

Fernando Zubiaga Terrón

Validación del Cuestionario de
Subtipos Clínicos de Burnout
BCSQ-36 en personal de Atención
Primaria

Departamento
Medicina, Psiquiatría y Dermatología

Director/es
Montero Marín, Jesús
García Campayo, Javier

<http://zaguan.unizar.es/collection/Tesis>



Universidad
Zaragoza

Tesis Doctoral

VALIDACIÓN DEL CUESTIONARIO DE SUBTIPOS CLÍNICOS DE BURNOUT BCSQ-36 EN PERSONAL DE ATENCIÓN PRIMARIA

Autor

Fernando Zubiaga Terrón

Director/es

Montero Marín, Jesús
García Campayo, Javier

UNIVERSIDAD DE ZARAGOZA
Medicina, Psiquiatría y Dermatología

2016

Validación del Cuestionario de Subtipos Clínicos de Burnout BCSQ-36 en personal de Atención Primaria



Fernando Zubiaga Terrón

Directores

Javier García Campayo
Jesús Montero Marín

Departamento de Medicina,
Psiquiatría y Dermatología

Universidad de Zaragoza



TESIS DOCTORAL

VALIDACIÓN DEL CUESTIONARIO DE SUBTIPOS CLÍNICOS DE
“BURNOUT” (BCSQ-36) EN PERSONAL SANITARIO DE
ATENCIÓN PRIMARIA.

Autor

Fernando Zubiaga Terrón.

Directores

Dr. Javier García Campayo

Dr. Jesús Montero Marín.

UNIVERSIDAD DE ZARAGOZA

Departamento de Medicina, Psiquiatría y Dermatología



Dr. Javier García Campayo, Profesor médico asociado

Dr. Jesús Montero Marín,

Departamento de Medicina, Psiquiatría y Dermatología

FACULTAD DE MEDICINA

Universidad de Zaragoza

D. Javier García Campayo y D. Jesús Montero Marín

CERTIFICAN:

Que las investigaciones que se exponen en la Memoria: **Validación del Cuestionario de Subtipos Clínicos de “Burnout” (BCSQ-36) en personal sanitario de Atención Primaria de la Comunidad de Aragón**, presentada por el licenciado **D. Fernando Zubiaga Terrón**, para aspirar al grado de Doctor por la Universidad de Zaragoza, han sido realizadas bajo nuestra dirección en todas las etapas, reflejando con toda fiabilidad los resultados obtenidos. Tras haber revisado esta Memoria, la encontramos conforme para ser presentada, defendida en acto público y juzgada por el Tribunal que al efecto se designe.

Lo que firmamos en Zaragoza a 13 de Noviembre de 2015



Fdo. Javier García Campayo

Fdo. Jesús Montero Marín

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar quiero mencionar a mis directores y agradecerles su apoyo para poder realizar este trabajo. Al Dr. Jesús Montero Marín por su disposición a prestarme su ayuda para solucionar mis dudas y dificultades, que han sido muchas. Al Dr. Javier García Campayo por darme la oportunidad de poder cumplir un viejo anhelo.

Mi gratitud a todo el personal de la Unidad de Investigación de Atención Primaria del Centro de Salud Arrabal. Especialmente a Marta Puebla Guedea y a M^a Cruz Pérez Yus por solucionarme los problemas burocráticos casi inmediatamente y siempre con una sonrisa. Gracias chicas.

A todo el personal sanitario de los Centros de Salud que han colaborado, por su participación, por aguantar mis charlas y mis prisas.

Al primer lector de la Introducción por prestarse a hacerlo y por obligarme a rehacer todo lo hecho. Gracias José Ángel.

A quien me ha enseñado que el WhatsApp también sirve para, de una forma discreta, enviar ánimos y apoyo. Gracias Juan.

Aunque aún no lo sabe, a la persona que va a compartir sus conocimientos informáticos para ayudarme a elaborar la presentación que tengo pensada. Gracias Alfredo.

A todos mis compañeros/as de trabajo por aguantar mis ausencias. Aunque no sé si me habéis echado de menos. Gracias amigos/as.

Quisiera expresar un agradecimiento especial a la Dra Carmen Montón Franco por su confianza en mi trabajo y por su apoyo durante estos últimos años. ¡Lo hemos conseguido Carmen!

Y como no, a quienes durante estos últimos meses se han olvidado de mí y de vez en cuando asomaban la cabeza para preguntar qué tal o para comprobar si seguía vivo. Por aguantar mis peroratas cargadas de frustración cuando algo no me salía bien y por hablarme de otras cosas en los ratos que compartíamos. Gracias cariño. Gracias cariñito.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN

01.- EL ESTRÉS.

01.1.- Concepto.	8
01.1.1.- Teorías basadas en la respuesta.	8
01.1.2.- Teorías basadas en el estímulo.	9
01.1.3.- Teorías basadas en la interacción.	10
01.2.- Definición de estrés.	10
01.3.- El estrés laboral.	11

02.- MARCO LEGAL.

02.1.- Ley 31/1995 de 8 de noviembre de Prevención de Riesgos Laborales.	14
--------------------------------------------------------------------------	----

03.- CONCEPTO DE “*BURNOUT*”

03.1.- Antecedentes.	16
03.2.- Definición.	18
03.3.- Factores de riesgo/Consecuencias	
03.3.1.- Factores de riesgo.	19
03.3.2.- Consecuencias.	22
03.4.- Fases de desarrollo.	23
03.5.- Epidemiología.	24

04.- MODELOS EXPLICATIVOS.

04.1.- Modelos psicosociales.	25
04.2.- Modelo basado en la propuesta de Farber.	28

05.- EVALUACIÓN Y MEDIDAS.

05.1.- Cuestionarios.	32
05.1.1.- Cuestionarios desarrollados en el extranjero.	32
05.1.2.- Cuestionarios desarrollados en España.	34
05.2.- Maslach Burnout Inventory (MBI).	37
05.3.- Burnout Clinical Subtype Questionnaire (BCSQ-36).	40

06.- Colectivos afectados por el síndrome de “burnout”	
06.1.- Personal sanitario.	41
06.2.- Personal docente.	44
06.3.- Otros colectivos afectados.	
06.3.1.- Trabajadores sociales.	52
06.3.2.- Policías.	53
06.3.3.- Militares.	54
07.- PREVENCIÓN.	56
08.- MINDFULNESS.	57
09.- RESILIENCIA.	58
10.- AFECTOS.	60
11.- AUTOESTIMA.	62
12.- JUSTIFICACIÓN.	64
MATERIAL Y MÉTODO.	
01.- Diseño.	66
02.- Ámbito de estudio.	66
03.- Selección de sujetos.	68
04.- Tamaño muestral.	68
05.- Instrumentos utilizados.	69
06.- Calidad de los datos.	74
07.- Tratamiento estadístico de los datos.	75
08.- Desarrollo de la investigación.	76
09.- Aspectos éticos.	77
10.- Objetivos.	
10.1.- Objetivo principal.	78
10.2.- Objetivos secundarios.	78
11.- Hipótesis.	78

RESULTADOS.

01.- Características sociodemográficas de la muestra.	80
02.- Validez factorial.	81
03.- Consistencia Interna.	85
04.- Validez convergente.	87
05.- Relación con otros constructos.	88

DISCUSIÓN.

91

CONCLUSIONES.

103

ANEXOS.

Anexo I.- Cuestionario de Características Sociodemográficas y Laborales.	105
Anexo II.- Cuestionario de Subtipos Clínicos de "Burnout" (BCSQ-36).	106
Anexo III.- Maslach Burnout Inventory General Survey (MBI-GS).	107
Anexo IV.- Escala de Compromiso (UWES).	108
Anexo V.- Mindfulness (MAAS).	109
Anexo VI.- Escala de Resiliencia (CD-RISC).	110
Anexo VII.- Aceptación y Acción (AAQ-II).	111
Anexo VIII.- Injusticia Percibida.	112
Anexo IX.- Escala de Autoestima (PBSE).	113
Anexo X.- Escala de afectos (PANAS).	114
Anexo XI.- Informe dictamen Comité Ético (CEICA) proyecto investigación.	115
Anexo XII.- Informe dictamen Comité Ético (CEICA) proyecto Tesis.	116
Anexo XIII.- Formulario consentimiento informado.	117
Anexo XIV.- Información para el participante.	118
BIBLIOGRAFÍA.	120

INTRODUCCIÓN

INTRODUCCIÓN

01.- EL ESTRÉS

01.1.- Concepto

Para tener una idea global acerca del significado del estrés es necesario hacer referencia a los tres tipos de teorías al respecto, basadas en la respuesta, en el estímulo y en la interacción.

01.1.1.-Teorías basadas en la respuesta.

Los enfoques fisiológicos y bioquímicos consideran el estrés en términos de respuesta. Es Hans Selye el principal representante de estas teorías.

Selye define en un primer momento el estrés como “el estado que se manifiesta por un síndrome específico, consistente en todos los cambios inespecíficos inducidos dentro de un sistema biológico” (1960, p.65) Posteriormente lo redefine remarcando que se trata de respuestas inespecíficas del organismo a las demandas hechas sobre él.

De igual manera define al estresor, agente desencadenante del estrés, como cualquier estímulo (físico, psicológico, cognitivo o emocional) que altere el equilibrio del organismo y provoque una respuesta inespecífica de necesidad de reajuste o estrés. (Selye, 1954, 1960, 1983).

Para Selye la respuesta de estrés se produce en tres fases:

1ª/Reacción de alarma, activación física y psíquica ante el estresor.

2ª/ Etapa de resistencia, el organismo trata de adaptarse a la situación.

3ª/ Etapa de agotamiento, aparece bien cuando no se ha conseguido la adaptación, bien cuando el estresor es demasiado severo y prolongado. El organismo se agota y las habilidades del individuo para enfrentarse al estresor se ven mermadas.

A esta estructura de respuesta Selye la denominó Síndrome General de Adaptación (SGA).

En esta misma línea Sandín (Sandín 1989, p.54) define el estrés de la siguiente manera:

“En condiciones de equilibrio el organismo vive bajo la actividad normal de sus funciones biopsicosociales moduladas por los ritmos de sueño y vigilia. Bajo estas condiciones, el funcionamiento fisiológico y psicológico, está sometido a niveles de activación que se consideran normales. Esta activación fluctúa según las vivencias diarias y ordinariamente está asociada a emociones (ira, tristeza, alegría...). El estrés

se produce cuando ocurre una alteración en este funcionamiento normal por la acción de algún agente externo o interno. El organismo, en estas circunstancias, reacciona de forma extraordinaria realizando un esfuerzo para contrarrestar el equilibrio. La respuesta de estrés es extraordinaria, implica esfuerzo y produce una sensación subjetiva de tensión (presión), esto suele suponer un incremento de la activación o inhibición y por tanto un cambio en los estados emocionales”.

