al conocimiento de las condiciones de su trabajo y su nivel de satisfacción.

A cada una de las frases debe responder expresando la frecuencia con que tiene ese sentimiento, poniendo una cruz en la casilla correspondiente al número que considere más adecuado.

Nunca	Alguna vez al año o menos	Una vez al mes o menos	Algunas veces al mes	Una vez a la semana	Varias veces a la semana	Diariamente
0	1	2	3	4	5	6

	0	1	2	3	4	5	6
1. Debido a mi trabajo me siento emocionalmente agotado.							
2. Al final de la jornada me siento agotado.							
3. Me encuentro cansado cuando me levanto por las mañanas y tengo que enfrentarme a otro día de trabajo.							
4. Puedo entender con facilidad lo que piensan mis pacientes.							
5. Creo que trato a algunos pacientes como si fueran objetos.							
6. Trabajar con pacientes todos los días es una tensión para mí.							
7. Me enfrento muy bien con los problemas que me presentan mis pacientes.							
8. Me siento agobiado por el trabajo.							
9. Siento que mediante mi trabajo estoy influyendo positivamente en la vida de otros.							
10. Creo que tengo un comportamiento más insensible con la gente desde que hago este trabajo.							
11. Me preocupa que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente.							
12. Me encuentro con mucha vitalidad.							

13. Me siento frustrado por mi trabajo.									
14. Siento que estoy haciendo un trabajo demasiado duro.									
15. Realmente no me importa lo que les ocurrirá a algunos de los pacientes a los que tengo que atender.									
16. Trabajar en contacto directo con los pacientes me produce bastante estrés.									
17. Tengo facilidad para crear una atmósfera relajada a mis pacientes.									
18. Me encuentro animado después de trabajar junto con los pacientes.									
19. He realizado muchas cosas que merecen la pena en este trabajo.									
20. En el trabajo siento que estoy al límite de mis posibilidades.									
21. Siento que se tratar de forma adecuada los problemas emocionales en el trabajo.									
22. Siento que los pacientes me culpan de algunos de sus problemas.									



ANEXO 3

CUESTIONARIO DE SALUD GENERAL

[GHQ-28]

Por favor, conteste a todas las preguntas, simplemente seleccionando las respuestas que, a su juicio, se acercan más a lo que siente o ha sentido. Recuerde que no se pretende conocer los problemas que ha tenido en el pasado, sino los recientes y actuales

<p>A1.¿Se ha sentido perfectamente bien de salud y en plena forma?</p> <p><input type="checkbox"/> Mejor que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> Igual que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> Peor que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> Mucho peor que lo habitual.</p>	<p>B1.¿Sus preocupaciones le han hecho perder mucho sueño?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. No, en absoluto.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. No más de lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Bastante más que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Mucho más que lo habitual.</p>
<p>A2.¿Ha tenido la sensación de que necesitaba un energizante?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. No, en absoluto.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. No más de lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Bastante más que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Mucho más que lo habitual.</p>	<p>B2.¿Ha tenido dificultades para seguir durmiendo de corrido toda la noche?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. No, en absoluto.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. No más de lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Bastante más que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Mucho más que lo habitual.</p>
<p>A3. ¿Se ha sentido agotado y sin fuerzas para nada?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. No, en absoluto.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. No más de lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Bastante más que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Mucho más que lo habitual.</p>	<p>B3.¿Se ha notado constantemente agobiado y en tensión?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. No, en absoluto.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. No más de lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Bastante más que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Mucho más que lo habitual.</p>
<p>A4.¿Ha tenido la sensación de que estaba enfermo?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. No, en absoluto.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. No más de lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Bastante más que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Mucho más que lo habitual.</p>	<p>B4.¿Se ha sentido con los nervios a flor de piel y malhumorado?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. No, en absoluto.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. No más de lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Bastante más que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Mucho más que lo habitual.</p>
<p>A5.¿Ha padecido dolores de cabeza?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. No, en absoluto.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. No más de lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Bastante más que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Mucho más que lo habitual.</p>	<p>B5. ¿Se ha asustado o ha tenido pánico sin motivo?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. No, en absoluto.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. No más de lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Bastante más que lo habitual.</p>