01.1.2.-Teorías basadas en el estímulo

Los enfoques psicológicos y psicosociales asumen el estrés centrándolo en el estímulo.

Estas teorías definen el estrés según las características asociadas a los estímulos del ambiente, es decir el estrés se localiza fuera del individuo, estos estímulos provocan alteración o “*strain*” en el funcionamiento psicofisiológico del organismo. Es en esta línea en la que se basa el enfoque psicosocial del estrés o enfoque de los sucesos vitales (Holmes y Rahe) Para ellos los sucesos vitales son eventos sociales que requieren algún tipo de cambio respecto al habitual ajuste del individuo, de modo que a mayor cambio mayor probabilidad de enfermar. Los sucesos vitales pueden ser extraordinarios o traumáticos como el fallecimiento de un ser querido, sufrir una enfermedad grave o tener una grave crisis económica, pero también pueden ser situaciones más o menos normales como un divorcio, ser despedido del trabajo o tener problemas con amigos, vecinos o familiares. El que estas situaciones potencialmente estresantes provoquen respuestas psicofisiológicas nocivas para la salud depende de la tolerancia que cada individuo tenga y esta a su vez de los estilos de afrontamiento basados en valores, creencias y actitudes (Beck, 1984) por ejemplo para alguien que valore mucho la opinión de los demás le resultará más estresante una situación en la que tenga que ser evaluado que para alguien que entienda que no a todo el mundo le puede gustar lo que uno haga.

El apoyo social percibido es también un atenuante de las situaciones potencialmente estresantes. (Sandin 1995).

01.1.3.-Teorías basadas en la interacción

Las teorías interactivas o transaccionales se centran en los factores psicológicos, principalmente cognitivos, que arbitran entre los estímulos y las respuestas de estrés. (Cohen et al., 1995a; Sandin 1995)

El máximo representante de esta teoría es Richard S. Lazarus (1966 y 1993: Lazarus y Folkman, 1984) estos autores definen el estrés como la interacción entre el sujeto y su entorno, ya que el estrés depende de las evaluaciones cognitivas y emocionales del sujeto sobre sí mismo y sobre el contexto (Lazarus, 1996; 2000).

Según Lazarus y Folkman (1984), el sujeto hace una valoración de los estresores o “*appraisal*” y, en una primera evaluación, los estima como una amenaza, un daño-pérdida, un desafío o un beneficio. En segundo lugar, valora sus propios recursos para afrontar la situación. Finalmente se produce una reevaluación que implica procesos de retroalimentación o “*feedback*” a medida que se desarrolla la interacción entre el sujeto y el estresor.

El estrés se considera un proceso dinámico y la respuesta de estrés es diferencial, pues depende de los acontecimientos estresantes pero también de la evaluación y la capacidad de afrontamiento del individuo (Kasl,1996). En contraposición con las teorías anteriores donde el sujeto es pasivo ante el estrés.

01.2.-Definición de estrés

Actualmente, está demostrado que ninguna de las tres teorías anteriores es capaz de ofrecer una definición completa del estrés. Pese a ello las tres orientaciones mencionan un componente ambiental (estresor o situación estresante) ante el que el organismo tiene que actuar.

Cohen et al. (1995a) definen el estrés como “ un proceso en el cual las demandas ambientales exceden la capacidad de adaptación de un organismo, dando lugar a cambios físicos y psicológicos que pueden aumentar en las personas el riesgo a sufrir enfermedades “(pag.3)

Mc Grath (1979) (ver NTP 318) lo define como “ un desequilibrio sustancial (percibido) entre la demanda y la capacidad de respuesta (del individuo) bajo condiciones en la que el fracaso ante esta demanda posee importantes consecuencias (percibidas)”.

Otra definición podemos ver en Riesgos Psicosociales en Aragón "la presión o tensión experimentada por la percepción de un desequilibrio entre la demanda de la situación y la capacidad personal para responder con éxito a esa demanda, cuando las consecuencias de la resolución son percibidas como importantes".(pag.41)

Queda clara la dificultad para definir el estrés, no obstante, esto no ha sido obstáculo para que el estrés sea un constructo fundamental en la investigación por su papel como variable predictora del inicio y del mantenimiento de enfermedades mentales y físicas (Sapolsky,2008).

Dentro de los nuevos enfoques en la investigación sobre el estrés, (Peiró, lección magistral) destaca cuatro de estas orientaciones por su relevancia, en primer lugar el enfoque desde la Psicología Positiva, pues centra la atención en el estrés positivo o eustress, corrigiendo de esta forma las investigaciones que se centraban exclusivamente en el estrés negativo o distress.

Nelson y Simmons (2003) definen el eustress como 'una respuesta psicológica positiva a un estresor, producida como resultado de la presencia de estados psicológicos positivos' (p. 104), y *distress* como "una respuesta psicológica negativa a un estresor, producida como resultado de la presencia de estados psicológicos negativos" (p. 104). En segundo lugar, la necesidad de ampliar el análisis del estrés, teniendo en cuenta no solo las demandas del puesto de trabajo y la adaptación del trabajador a las mismas sino también los procesos sociales, organizacionales y culturales.

En tercer lugar la orientación anticipatoria del estrés, centrando la atención en las estrategias de afrontamiento y su eficacia. Y por último un enfoque multinivel que amplía el análisis del estrés laboral incluyendo el sistema de trabajo en su conjunto, las políticas y prácticas de recursos humanos y la estructura organizacional, junto a otros aspectos organizacionales (Peiró, lección magistral)

01.3.- El estrés laboral

En las últimas décadas el mercado laboral ha sufrido una gran transformación, marcada fundamentalmente por el cambio en las tareas y en los puestos de trabajo, la flexibilidad en la contratación y la producción. Si a esto le añadimos los avances tecnológicos y la globalización, estamos hablando de una nueva situación que supone un reto tanto para los empresarios como para los trabajadores.(Agencia europea para

la seguridad en el trabajo). Estos cambios, a menudo van seguidos de otros problemas como el estrés laboral.

El estrés laboral es la segunda dolencia relacionada con el trabajo más común, después del dolor de espalda, y afecta al 28 % de los trabajadores en la Unión Europea. El estrés laboral suele reflejar la existencia de problemas psicosociales en el entorno laboral. (Agencia europea para la seguridad en el trabajo).

En la definición de la Comisión Europea está implícito que “el estrés laboral es el conjunto de reacciones emocionales, cognitivas, fisiológicas y del comportamiento a ciertos aspectos adversos o nocivos del contenido, la organización o el entorno de trabajo [...]. El estrés se produce por la mala adecuación entre la persona y su trabajo, por los conflictos entre nuestros roles en el trabajo y fuera de él, y por no tener un nivel razonable de control de nuestro propio trabajo y de nuestra propia vida” (*Guía sobre el estrés relacionado con el trabajo. ¿La sal de la vida o el beso de la muerte?*, 1999).

Entre los estresores exteriores propios de las demandas de trabajo podemos destacar los siguientes: (NTP 318)

Sobrecarga de trabajo: La cantidad o complejidad de la tarea, además del tiempo disponible para su realización y que supera la capacidad del trabajador.

Infracarga de trabajo: El volumen del trabajo está muy por debajo del necesario para tener activo al trabajador.

Infrautilización de habilidades: Las actividades de la tarea están por debajo de la capacidad profesional del trabajador.

Repetitividad: Tareas monótonas y rutinarias y/o repetidas en ciclos de muy poco tiempo.

Ritmo de trabajo: La organización no concede autonomía al trabajador para marcar su ritmo de trabajo pues está predeterminado.

Ambigüedad de rol: El trabajador no conoce cuál es su papel laboral dentro de la organización.

Conflicto de rol: Existen demandas conflictivas, conflictos de competencia.

Relaciones personales: Problemas de relación con superiores jerárquicos, subordinados y compañeros de trabajo

Inseguridad en el trabajo: Incertidumbre sobre el futuro en el puesto de trabajo (despido).

Promoción: Dificultad o falta de información a la hora de conseguir un ascenso.

Falta de participación: La empresa restringe o no facilita la iniciativa, la toma de decisiones, la consulta a los trabajadores tanto en temas relativos a su propia tarea como en otros aspectos del ámbito laboral.

Control: Excesiva supervisión por los superiores, limitando así el poder de decisión y la iniciativa de los trabajadores.

Formación: Falta de entrenamiento o de aclimatación previo al desempeño de una tarea.

Cambios en la organización: Cambios en el ámbito de la organización que suponga por parte del trabajador un gran esfuerzo adaptativo que no es facilitado por la empresa.

Responsabilidad: La tarea del trabajador implica una gran responsabilidad.

Contexto físico: Problemática derivada del ambiente físico del trabajo, que molesta, dificulta e impide la correcta ejecución de las demandas del trabajo y que en algunos momentos por su peligrosidad puedan provocar en el individuo un sentimiento de amenaza.

Una de las consecuencias derivadas de la exposición de los trabajadores a este tipo de demandas que pueden ser nocivas para la salud es el síndrome de “*burnout*”.

02.- MARCO LEGAL

02.1.- Ley 31/1995 de 8 de noviembre de Prevención de Riesgos

Laborales.

La Ley 31/1995 de Prevención de Riesgos Laborales (LPRL) establece, como una obligación del empresario, planificar la actividad preventiva a partir de una evaluación inicial de los riesgos para la seguridad y la salud de los trabajadores (artículo 16.1). En esta evaluación de los riesgos laborales deben contemplarse todos los factores de riesgo, incluidos los de carácter psicosocial. Por lo tanto, la actuación sobre los factores de riesgo psicosocial debe estar integrada en el proceso global de gestión de la prevención de riesgos en la empresa. (NTP.-704).

En la ley 31/1995 no se hace mención explícita a los factores psicosociales, no es hasta la aparición del RD39/1997 cuando en su artículo 34 establece cuatro especialidades en los Servicios de Prevención, siendo una de ellas ergonomía y psicología aplicada, además en este mismo Real Decreto en el Anexo VI (Contenido Mínimo del Programa de Formación, para el Desempeño de las Funciones de Nivel Superior) en el apartado 4º dedicado a la especialidad de ergonomía y psicología aplicada aparecen como contenido de formación esencial:

- (f) Factores de naturaleza psicosocial.
- (i) Estrés y otros problemas psicosociales.
- (j) Consecuencias de los factores psicosociales nocivos y su evaluación.
- (k) Intervención psicosocial.

El síndrome de estar quemado por el trabajo o “*burnout*” es una patología derivada de la interacción del individuo con unas determinadas condiciones psicosociales nocivas de trabajo. Cuando no se realiza la evaluación y la prevención de riesgos psicosociales o no se protege adecuadamente al trabajador frente a esta consecuencia o, en todo caso, no se adapta el trabajo a la persona, este síndrome puede aparecer.

La necesidad de estudiar el síndrome de quemarse por el trabajo está asociada al derecho a la protección de la salud que todo trabajador tiene, en cuanto está insertado en una organización. Este derecho implica no estar sometido a las distintas causas de exposición que son origen de cualquier posible merma de salud. Así, en el caso del “*burnout*” se produce ese daño por causas de exposición a riesgos psicosociales,

organizativos o de ordenación del trabajo en los entornos de demandas de servicio humano. (NTP 702).

La legislación en diversas sentencias considera al burnout como accidente laboral, como por ejemplo las sentencias del TSJPV 2 de Noviembre de 1999, Juzgado de lo Social Nº 3 de Vitoria 27 de Marzo de 2002, Juzgado de lo Social nº 16 de Barcelona del 27 de Diciembre de 2002. Sala de lo Social del Tribunal Supremo 26 de Octubre de 2000 o la del Tribunal Superior de Justicia de Castilla La Mancha 31 de Marzo de 2004 (rec. 2184/03).

03.- CONCEPTO DE BURNOUT

03.1.- Antecedentes

La primera vez que el término “*burnout*” aparece en la literatura científica es gracias a Herbert Freudenberger en 1974, quien proporcionó experiencias directas del proceso por el cual él y otros compañeros de la clínica psiquiátrica donde trabajaban, experimentaron agotamiento emocional y una pérdida de motivación y compromiso. Describe este síndrome como “una experiencia de agotamiento, decepción y pérdida de interés por la actividad laboral que surge en los profesionales que trabajan en contacto directo con personas en la prestación de servicios como consecuencia del ejercicio diario del trabajo”.

En 1976 Christina Maslach y colaboradores entrevistaron a una amplia gama de trabajadores en servicios humanos sobre el estrés emocional de sus puestos de trabajo, entre los que se incluyeron abogados, médicos, trabajadores sociales, psicólogos y psiquiatras, enfermeras, etc... y descubrieron que las estrategias de afrontamiento tenían implicaciones importantes para la identidad profesional y el comportamiento en el trabajo (Maslach C. Schaufeli W.B. y Leiter M.P. 2001). Para Maslach, estos trabajadores se enfrentaban al estrés del trabajo mediante un distanciamiento con las personas a las que prestaban sus servicios, lo que tenía efectos perjudiciales para ambos.

(Maslach, 1976) afirmó que el “*burnout*” aparecía más frecuentemente en personas que trabajaban durante largas horas en contacto directo con sus pacientes o clientes, siendo menos frecuente este síndrome en personal administrativo.

Unos años después, Pines, Aronson y Kafry (1981) definieron el síndrome como “un estado de agotamiento físico, emocional y mental causado por estar implicada la persona durante largos períodos de tiempo en situaciones que le afectan emocionalmente”.

Por tanto, la investigación sobre el “*burnout*” tuvo sus raíces en profesiones donde se prestaban servicios o cuidados a otras personas y donde el núcleo del trabajo era la relación entre el profesional y el paciente/cliente. Este contexto interpersonal del trabajo significa que, desde el principio, el “*burnout*” no fue estudiado tanto como una respuesta de estrés individual, sino en términos de relaciones interpersonales en el lugar de trabajo. (Maslach C. Schaufeli W.B. y Leiter M.P. 2001).

Estos mismos autores en una revisión sobre la investigación en “*burnout*” establecieron dos fases en el desarrollo de la misma, en la primera fase o fase pionera, los escritos se basaban en la experiencia de las personas que trabajaban en servicios humanos y sanitarios, donde el objetivo es proporcionar ayuda y servicios a las personas necesitadas. En este contexto hay presentes factores estresantes emocionales e interpersonales. En esta línea de investigación destacan los trabajos de Freudenberger y Maslach, entre otros, citados anteriormente.

En la siguiente fase o fase empírica, se pueden distinguir dos etapas, la década de los ochenta y la década de los noventa.

En la década de los ochenta el trabajo sobre el “*burnout*” se desplazó hacia la investigación empírica más sistemática. Este trabajo era más de naturaleza cuantitativa, utilizando cuestionarios y estudiando poblaciones numerosas. Un enfoque particular de esta investigación fue la evaluación del “*burnout*”, desarrollándose varios instrumentos de medida diferentes como el MBI-HSS entre otros de los que más adelante hablaremos.

En la década de los noventa esta fase empírica continuó, pero con varias direcciones nuevas. En primer lugar, el concepto de “*burnout*” se extendió a las ocupaciones más allá de los servicios humanos y la educación (por ejemplo, oficina, tecnología informática, militares, gerentes). En segundo lugar, la investigación fue realizada con una más sofisticada metodología y mejores herramientas estadísticas.

El “*burnout*” adquirió relevancia gracias al trabajo de Christina Maslach y Susan E. Jackson, quienes en 1981, lo definieron como “un síndrome de cansancio emocional, despersonalización y baja realización personal, que puede ocurrir entre individuos que trabajan con personas”.

Establecieron así las tres dimensiones básicas del “*burnout*”. Maslach C. Schaufeli W.B. y Leiter M.P. (2001).

Cansancio emocional, es la dimensión individual y central del “*burnout*”. La persona intenta abarcar demasiadas cosas y tiene la sensación de no dar más de sí, de no tener recursos tanto a nivel emocional como físico. El cansancio emocional es la dimensión que más comúnmente declaran los sujetos que sufren “*burnout*”. El agotamiento es el responsable de las acciones que el individuo realiza para distanciarse emocionalmente del trabajo.

Despersonalización, es la dimensión contextual interpersonal del “*burnout*”. Se refiere a las respuestas hacia diversos aspectos del trabajo que el sujeto efectúa. Es la respuesta impersonal y fría, en ocasiones insolente y desconsiderada, hacia los receptores de los servicios o cuidados del profesional. Los sujetos usan el distanciamiento cognitivo, mediante indiferencia o cinismo, cuando están agotados física o emocionalmente.

Baja realización personal, es la dimensión de autoevaluación del “*burnout*”. Hace referencia a sentimientos de incompetencia y a una falta de realización y productividad en el trabajo. En algunos casos parece depender del agotamiento, de la despersonalización o de una combinación de ambos. La falta de eficacia parece surgir de una falta de recursos mientras que el agotamiento y la despersonalización surgen de la sobrecarga de trabajo y de los conflictos sociales en el entorno laboral.

03.2.- Definición

Gil-Monte lo define como “una forma de acoso psicosocial en el trabajo, de naturaleza distinta al acoso psicológico o “*mobing*”, donde el individuo se ve desbordado e impotente para enfrentar las dificultades que el entorno laboral, especialmente social, le genera” (Olivares y Gil-Monte 2009)

La definición de “*burnout*” más aceptada y contrastada empíricamente es la de Maslach y Jackson (1981) quienes consideran que es una respuesta inadecuada a un estrés emocional crónico cuyos rasgos principales son, agotamiento físico y/o psicológico, actitud fría y despersonalizada en la relación hacia los demás y un sentimiento de inadecuación a las tareas que ha de realizar.

La diferencia con el estrés laboral es que este supondría efectos positivos y negativos para el individuo, mientras que el “*burnout*” solo tendría efectos negativos.

En un primer momento el síndrome de “*burnout*” se limitó a profesionales de servicios, personal sanitario y educadores fundamentalmente, aunque poco a poco se ha comprobado que cualquier trabajador sea cual sea su profesión está expuesto a sufrir “*burnout*” (Edelwich y Brodsky 1980).

Esta situación les llevó a redefinir las tres dimensiones básicas, de modo que el Agotamiento sigue siendo fatiga y cansancio ante el trabajo pero formulada de manera genérica y referida al mundo laboral, sin mencionar a los usuarios o pacientes. La Despersonalización pasa a llamarse Cinismo y se refiere a la indiferencia y distanciamiento frente al trabajo que se realiza. La diferencia entre ambas radica en que el Cinismo se refiere al fracaso en el manejo de los problemas de adaptación tanto

al trabajo como a la tarea que realiza cualquier profesional y la Despersonalización se refiere al fracaso en el afrontamiento del agotamiento emocional de los profesionales de servicios. La dimensión Falta de Realización Personal pasa a denominarse Eficacia Profesional y está más centrada en aspectos laborales. (Riesgos Psicosociales en Aragón p-p 88)

03.3.- Factores de riesgo/Consecuencias

03.3.1.- Factores de riesgo.

Según Nagy et al. (1992) y Sandoval (1993) se pueden clasificar en tres tipos de variables los factores de riesgo de sufrir "*burnout*".

- Variables intrapersonales o propias del individuo como aspectos de personalidad, sentimientos, pensamientos, emociones o actitudes, entre otras. -- Variables profesionales u organizacionales, propias de la organización, pueden generar situaciones nocivas para el trabajador además de ser un factor importante en la interacción entre éste y el puesto de trabajo.

-Variables interpersonales o ambientales, no relacionadas con el ámbito laboral y sí con la familia, amigos o estilos de vida.

Los resultados encontrados en la literatura ofrecen resultados muy dispares en cuanto a si estas variables son factores de riesgo, factores protectores o simplemente no afectan al desarrollo del "*burnout*".

Dentro de las variables intrapersonales podemos distinguir las de tipo sociodemográfico y las relativas a características de personalidad.

Las características sociodemográficas más estudiadas son las siguientes:

- **Sexo**, diferentes estudios muestran una mayor predisposición a padecer "*burnout*" en las mujeres, fundamentalmente la dimensión de Cansancio Emocional. (Albadalejo et al. 2004; Embriaco et al.2007; Poncet et al 2007; Atance 1997; Grau 2008; Solano 2002; Maslach 2001). En otros concluyen que existe una mayor predisposición en los hombres en las dimensiones de Despersonalización y Realización Personal (Molina 2005; Maslach 1997; Gil-Monte 1999; Manzano 1999; Solano 2002). Otros, sin embargo, no encuentran ninguna relación significativa entre el sexo y las dimensiones del "*burnout*" (Esteva 2006; Moreno 2002; Sos Tena 2002; Frade 2008).

- **Edad**, en la literatura podemos encontrar, al igual que ocurre con el sexo, distintas opciones. A mayor edad mayor predisposición a padecer "*burnout*" sobre todo la

dimensión Cansancio Emocional (Gil-Monte 1996; Hillhouse 1997; Prieto 2002; Molina 2005; Atance 1997). A menor edad mayor predisposición (Manzano 2003; Beck 1987; Martín 2006; Sos Tena 2002; Grau 2008) y otros no encuentran ninguna relación (Esteva 2006; Albadalejo 2004; Moreno 2002; Frade 2008)

- **Estado civil**, menor “*burnout*” en casados o emparejados (Freudemberger 1975; Martín 2006; Lozano 2003) más Cansancio Emocional en casados (Albadalejo 2004; Sos Tena 2002) mayor predisposición a sufrir “*burnout*” en separados, divorciados o solteros (Grau 2008). No encuentran ninguna relación (Esteva 2006; Solano 2002; Frade 2008)

- **Antigüedad en el trabajo**, Mayor predisposición en la dimensión Cansancio Emocional a mayor antigüedad (Frade 2008; Solano 2002; Sos Tena 2002; Albadalejo 2004). Menor Realización Personal en más antiguos y mayor Cansancio Emocional cuanto mayor sea el tiempo dedicado al mismo puesto laboral (Atance 1997). Mayor predisposición en jóvenes con poca antigüedad (Grau 2008). No se encuentra ninguna relación (Esteva 2006).