	<input type="checkbox"/> 4. Mucho más que lo habitual.
A6. ¿Ha tenido sensación de opresión en la cabeza, o de que la cabeza le iba a estallar? <input type="checkbox"/> 1. No, en absoluto. <input type="checkbox"/> 2. No más de lo habitual. <input type="checkbox"/> 3. Bastante más que lo habitual. <input type="checkbox"/> 4. Mucho más que lo habitual.	B6. ¿Ha tenido la sensación de que todo se le viene encima? <input type="checkbox"/> 1. No, en absoluto. <input type="checkbox"/> 2. No más de lo habitual. <input type="checkbox"/> 3. Bastante más que lo habitual. <input type="checkbox"/> 4. Mucho más que lo habitual.
A7. ¿Ha tenido oleadas de calor o escalofríos? <input type="checkbox"/> 1. No, en absoluto. <input type="checkbox"/> 2. No más de lo habitual. <input type="checkbox"/> 3. Bastante más que lo habitual. <input type="checkbox"/> 4. Mucho más que lo habitual.	B7. ¿Se ha notado nervioso y "a punto de explotar" constantemente? <input type="checkbox"/> 1. No, en absoluto. <input type="checkbox"/> 2. No más de lo habitual. <input type="checkbox"/> 3. Bastante más que lo habitual. <input type="checkbox"/> 4. Mucho más que lo habitual.
C1. ¿Se las ha arreglado para mantenerse ocupado y activo? <input type="checkbox"/> 1. Más activo que lo habitual. <input type="checkbox"/> 2. Igual que lo habitual. <input type="checkbox"/> 3. Bastante menos que lo habitual. <input type="checkbox"/> 4. Mucho menos que lo habitual.	D1. ¿Ha pensado que usted es una persona que no vale para nada? <input type="checkbox"/> 1. No, en absoluto. <input type="checkbox"/> 2. No más de lo habitual. <input type="checkbox"/> 3. Bastante más que lo habitual. <input type="checkbox"/> 4. Mucho más que lo habitual.
C2. ¿Le cuesta más tiempo hacer las cosas? <input type="checkbox"/> 1. Menos tiempo que lo habitual. <input type="checkbox"/> 2. Igual que lo habitual. <input type="checkbox"/> 3. Más tiempo que lo habitual. <input type="checkbox"/> 4. Mucho más que lo habitual.	D2. ¿Ha venido viviendo la vida totalmente sin esperanza? <input type="checkbox"/> 1. No, en absoluto. <input type="checkbox"/> 2. No más de lo habitual. <input type="checkbox"/> 3. Bastante más que lo habitual. <input type="checkbox"/> 4. Mucho más que lo habitual.
C3. ¿Ha tenido la impresión, en conjunto, de que está haciendo las cosas bien? <input type="checkbox"/> 1. Mejor que lo habitual. <input type="checkbox"/> 2. Aproximadamente lo mismo. <input type="checkbox"/> 3. Peor que lo habitual.	D3. ¿Ha tenido el sentimiento de que la vida no merece la pena vivirse? <input type="checkbox"/> 1. No, en absoluto. <input type="checkbox"/> 2. No más de lo habitual. <input type="checkbox"/> 3. Bastante más que lo habitual.