- **Número de hijos**, menor predisposición al “*burnout*” si se tienen hijos (Muñoz 2002; Freudemberger 1975; Martín 2006), mayor predisposición si no se tienen hijos y menor con solo uno (Moreno 2002). No se encuentra ninguna relación (Frade 2008; Atance 1997).

Dentro de las características de personalidad, las más estudiadas son:

- **Locus de control externo**, parece claro que existe una predisposición mayor a padecer “*burnout*” en aquellos con un locus de control externo, es decir personas que atribuyen todo lo que les sucede a situaciones externas a ellos o a la suerte (Maslach 2001; Gebhardt 2005; Wilson 1989; Wilski 2015, Partlak 2014; Gray 2011). Al igual que ocurre con el estrés (Belloch y Sandín 1995)

- **Autoestima**, (Bakker 2006; Lang 2005)

- **Personalidad**, parece que existe asociación entre trabajadores con desórdenes de personalidad y tanto “*burnout*” como estrés. (Freestone 2015). La característica de irritabilidad de las personas con patrón de conducta tipo A está asociado con el “*burnout*” (Hallberg 2007).

Según Maslach y Leiter (2001) bajos niveles de resistencia al estrés, baja autoestima, locus de control externo y estilo de afrontamiento de huida conforman las características personales de riesgo para padecer “*burnout*”. La conducta tipo A (estilo de vida acelerado, competitivo, con tendencia a la irritabilidad y con necesidad de tenerlo todo controlado) está relacionada con el Cansancio Emocional.

Otros factores objeto de investigación han sido los siguientes:

- Categoría profesional.
- Ansiedad y depresión.
- Estrategias de afrontamiento.
- Indefensión aprendida.
- Interés social.
- Demandas emocionales.
- Estrategias de afrontamiento inadecuadas.
- Autoeficacia.
- Autoconcepto.
- Expectativas personales.

Dentro de los factores de la organización cabe destacar:

- **Satisfacción laboral**, el tener un ambiente laboral donde uno se encuentra satisfecho y valorado por los compañeros puede ser un factor protector ante el “*burnout*” (Albadalejo 2004; Esteva 2006; Grau 2008)
- **Tipo de contrato**, las personas con contrato fijo tienen más tendencia a padecer Cansancio Emocional (Muñoz 2002; Freudenberger 1975; Martín 2006; Sos Tena 2002; Solano 2002), en los trabajadores con contrato eventual la dimensión que parece predominar es la Despersonalización (Molina 2005)
- **Horario**, los trabajadores a turnos puntúan alto en Despersonalización y bajo en Realización Personal (García 2004; Solano 2002)
- **Sobrecarga**, la sobrecarga predice altos niveles de Cansancio Emocional y bajo bienestar psicológico (Amutio et al 2008), el “*burnout*” es una respuesta al escaso tiempo por paciente y a la sobrecarga laboral, especialmente la dimensión de Cansancio Emocional (Maslach, Schaufeli y Leiter 2001). Un nivel alto de sobrecarga no provoca una reacción de “*burnout*” si se tiene un aceptable control sobre el trabajo (Portoghese et al. 2014), un número excesivo de horas trabajadas puede ser precursor de “*burnout*” (Nishimura et al. 2014).
- **Apoyo social**, diversos estudios apoyan la idea del apoyo social como factor modulador no solo en el “*burnout*” si no también en otras enfermedades (Albar et al 2004; Álvarez et al 2003).

Otros factores estudiados referidos a la organización son:

- Relaciones con los compañeros.
- Satisfacción vital.
- Exigencias vitales.
- Número de horas de trabajo.
- Número de pacientes atendidos.

- Exigencias del trabajo.
- Grado de autonomía en el trabajo.
- Tipo de servicio.
- Conflicto y ambigüedad de rol.
- Dinámica negativa de trabajo.
- Inadecuación profesional.
- Apoyo organizacional.
- Rigidez organizacional.
- Participación en la toma de decisiones.
- Compromiso con el trabajo.

03.3.2.- Consecuencias.

(Gil Monte 2006) las divide en dos niveles: consecuencias para el trabajador y consecuencias para la organización.

Dentro de las consecuencias para el trabajador destacar la aparición de alteraciones psicosomáticas de tipo cardiovascular, respiratorio, muscular, digestivo y del sistema nervioso.

La NTP 705 incluye también:

- Alteraciones conductuales, tales como conducta despersonalizada en la relación con el cliente, absentismo laboral, desarrollo de conductas de exceso como abuso de barbitúricos, estimulantes y otro tipo de sustancias (café, tabaco o alcohol), cambios bruscos de humor, incapacidad para vivir de forma relajada, problemas de concentración, superficialidad en el contacto con los demás, comportamientos de alto riesgo, aumento de conductas hiperactivas y agresivas.
- Emocionales, predominio del agotamiento emocional, síntomas disfóricos, distanciamiento afectivo como forma de autoprotección, ansiedad, sentimientos de culpabilidad, impaciencia e irritabilidad, baja tolerancia a la frustración, sentimiento de soledad, sentimiento de alienación, sentimientos de impotencia, desorientación, aburrimiento, vivencias de baja realización personal, sentimientos depresivos.
- Actitudinales, actitudes de desconfianza, apatía, cinismo e ironía hacia los clientes de la organización, hostilidad, suspicacia y poca verbalización en las interacciones.
- Sociales y de relaciones interpersonales, actitudes negativas hacia la vida en general, disminuye la calidad de vida personal, aumento de los problemas de pareja, familiares y en la red social extralaboral del sujeto, debido a que las interacciones son hostiles, la comunicación es deficiente, no se verbaliza y se tiende al aislamiento.

Dentro de las consecuencias para la organización, se produce un deterioro de la calidad asistencial, baja satisfacción laboral, absentismo elevado, tendencia a abandonar el trabajo, disminución del interés para realizar el trabajo, aumento de conflictos entre compañeros, clientes o supervisores y una disminución de la calidad de vida profesional de los afectados. (Gil Monte 2006).

En la misma línea la NTP-705 dice, "se manifiesta en un deterioro de la comunicación y de las relaciones interpersonales (indiferencia o frialdad con las personas que trabaja), disminuye la capacidad de trabajo, disminuye el compromiso, baja el rendimiento y la eficacia, se da un mayor absentismo y una mayor desmotivación, aumentan las rotaciones y los abandonos de la organización, resulta muy afectada la calidad de los servicios que se presta a los clientes, surgen sentimientos de desesperación e indiferencia frente al trabajo, se produce un aumento de quejas de usuarios o clientes, etc..."

03.4.- Fases de desarrollo.

Edelwich y Brodsky (1980) han propuesto las siguientes fases por las que pasan los sujetos que sufren "*burnout*".

- Fase de idealismo y entusiasmo. El sujeto experimenta, ante el nuevo trabajo entusiasmo, gran energía y expectativas positivas aunque poco realistas. Se produce una sobrecarga de trabajo voluntario debido a un exceso de involucramiento. El incumplimiento de expectativas provoca un sentimiento de desilusión.

- **Fase de estancamiento.** El sujeto percibe que la relación entre el esfuerzo y la recompensa no es equilibrada lo que provoca una disminución de las actividades desarrolladas y la pérdida del entusiasmo inicial. En esta etapa tiene lugar un desequilibrio entre las demandas del trabajo y los recursos del trabajador que puede abocar en un problema de estrés psicosocial. El profesional se siente incapaz de dar una respuesta eficaz además de reconocer que necesita efectuar cambios en el ámbito laboral.

- **Fase de frustración y apatía.** Es la fase central del síndrome. La frustración, desilusión o desmoralización aparecen en el trabajador lo que le lleva a paralizar sus actividades, desarrollando apatía y falta de interés. El trabajo ya no tiene sentido. La salud empieza a empeorar y pueden surgir problemas emocionales, conductuales y físicos. Una de las respuestas de esta fase es defensiva-evitativa de las situaciones estresantes. Se evita el contacto con los compañeros, se produce absentismo e

incluso abandono total del trabajo. Este tipo de comportamientos si se cronifican dan paso a la siguiente etapa.

- **Fase de distanciamiento o de quemado.** Colapso emocional y cognitivo que puede provocar importantes daños en la salud. Sentimientos de vacío total que puede provocar distanciamiento emocional y desvalorización profesional. Se produce el efecto opuesto al de la primera etapa, del entusiasmo e idealismo inicial se pasa a evitar desafíos tratando de no arriesgar el puesto de trabajo pues pese a la frustración posee compensaciones, como el sueldo, que justifican la falta de satisfacción.

03.5.- Epidemiología

Los datos disponibles en la literatura respecto a la epidemiología son muy dispares. En una revisión realizada por Margo M.C.et al. en 2014 acerca de la prevalencia de burnout en personal sanitario del servicio de cuidados intensivos de diferentes países, incluyendo 14 estudios de Europa, otros tantos de Norte América, 8 de Asia, 2 de Sud América, uno de África y otro de Australia encontraron que la prevalencia de “*burnout*” oscilaba entre 0% y 70 %, la de tener un nivel alto de Cansancio Emocional entre 7,6% y 52%, en Despersonalización entre 3,3% y 41,8% y en Realización Personal entre 6% y 75,9%.

En España estudios realizados al respecto muestran un disparidad de resultados similar, en la siguiente tabla se puede comprobar tal afirmación.

Cansancio Emocional oscila entre 11,7% y 59,7 %

Despersonalización entre 4,05 % y 64,6 %

Realización personal entre 16,9% y 43 %

“*Burnout*” entre 6% y 5,05 %

AUTOR	MUESTRA	CE %	DP %	RP %	BURNOUT %
Prieto Albino 2002	MÉDICOS AP (MAP) <i>Cáceres</i>	31,6	34,8	41,7	
Cebriá 2007	MAP <i>Barcelona</i>	47,5	40,6	28,3	
Esteva 2005	MAP y MIR <i>Mallorca</i>	30,2	34,9	43	
Solano 2015	Enfermería UCI <i>Alicante</i>	14,24	4,05	36,76	55,05
Matia Cubillo 2005	MAP <i>Burgos</i>	56,8	37	37	21,6
Frade 2009	Médicos, enfermeros ,MIR <i>Madrid</i>	37	57	29	14 (13 MAP, 16 Enf, 14 MIR)
Sánchez Madrid	Cirujanos ortopédicos. <i>España</i>	44,1	64,6	24,5	
De Pablo González 1998	MAP <i>Zaragoza</i>	59,7	36,1	31,2	
Caballero Martín 2001	MAP, enfermeros, auxiliares, <i>Madrid</i>	30,6	31,2	24	
Albaladejo 2004	Enfermeros, <i>Madrid</i>	11,7	9,2	16,9	30,5
Puialto 2006	Enfermeros. <i>Vigo</i>	51,5	35,15	33,5	13
Navarro González 2014	MAP enfermeros. <i>Navarra</i>				21 (6 MAP.9 Enf)
Frutos Llanes 2014	Médicos. <i>Ávila</i>	34,8	16,23	25,8	16
Vilá 2014	Médicos enfermeros. <i>Barcelona</i>				21,5 (9 Med. 6 Enf)
Molina Siguero.2003	MAP. <i>Madrid</i>				12,3

04.- MODELOS EXPLICATIVOS

Una de las deficiencias más importantes en el estudio del “*burnout*” es la falta de modelos teóricos que dirijan la investigación y que relacionen el estudio del síndrome con otros campos de la Psicología Social (Gil-Monte y Peiró 1999).

04.1.- Modelos Psicosociales.

Los modelos psicosociales que tratan de dar una explicación al “*burnout*” pueden englobarse en tres grandes grupos:

- A/ Relacionados con la teoría sociocognitiva del yo.
- B/ Dentro de la teoría del intercambio social.
- C/ Basados en la teoría organizacional.

Los modelos basados en la teoría sociocognitiva del yo se basan en el papel que las variables cognitivas (actitudes, creencias, autoconcepto, autoeficacia) desempeñan en la explicación del síndrome de “*burnout*”. Piensan que el grado de confianza que un sujeto tenga en sus propias capacidades será clave para poder alcanzar sus objetivos, además esas variables cognitivas están en la base de la aparición de ciertas reacciones emocionales, como el estrés o la depresión, que pueden aparecer en el

transcurso de logro del objetivo. Cabe destacar los siguientes modelos: modelo de competencia social de Harrison (1983), modelo de Cherniss (1993), modelo de Pines (1993), modelo de Spanoil y Caputo (1979) y el modelo de autocontrol de Thompson, Page y Cooper (1993)

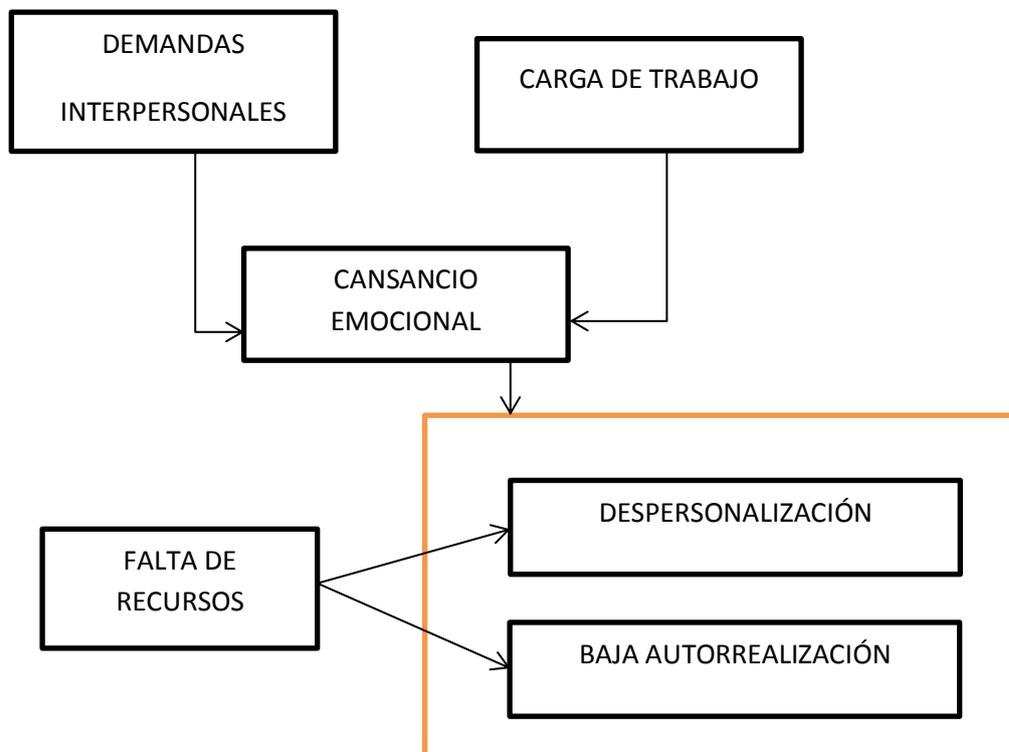
Dentro de la teoría del intercambio social, se encuentran el modelo de comparación social de Buunk y Schaufeli (1993) o el modelo de Hobfoll y Freedy (1993 y 1994).

Postulan que la etiología del síndrome de “*burnout*” radica en las percepciones de falta de equidad o falta de ganancia en las relaciones interpersonales. Para Homans (1961) uno de los creadores de la teoría del intercambio social, la conducta social que se da entre dos personas que interactúan es un intercambio, de manera que en esa relación ambas esperan obtener una recompensa y se mantendrá si sus expectativas se confirman. De modo que si un sujeto percibe que aporta más de lo que recibe podría desarrollar “*burnout*” siempre que no sea capaz de resolver adecuadamente la situación.

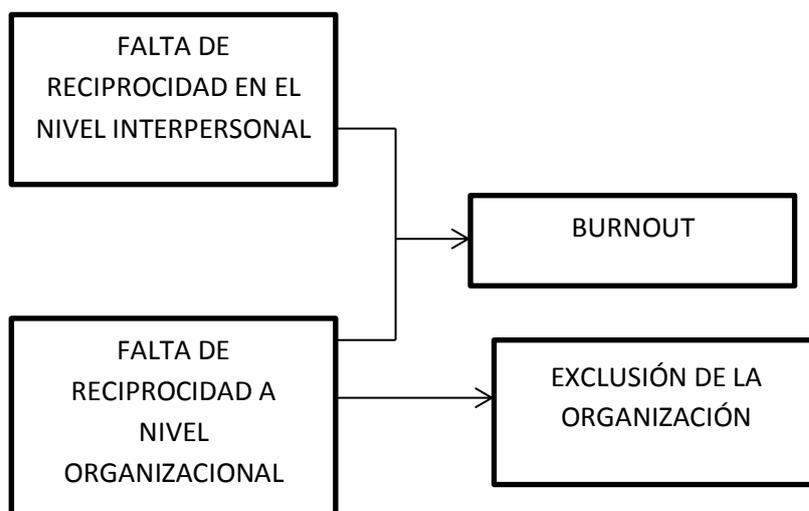
Por último los modelos desarrollados dentro de la teoría organizacional se caracterizan por dar relevancia a los estresores del contexto de la organización y a las estrategias de afrontamiento que el individuo pone en práctica ante la experiencia de sufrir “*burnout*”. Modelo de Golembiewski (1983), modelo de Cox, Kuk y Leiter (1993) y modelo de Winnubust (1993), estos son los más destacados dentro de este enfoque. Por otra parte Gil-Monte y Peiró (Gil-Monte, 1994; Gil-Monte et al. 1997) han postulado que “*burnout*” puede ser integrado en los modelos cognitivos y transaccionales de estrés laboral, como una respuesta al estrés percibido que aparece después de un proceso de reevaluación cognitiva cuando las estrategias de afrontamiento usadas por los sujetos no son eficaces para reducir ese estrés percibido. Esta perspectiva integra el papel de las cogniciones y emociones como variables mediadoras en la relación entre el estrés laboral y las respuestas actitudinales y conductuales (Gil-Monte y Peiró 1997b y 1999; Gil-Monte et al. 1998).

A continuación de manera esquemática expondré los modelos de Leiter 1993, Scaufeli 1996 y Gil.Monte 2005. (NTP 704 y 705)

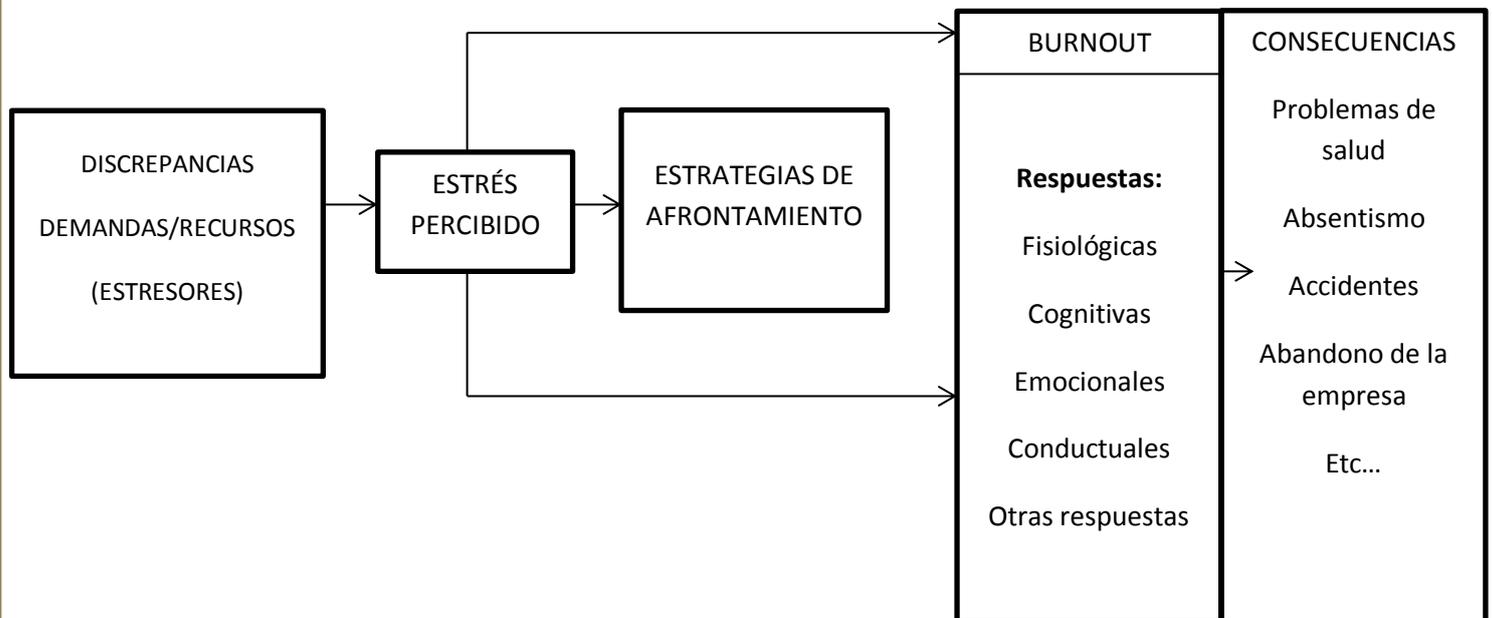
Modelo de proceso de "burnout", Leiter 1993



Modelo de intercambio social, Schaufeli 1996



Proceso y consecuencias de burnout, Gil-Monte 2005



04.2.- Modelo basado en la propuesta de Farber.