<input type="checkbox"/> 4. Mucho peor que lo habitual.	<input type="checkbox"/> 4. Mucho más que lo habitual.
<p>C4. ¿Se ha sentido satisfecho con su manera de hacer las cosas?</p> <input type="checkbox"/> 1. Más satisfecho. <input type="checkbox"/> 2. Aproximadamente lo mismo. <input type="checkbox"/> 3. Menos que lo habitual. <input type="checkbox"/> 4. Mucho menos satisfecho que lo habitual.	<p>D4. ¿Ha pensado en la posibilidad de “quitarse de en medio”?</p> <input type="checkbox"/> 1. Claramente, no. <input type="checkbox"/> 2. Me parece que no. <input type="checkbox"/> 3. Se me ha pasado por la mente. <input type="checkbox"/> 4. Claramente lo he pensado.
<p>C5. ¿Ha sentido que está jugando un papel útil en la vida?</p> <input type="checkbox"/> 1. Más útil que lo habitual. <input type="checkbox"/> 2. Igual que lo habitual. <input type="checkbox"/> 3. Menos útil que lo habitual. <input type="checkbox"/> 4. Mucho menos que lo habitual.	<p>D5. ¿Ha notado que a veces no puede hacer nada porque tiene los nervios desquiciados?</p> <input type="checkbox"/> 1. No, en absoluto. <input type="checkbox"/> 2. No más de lo habitual. <input type="checkbox"/> 3. Bastante más que lo habitual. <input type="checkbox"/> 4. Mucho más que lo habitual.
<p>C6. ¿Se ha sentido capaz de tomar decisiones?</p> <input type="checkbox"/> 1. Más que lo habitual. <input type="checkbox"/> 2. Igual que lo habitual. <input type="checkbox"/> 3. Menos que lo habitual. <input type="checkbox"/> 4. Mucho menos que lo habitual.	<p>D6. ¿Ha notado que desea estar muerto y lejos de todo?</p> <input type="checkbox"/> 1. No, en absoluto. <input type="checkbox"/> 2. No más de lo habitual. <input type="checkbox"/> 3. Bastante más que lo habitual. <input type="checkbox"/> 4. Mucho más que lo habitual.
<p>C7. ¿Ha sido capaz de disfrutar sus actividades normales de cada día?</p> <input type="checkbox"/> 1. Más que lo habitual. <input type="checkbox"/> 2. Igual que lo habitual. <input type="checkbox"/> 3. Menos que lo habitual. <input type="checkbox"/> 4. Mucho menos que lo habitual.	<p>D7. ¿Ha notado que la idea de quitarse la vida le viene repentinamente a la cabeza?</p> <input type="checkbox"/> 1. Claramente, no. <input type="checkbox"/> 2. Me parece que no. <input type="checkbox"/> 3. Se me ha pasado por la mente. <input type="checkbox"/> 4. Claramente lo he pensado.



ANEXO 4

INVENTARIO COPE-28

Las siguientes afirmaciones se refieren a la manera que usted tiene de manejar los problemas. Indique si está utilizando las siguientes estrategias de afrontamiento señalando el número que corresponda a la respuesta más adecuada para usted, según los siguientes criterios:

0	1	2	3
No he estado haciendo esto en absoluto	He estado haciendo esto un poco	He estado haciendo esto bastante	He estado haciendo esto mucho

1. Me he estado centrando en el trabajo y otras actividades para apartar mi mente de cosas desagradables.	0	1	2	3
2. He estado concentrando mis esfuerzos en hacer algo acerca de la situación en la que estoy.				
3. Me he estado diciendo a mí mismo "esto no es real".				
4. He estado tomando alcohol u otras drogas para sentirme mejor.				
5. He estado consiguiendo apoyo emocional de los demás.				
6. He estado dejando de intentar hacerle frente.				
7. He estado dando pasos para intentar mejorar la situación.				
8. Me he estado negando a creer que esto ha sucedido.				
9. He estado diciendo cosas para dejar salir mis sentimientos desagradables.				
10. He estado recibiendo ayuda y consejo de otras personas.				
11. He estado consumiendo alcohol u otras drogas para ayudarme a superarlo.				
12. He estado intentando verlo desde otra perspectiva que lo haga parecer más positivo.				
13. Me he estado criticando a mí mismo.				
14. He estado intentando dar con alguna estrategia acerca de qué hacer.				
15. He estado consiguiendo consuelo y comprensión de alguien.				
16. He estado dejando de intentar afrontarlo.				
17. He estado buscando algo bueno en lo que está pasando.				
18. He estado haciendo bromas sobre ello.				
19. He estado haciendo cosas para pensar menos en ello, como ir al cine, ver la televisión, leer, soñar despierto, dormir o ir de compras.				
20. He estado aceptando la realidad del hecho de que ha ocurrido.				
21. He estado expresando mis sentimientos negativos.				
22. He estado intentando encontrar consuelo en mi religión o creencias espirituales.				
23. He estado intentando conseguir consejo o ayuda de otros acerca de qué hacer.				
24. He estado aprendiendo a vivir con ello.				
25. He estado pensando mucho acerca de los pasos a seguir				
26. Me he estado culpando a mí mismo por cosas que sucedieron.				
27. He estado rezando o meditando.				
28. He estado burlándome de la situación.				