Farber (Farber, 2001) critica el hecho de que la mayoría de los investigadores hayan considerado el “*burnout*” como un síndrome de etiología relativamente consistente e iguales síntomas en todos los individuos.

Él desde una perspectiva fenomenológica basada en su experiencia clínica propuso la diferenciación del síndrome basado en la descripción de tres perfiles clínicos (Farber 1990 y 2001) Estos diferentes tipos de “*burnout*”, el autor los clasifica como “frenético”, “sin desafíos” y “desgastado” que podrían ser el resultado de diferentes formas de responder al estrés y a la frustración en el trabajo.

Los sujetos clasificados dentro del tipo frenético trabajan cada vez más, hasta el agotamiento y buscan la satisfacción o el éxito para equilibrar el estrés causado por los esfuerzos invertidos. Los individuos del tipo sin desafíos no tienen motivación suficiente y hacen frente a las condiciones de trabajo monótonas y poco estimulantes que no les proporcionan satisfacción con indiferencia. Los sujetos del tipo desgastado

se dan por vencidos cuando se enfrentan a un estrés excesivo o a una escasa gratificación en el trabajo. En consecuencia, mientras que algunos profesionales hacen frente a la insatisfacción, invirtiendo más esfuerzos en un intento de lograr los resultados esperados, otros descuidan sus tareas, en un intento de equilibrar las recompensas y los esfuerzos invertidos.

Según Farber (Farber 1990) los tratamientos individuales de “*burnout*” deben ser diseñados en relación con la etiología y síntomas presentes en cada sujeto. Por lo tanto, se necesitaría un nivel de especificación del tratamiento atendiendo a las diferencias individuales, teniendo en cuenta el origen de los sentimientos de frustración y aclarando los factores de estrés sufridos, la manera de afrontarlos y los síntomas del síndrome (Farber 2000).

La clasificación intuitiva del burnout de Farber ha planteado la posibilidad de cuestionar la uniformidad del síndrome, y considera la necesidad de diseñar enfoques terapéuticos más específicos. Sin embargo, con el fin de hablar seriamente de una tipología, se necesitaría un constructo compuesto de elementos abstractos integrados en un modelo conceptual unificado donde se puedan intensificar uno o dos aspectos basados en experiencias concretas (McKinney 1996) La propuesta de Farber no logra este grado de sistematización, ya que no está diseñada conceptualmente por medio de términos abstractos ordenados sobre una misma dimensión.

Basándose en esta línea de investigación y para solventar el problema conceptual mencionado anteriormente, Montero-Marín et al. (Montero –Marín 2009) han elaborado un modelo de “*burnout*” que puede ser encuadrado dentro de las teorías del intercambio social ya que cada subtipo antes descrito, percibiría, aunque de diferente forma, cierta falta de consistencia entre sus aportaciones en el trabajo y las ganancias o reconocimientos obtenidos a cambio.

El modelo se desarrolló revisando los escritos de Farber al respecto. Farber postuló su modelo teórico a partir de sus observaciones clínicas en maestros, aunque él afirma que es aplicable a las profesiones de servicios en general. También basó sus conclusiones en los resultados de las entrevistas en profundidad con sesenta psicoterapeutas (psiquiatras, psicólogos y trabajadores sociales) con diferentes niveles de experiencia tanto a nivel público como privado.

Mediante el empleo de una gran combinación de perspectivas metodológicas, estrategias de triangulación y técnicas, con el objetivo de aumentar la consistencia del estudio (Montero –Marín 2009). Los autores desarrollaron el siguiente modelo:

1/ EL PERFIL FRENÉTICO puede caracterizarse por las siguientes propiedades:

"**Implicación**", los sujetos incrementan su esfuerzo para hacer frente a las dificultades de trabajo, en un intento de aumentar la probabilidad de conseguir los resultados esperados.

"**Ambición**", considerable necesidad de obtener logros y aprobación externa, junto con una ausencia de reconocimiento de fracaso o de las propias limitaciones, basándose en la creencia de que los resultados conseguidos reflejan la dignidad de la persona.

"**Sobrecarga**", hace referencia a poner la salud y la vida personal en riesgo por el trabajo.

2/ EL PERFIL SIN DESAFÍOS presenta las siguientes propiedades:

"**Indiferencia**", se refiere a realizar el trabajo de forma superficial y distante, aunque sin dejar de lado todas las responsabilidades.

"**Falta de desarrollo**", insatisfacción de no ver las propias capacidades laborales reconocidas hasta el punto de que el sujeto se plantea otras opciones de empleo.

"**Aburrimiento**", provocado por un entorno monótono debido a la falta de estimulación, junto a no experimentar estrés ante demandas laborales por excesivas que éstas sean.

3/ EL PERFIL DESGASTADO presenta las siguientes propiedades:

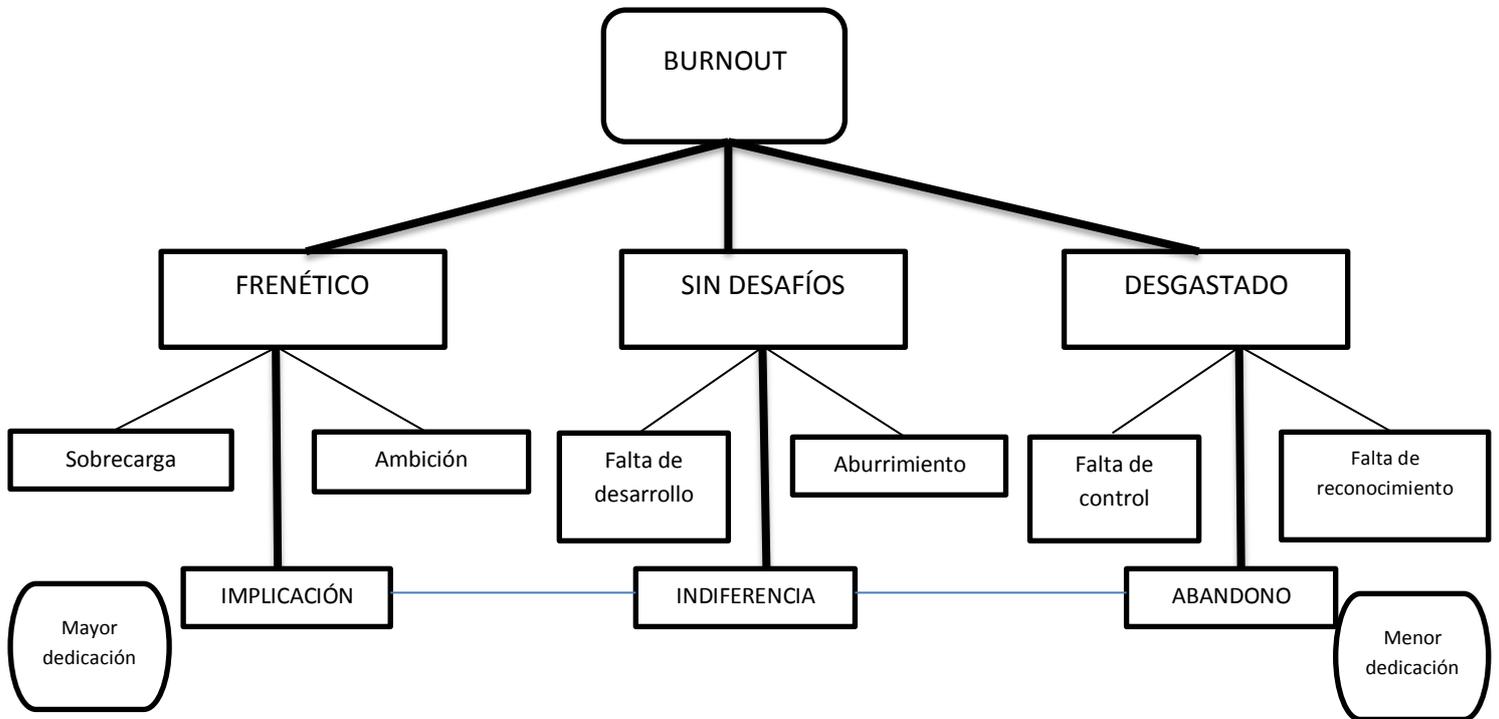
"**Abandono**", falta de participación en las tareas de trabajo hasta el punto de darse por vencido ante cualquier dificultad y abandonar sus responsabilidades.

"**Falta de reconocimiento**", sensación de no ver el esfuerzo y la dedicación reconocidos.

"**Falta de control**", desesperación causada por la ausencia de control sobre los resultados cuando experimentan dificultades en las tareas que realizan.

El conjunto completo de propiedades de la propuesta parece estar dispuesto alrededor de una categoría central denominada "**Dedicación**", siendo los valores extremos implicación en el trabajo, por un lado, y abandono de las tareas, por el otro.

El esquema del modelo quedaría de la forma que se puede ver en la figura



05.- EVALUACIÓN Y MEDIDAS

05.1.- Cuestionarios

Son numerosos los cuestionarios desarrollados para evaluar el “*burnout*” por distintos investigadores, sin embargo, el más utilizado, el más estudiado y el que suele usarse como referencia para comprobar la validez de los demás es el Maslach Burnout Inventory (MBI), tanto de este como del Burnout Clinical Subtype Questionnaire (BCSQ-36) hablaré en profundidad al final de este apartado por ser ambos los utilizados en este estudio. A continuación enumeraré y describiré brevemente otros instrumentos de evaluación del “*burnout*”.

05.1.1.- Cuestionarios desarrollados en el extranjero:

- ***Burnout Measure (BM)*** de Pines y Aronson (1988), es probablemente el segundo cuestionario más usado. Se creó inicialmente como medida del tedio, Tedium Measure (TM) Pines et al. (1981). El tedio era considerado el resultado de sufrir una presión crónica en profesiones no asistenciales y el “*burnout*” consecuencia de presiones emocionales debidas a implicaciones intrapersonales sufridas durante un periodo largo de tiempo, lógicamente en profesiones asistenciales. El TM fue revisado, incluyeron el tedio dentro del desgaste y lo renombraron con su denominación actual BM. El cuestionario tiene 21 ítems en una escala de respuesta de 7 puntos que evalúa tres dimensiones: agotamiento físico, emocional y mental. De estas dimensiones se obtiene una puntuación global. La consistencia interna en el formato inicial oscila entre 0,66 y 0,89.

En 2005 la autora propuso una versión corta, Burnout Measure Short Version (BMS). Pines (2005) con 10 ítems y una estructura igual al BM.

- ***Gillespie- Numerroff Burnout Inventory (GNBI)***. Gillespie- Numerroff (1984). Diferencia entre dos tipos de “*burnout*”, activo y pasivo. Al tener solo 10 ítems es de rápida aplicación.

- **Matthews Burnout Scale for employees (MBSE)**. Matthews (1990).

Tiene una consideración unidimensional del “*burnout*”. Valora actitudes hacia el trabajo, locus de control, habilidades de afrontamiento y temperamento entre otras variables. Consta de 50 ítems con una consistencia interna de 0,93.

- **Emener- Luck Burnout Scale (ELBOS)**. Emener, Luck y Gohs (1982).

Usa 30 ítems para medir los siguientes siete factores: retroalimentación, ambiente laboral, autonomía, expectativas, afecto/actitudes hacia el trabajo, autopercepción y movilidad.

- **Teacher Burnout Scale (TBS)** Seidman y Zager (1986).

Está formado por 21 ítems, sus autores encontraron cuatro dimensiones, tres de las cuales correlacionan con las tres dimensiones del MBI y la cuarta relativa a la percepción de apoyo por parte de los supervisores que no correlacionaba con ninguna de las dimensiones del MBI. La consistencia interna oscila entre 0,72 y 0,89.

- **Copenhagen Burnout Inventory (CBI)**. Borritz y Kristense (1999)

Este cuestionario es fruto de una crítica al marco teórico del MBI. Los autores presentan un cuestionario para poder ser empleado en el ámbito laboral en general, en el trabajo asistencial y en el ámbito personal. Considera como elemento central del “*burnout*” la fatiga o agotamiento. Se basa en un modelo explicativo fundamentado en los esquemas cognitivos de comprensión y en los procesos de atribución causal de los síntomas.

Consta de 19 ítems que se responden en una escala tipo Lickert con valores de “1” a “5”. Evalúa tres dominios diferentes del “*burnout*” Personal Burnout (aspectos personales), Patient Burnout (aspectos relacionados con el paciente o cliente) y Work Burnout (aspectos relacionados con el trabajo).

Otros cuestionarios:

- Perceptual Job Burnout Inventory. Ford, Murphy y Edwards (1983)
- Meier Burnout Assesment (MBI) Meier (1984)
- Escala de depression professional de Firth et al. (1987)
- Work Related strain Inventory de Revicki et al. (1991)
- Shirom-Melamed Burnout Measure (SMBM). Melamed, Kushnir y Shirom (1992)
- Maastricht Questionnaire (MQ). Appels, Hoppener y Mulder (1987)

- Oldenburg Burnout Inventory (OLBI). Demerouti et al. (2001,2003) y Bakker, Demerouti y Verbeke(2004)
- Burnout Scale (BS). Kremer y Hofman(1985)
- Energy Depletion Index (EDI).Garden (1987)
- Escala de Variables Predictoras de Burnout (EVPB). Aveni y Albani (1992)
- Holland Burnout Assessment Survey (HBAS). Holland y Michael (1993)
- Rome Burnout Inventory (RBI). Ventura, Rizzo y Dell'Erba
- Escala de Burnout de Directores de Colegios. Friedman (1995).

05.1.2.-Cuestionarios elaborados en España:

- **Escala de Efectos Psíquicos del Burnout (EPB).** García y Velandrino (1992). Mide una sola dimensión relacionada con el cansancio emocional, define el “*burnout*” como un sentimiento de agotamiento, desgaste o fatiga psíquica originado por un sobreesfuerzo laboral que se exterioriza como pérdida de energía y provoca una disminución del rendimiento laboral tanto cualitativa como cuantitativamente. Consta de 12 ítems con una escala de respuesta tipo Likert y una consistencia interna de 0,90.

- **Cuestionario Breve de Burnout (CBB)** Moreno et al. (1997)

Los autores tratan, con este cuestionario, de ofrecer un instrumento breve y rápido para aplicarlo en diferentes ámbitos laborales. El CBB se formuló como complementario al MBI, se basa en las tres dimensiones clásicas de Maslach y Jackson, cansancio emocional, despersonalización y falta de realización personal, incluyendo además medidas de antecedentes y consecuentes, por lo que consideran el desarrollo del síndrome de “*burnout*” como un proceso (antecedentes, “*burnout*”, consecuentes).

El cansancio emocional en el CBB se interpreta como estar harto del trabajo, malhumorado. La falta de realización personal como ausencia de retos personales y de interés en el desarrollo del trabajo, además de estar haciendo un trabajo distinto al que se hubiera querido hacer. Y la despersonalización como un distanciamiento en las relaciones con los usuarios, la sensación de que no reconocen los esfuerzos que se hacen por ellos y la percepción de comportamientos airados y exigencias desmesuradas por su parte.

Como factores antecedentes el CBB valora la insatisfacción con la tarea y con la organización. La insatisfacción con la tarea la estima teniendo en cuenta la

identificación personal con el trabajo, el interés que suscita, la responsabilidad y alcance como expectativas de control sobre los resultados en el trabajo, además del aburrimiento y la monotonía. La insatisfacción con la organización la contempla valorando las relaciones con el supervisor, con los compañeros, las relaciones personales en el lugar de trabajo, el ambiente y el clima laboral.

Los consecuentes se refieren a problemas físicos (psicosomáticos), sociales (relaciones personales y familiares) y psicológicos (rendimiento en el trabajo). Está formado por 21 ítems que hacen mención a todos estos factores citados.

- **Cuestionario de Burnout del Profesorado (CBP).** Moreno-Jiménez, Oliver y Aragonés (1993) y el CBP-R. Moreno-Jiménez, Garrosa y González (2000) Tanto el CBP, como su versión revisada, CBP-R evalúan el estrés y el “*burnout*” en personal docente, además de los posibles antecedentes de tipo organizacional y laboral que puedan actuar como desencadenantes de ambos constructos.

El cuestionario se compone de tres factores que se dividen a su vez en tres escalas. Primer factor FI.- Estrés y “*burnout*” evalúa el estrés consecuencia de los conflictos de rol y el “*burnout*” siguiendo la línea clásica de las dimensiones cansancio emocional, despersonalización y falta de realización. Los dos siguientes factores miden los antecedentes.

FII.- Desorganización, se refiere a las condiciones laborales como materiales o recursos por ejemplo, al estilo de dirección y al apoyo recibido por el supervisor FIII.- Problemática Administrativa, evalúa las preocupaciones profesionales y el reconocimiento profesional percibido.

El cuestionario está compuesto por 66 ítems siendo sus índices psicométricos satisfactorios.

- **Cuestionario de Desgaste Profesional de Enfermería (CDPE).** Moreno-Jiménez, Garrosa y González et al. (2000)

Este cuestionario evalúa el “*burnout*” en personal de enfermería, incluye aspectos organizacionales específicos del ámbito hospitalario. Sigue un modelo similar al CBP, es decir, mide antecedentes, “*burnout*”, consecuentes. En este caso incluye también dos factores mediadores la resistencia al estrés o “*hardiness*” y estrategias de afrontamiento.

Las escalas que propone son las siguientes:

Antecedentes, incluye interacción conflictiva con médicos, pacientes y familiares; sobrecarga; contacto con la muerte y el dolor; ambigüedad de rol; monotonía de la tarea; falta de cohesión y supervisión.

Desgaste profesional, incluye las dimensiones clásicas, cansancio emocional, despersonalización y falta de realización personal

Personalidad resistente, mide los factores compromiso, reto y control

Afrontamiento, evalúa tres estrategias, búsqueda de apoyo social, afrontamiento directo y evitación.

Consecuentes, mide consecuencias psicológicas, organizacionales, socio-familiares y físicas.

Consta de 174 ítems con una escala de tipo Lickert como respuesta, además permite recoger datos sociodemográficos. Los datos psicométricos son buenos excepto en la escala de estrategias de afrontamiento.

- ***Inventario de Burnout de Psicólogos (IBP)***. Benavides et al. (2002)

Evalúa el “*burnout*” en cualquier área profesional de la psicología, clínica, organizaciones, educativa, etc...está diseñado a partir del modelo de Maslach y Jackson. Consta de diez ítems para cada dimensión, Los valores de fiabilidad de las escalas (alpha de Cronbach) fueron 0,87 para cansancio emocional, 0,81 para realización personal en el trabajo y 0,78 para despersonalización.

- ***Cuestionario Urgente de Burnout (CUBO)***. De la Gándara et al. (2005)

Es un cuestionario para medir el “*burnout*” de forma rápida, consta únicamente de seis ítems de los que se obtiene una puntuación global final. En el análisis de fiabilidad de los autores agruparon a los participantes en dos sectores profesionales, sanitarios y enseñanza. Los datos psicométricos en su trabajo fueron aceptables, pero es necesario un mayor número de estudios para replicarlos.

- ***Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo (CESQT)*** Gil-Monte (2003,2004)

El modelo teórico del CESQT se basa en que el “*burnout*” es una respuesta al estrés laboral crónico que se deriva de las relaciones interpersonales laborales conflictivas. Se desarrolla en individuos que trabajan con personas, fundamentalmente en los profesionales del sector servicios que están en contacto directo con los usuarios, pacientes o clientes.

Cuenta con 20 ítems divididos en cuatro dimensiones, Ilusión por el trabajo (5 ítems), Desgaste psíquico (4 ítems), Indolencia (6 ítems) y Culpa (5 ítems).

Bajas puntuaciones en Ilusión por el trabajo, junto a altas puntuaciones en Desgaste psíquico e Indolencia, y en Culpa, indican altos niveles de “*burnout*”. Existen tres versiones el CESQT-PS (Gil-Monte 2005) para profesionales de la salud, el CESQT-PD (Gil-Monte 2005 y 2007) para profesionales que trabajan hacia personas con discapacidad y el CESQT-PAC (Olivares y Gil-Monte 2007) adaptación chilena para profesionales de atención al público.

Pasamos ahora a describir los dos cuestionarios relacionados con el “*burnout*” usados en este trabajo.

05.2.-Maslach Burnout Inventory (MBI). (Maslach y Jackson 1981 y 1986)

En la versión original de 1981 el cuestionario contaba con 25 ítems y dos formas para valorarlos, una de frecuencia y otra de intensidad. Los ítems se referían a sentimientos y pensamientos relacionados con el ámbito laboral.

Los 25 ítems estaban distribuidos en cuatro escalas: Cansancio Emocional, Despersonalización, Realización Personal en el Trabajo e Implicación con el Trabajo.

En la versión de 1986, las autoras no presentaron la forma de intensidad porque consideraron que ambas formas, frecuencia e intensidad, se solapaban. Manteniendo el formato de frecuencia como en otros instrumentos de medida de actitudes y sentimientos. (Olivares, Gil-Monte 2009)

El cuestionario quedó dividido en tres subescalas, Cansancio Emocional (9 ítems) Despersonalización (5 ítems) y Realización Personal (8 ítems). Desaparecía así la subescala de implicación en el trabajo de la versión de 1981. Al desaparecer ésta el test quedó con 22 ítems

La edición del manual del MBI de 1996, nos presenta tres versiones del mismo, el MBI- *Human Services Survey* (MBI-HSS) dirigido a profesionales sanitarios, es la versión clásica del cuestionario compuesto por 22 ítems.