ANEXO 5

CUESTIONARIO DE APOYO SOCIAL
[MOS]

Las siguientes preguntas se refieren al apoyo o ayuda de que usted dispone:

1.- Aproximadamente, ¿Cuántos amigos íntimos o familiares cercanos tiene usted? (personas con las que se siente a gusto y puede hablar acerca de todo lo que se le ocurre). Escriba el número de amigos íntimos _____ y familiares cercanos: _____

Todos buscamos a otras personas para encontrar compañía, asistencia u otros tipos de ayuda ¿Con qué frecuencia dispone usted de cada uno de los siguientes tipos de apoyo cuando lo necesita? Señale el número que corresponda a la respuesta más adecuada para usted según los siguientes criterios:

Nunca	Pocas veces	Algunas veces	La mayoría de veces	Siempre
1	2	3	4	5

	1	2	3	4	5
2. Alguien que le ayude cuando esté enfermo.					
3. Alguien con quien pueda contar cuando necesita hablar.					
4. Alguien que le aconseje cuando tenga problemas.					
5. Alguien que le lleve al médico cuando lo necesita.					
6. Alguien que le muestre amor y afecto.					
7. Alguien con quien pasar un buen rato.					
8. Alguien que le informe y le ayude a entender una situación.					
9. Alguien en quien confiar o con quien hablar de sí mismo y sus preocupaciones.					
10. Alguien que le abrace.					
11. Alguien con quien pueda relajarse.					
12. Alguien que le prepare la comida si no puede hacerlo.					
13. Alguien cuyo consejo realmente desee.					
14. Alguien con quien hacer cosas que le ayuden a olvidar sus problemas.					
15. Alguien que le ayude en sus tareas domésticas si está enfermo.					
16. Alguien con quien compartir sus temores o problemas más íntimos.					
17. Alguien que le aconseje como resolver sus problemas personales.					
18. Alguien con quien divertirse.					
19. Alguien que comprenda sus problemas.					
20. Alguien a quien amar y hacerle sentirse querido.					

ANEXO 6

**CUESTIONARIO DE PERSONALIDAD DE EYSENCK REVISADO-
ABREVIADO [EPQR-A]**

Las siguientes preguntas se refieren a distintos modos de pensar y sentir. Lea cada pregunta y coloque una cruz bajo la palabra SI o la palabra No según sea su modo de pensar o sentir. No hay respuestas buenas o malas, todas sirven.

Descripción	Si	No
1. ¿Tiene con frecuencia subidas y bajadas de su estado de ánimo?		
2. ¿Es usted una persona comunicativa?		
3. ¿Lo pasaría muy mal si viese sufrir a un niño o a un animal?		
4. ¿Es usted una persona de carácter alegre?		
5. ¿Alguna vez ha deseado más ayudarse a sí mismo/a que compartir con otros?		
6. ¿Tomaría drogas que pudieran tener efectos desconocidos o peligrosos?		
7. ¿Ha acusado a alguien alguna vez de hacer algo sabiendo que la culpa era de usted?		
8. ¿Prefiere actuar a su modo en lugar de comportarse según las normas?		
9. ¿Se siente con frecuencia harto/a («hasta la coronilla»)?		
10. ¿Ha cogido alguna vez algo que perteneciese a otra persona (aunque sea un broche o un bolígrafo)?		
11. ¿Se considera una persona nerviosa?		
12. ¿Piensa que el matrimonio está pasado de moda y que se debería suprimir?		
13. ¿Podría animar fácilmente una fiesta o reunión social aburrida?		
14. ¿Es usted una persona demasiado preocupada?		
15. ¿Tiende a mantenerse callado/o (o en un 2º plano) en las reuniones o encuentros sociales?		
16. ¿Cree que la gente dedica demasiado tiempo para asegurarse el futuro mediante ahorros o seguros?		
17. ¿Alguna vez ha hecho trampas en el juego?		
18. ¿Sufre usted de los nervios?		
19. ¿Se ha aprovechado alguna vez de otra persona?		
20. Cuando está con otras personas ¿es usted más bien callado/a?		
21. ¿Se siente muy solo/a con frecuencia?		
22. ¿Cree que es mejor seguir las normas de la sociedad que las suyas propias?		
23. ¿Las demás personas le consideran muy animado/a?		
24. ¿Pone en práctica siempre lo que dice?		