El MBI-*Educators* (MBI-ES) versión para personal docente (Schwab 1986) consta igualmente de 22 ítems, mantiene el nombre de las escalas y cambia la palabra paciente por alumno en los ítems.

El MBI- *General Survey* (MBI-GS) (Schaufeli et al. 1996) es una versión genérica para cualquier tipo de trabajador, contiene 16 ítems manteniendo la estructura

tridimensional aunque redefine las escalas, Agotamiento (5 ítems), Cinismo (5 ítems) y Eficacia Personal (6 ítems).

La diferencia con el MBI-HSS es que este evalúa las relaciones interpersonales en el trabajo y el MBI-GS mide la relación de una persona con su trabajo. Las dimensiones del MBI-GS podrían definirse como:

- Agotamiento: fatiga emocional, sin hacer referencia explícita a otras personas como fuente de esas emociones negativas.
- Cinismo: indiferencia y actitudes distantes hacia el trabajo que se realiza.
- Falta de Eficacia profesional: ausencia de eficacia percibida en el desarrollo del trabajo.

Y las del MBI-HSS:

- Agotamiento: pérdida de recursos emocionales debido a las demandas de los usuarios.
- Despersonalización: actitudes negativas y cínicas hacia los usuarios.
- Falta de Realización Profesional: tendencia a evaluar el propio trabajo con los usuarios de forma negativa.

El MBI cuenta con una consistencia interna entre 0,75 y 0,90 y su habilidad test-retest tiene un rango de entre 0,60 y 0,80 (Riesgos Psicosociales en Aragón)

Del cuestionario no se obtiene una puntuación global, sino una para cada dimensión, de modo que puntuaciones altas en agotamiento emocional y cinismo y bajas en eficacia profesional desvelaría la presencia de "burnout".

En la validación española hecha por (Gil-Monte. 2002) los valores α de Cronbach para las tres escalas son 0,83 para agotamiento, 0,74 para cinismo y 0,85 para eficacia profesional. En su estudio encontró que el ítem 13 ("Solo deseo hacer mi trabajo y que no me molesten") repercutía negativamente en el valor alfa de la escala de cinismo, resultado este que coincidía con otros estudios al respecto. (Schutte et al.2000; Schaufeli et al. 1995; Leiter y Schaufeli 1996) esto puede ser debido a la ambivalencia del ítem pues puede ser interpretado como una falta de compromiso con el trabajo y deseo de aislamiento social o bien como alto compromiso y alta motivación (Schutte et al.2000).

La versión del MBI-GS que hemos utilizado en este trabajo consta de 15 ítems, sin el ítem 13 de la versión original. De modo que las escalas quedarían Agotamiento (5 ítems), Cinismo (4 ítems) y Eficacia Personal (6 ítems).

Gracias a la gran cantidad de estudios que han usado este instrumento, se han podido encontrar una serie de fortalezas y debilidades del mismo. Olivares y Gil-Monte 2009, destacan las siguientes.

Fortalezas:

- La gran aceptación internacional del MBI, al ser usado tanto en Estados Unidos como en Europa y América Latina permite la comparación de resultados así como el desarrollo de adaptaciones.
- Apoyo empírico de la estructura factorial, numerosos estudios han corroborado la estructura tridimensional del síndrome.
- Evidencia de validez concurrente, la puntuación global del MBI mide el mismo constructo que el *Tedium Measure* (TM) (Pines 1981) y el *Meier Burnout Assessment* (MBA) (Meier 1984)
- Evidencia de validez divergente, esto se ha conseguido por las correlaciones encontradas entre las puntuaciones de la escala y las descripciones ante los clientes, la sobrecarga objetiva del trabajo, el tiempo de contacto directo con los pacientes y con las conductas del trabajador en el hogar, así como las bajas correlaciones con deseabilidad social y las correlaciones negativas con la satisfacción en el trabajo.

Entre las debilidades destacar:

- Problemas en el alcance conceptual, el MBI original se centraba en profesionales que tenían un contacto directo con otras personas en el trabajo, presentando un síndrome caracterizado por la presencia de tres síntomas: Cansancio emocional, Despersonalización y Falta de realización personal, con el paso del tiempo al ampliar el síndrome al resto de los trabajadores se desarrolla el MBI-GS que mantiene los mismos fundamentos teóricos que el MBI-HSS sin proponer una nueva base conceptual.
- Dificultad en la forma de operacionalizar el concepto, se refiere a la relación confusa existente entre el MBI y el burnout. Según la definición clásica el burnout presenta tres síntomas que según el manual del MBI han de medirse por separado. Posteriores análisis de las tres dimensiones por separado han encontrado diferentes antecedentes y consecuentes para cada dimensión.
- Reducida claridad en la definición de los síntomas, las dimensiones del MBI son fruto del análisis factorial de los ítems del cuestionario, en base a esto se ha realizado la definición y la sintomatología. Esto ha dado lugar a diferentes hipótesis sobre los patrones de relaciones causales entre los tres síntomas lo que ha provocado la existencia de diferentes modelos explicatorios del “*burnout*”, así los síntomas pueden

ser entendidos como un estado individual, una estrategia de afrontamiento o una consecuencia del fenómeno.

- Confusa composición gramatical de las traducciones, estas no tienen en cuenta la cultura, el género y las diferencias socioeconómicas.
- Cuestionable estructura factorial, diversos estudios han corroborado la estructura tridimensional del “*burnout*” pero otros han encontrado únicamente dos factores, cuatro, cinco e incluso siete.
- Ambigüedad de algunos ítems, los ítems 2, 6, 12, 16 y 20 presentan problemas factoriales en varios estudios
- Escasas referencias a los aspectos cognitivos, conductuales y motivacionales, el ámbito del MBI es emocional, la no presencia de estos otros aspectos supone un enfoque parcial.

05.3.- Burnout Clinical Subtype Questionnaire (BCSQ-36) (Montero-Marín, García-Campayo 2010)

El BCSQ-36 es el instrumento desarrollado por los autores para evaluar los tres subtipos clínicos de “*burnout*” (frenético, sin desafíos y desgastado) propuestos por Farber, en base a los cuales postularon el modelo explicativo de “*burnout*” anteriormente descrito.

El cuestionario consta de 36 ítems, mide las distintas propiedades de cada subtipo clínico, Implicación (ítems 3, 6, 9,12), ambición (ítems 1, 4, 7,10) y sobrecarga (ítems 2, 5, 8,11) del tipo frenético. Indiferencia (ítems 13,16,19, 22), falta de desarrollo (ítems 14,17, 20, 23) y aburrimiento (ítems 15,18,21,24) del tipo sin desafíos. Y por último abandono (ítems 26, 29, 32, 35) falta de reconocimiento (ítems 25, 28, 31, 34) y falta de control (ítems 27, 30, 33, 36) del tipo desgastado. Se responde mediante una escala de tipo Likert con siete opciones, desde “1 Totalmente en desacuerdo” a “7 Totalmente de acuerdo” Fue validado por los autores con personal docente (Montero-Marín, García Campayo 2010). La fiabilidad de las escalas y sub-escalas, resultó buena en todos los casos. Los subtipos de “*burnout*” presentaron relaciones de diferente magnitud con las dimensiones estándar agotamiento, cinismo e ineficacia, siendo más altas, cuanto menor era el nivel de dedicación. De modo que, el perfil frenético, presentó las relaciones más bajas con el criterio, mientras que el perfil desgastado, mostró las relaciones de mayor magnitud.

El cuestionario cuenta con una versión corta BCSQ-12 (Montero-Marín et al 2011) validada con personal docente, personal administrativo y aprendices obteniendo igualmente buenos resultados psicométricos.

06.- COLECTIVOS AFECTADOS POR EL SÍNDROME DE BURNOUT

06.1 Personal Sanitario

El personal sanitario es uno de los colectivos potencialmente más expuesto a sufrir el síndrome de “*burnout*” ya que están en contacto directo con la enfermedad y en último caso con la muerte, situaciones ambas que convierten esta profesión en altamente estresante.

De hecho entre un 10% y un 12% de este personal padece a lo largo de su vida un trastorno mental y/o adictivo. Los médicos presentan tasas superiores que la población general en depresión, suicidio y problemas adictivos (Pilowski y O’Sullivan 1989).

Entre los factores de riesgo asociados a los profesionales sanitarios más evaluados por diferentes autores, cabe destacar los siguientes:

- Características de personalidad, las que más se han relacionado con el “*burnout*” son el neuroticismo, que incluye ansiedad, depresión, hostilidad y vulnerabilidad, el locus de control externo y al patrón de conducta tipo A.

Para Maslach (Maslach et al 2001)) la personalidad neurótica tiene una relación directa con el “*burnout*” ya que estos sujetos son emocionalmente inestables y propensos a sufrir angustia, no obstante se observó en un estudio hecho con personal hospitalario que esta relación existía pero en sentido inverso con las dimensiones cansancio emocional y despersonalización (Hernández et al 2004)

Otro rasgo de personalidad que se ha asociado con el “*burnout*” es el locus de control externo, de modo que los profesionales con este locus de control tienen una mayor predisposición a sufrir estrés y a padecer el síndrome de “*burnout*” especialmente en la dimensión de despersonalización (Maslach 2001, Gebhardt 2005; Wilson 1989; Wilski 2015; Partlak 2014; Gray 2011).

El patrón de conducta tipo A, con sus factores competitividad, impaciencia e implicación laboral tiene también una relación positiva con el “*burnout*”, fundamentalmente con la dimensión cansancio emocional (Maslach y Leiter 2001). Se ha observado en un estudio con médicos de Atención Primaria que aquellos que son emocionalmente inestables, aprensivos y tensos puntúan más en cansancio emocional y despersonalización frente a compañeros que no presentan esas características de personalidad (Cebriá et al 2001) en este estudio encontraron también relación entre ansiedad y altos niveles de “*burnout*”.

- Características sociodemográficas, en el apartado de factores de riesgo ya hemos podido apreciar que en la literatura los datos sobre la influencia del sexo, edad, número de hijos, estado civil, etc... son muy dispares dado que en unos estudios se observan relaciones directas y en otros todo lo contrario, por lo que su consideración como factores de riesgo ante el *“burnout”* debería ser tratado con mucha cautela, debido a la variabilidad de los datos disponibles.
- Características del entorno laboral, en cuanto a la antigüedad tanto en la profesión como en el puesto de trabajo, la literatura también es contradictoria. Por un lado se dice que el síndrome de *“burnout”* es más fácil que aparezca en trabajadores con al menos diez años de antigüedad debido a que tras ese periodo de tiempo el trabajador ha perdido las expectativas tanto laborales como económicas que al iniciar el trabajo tenía (Hillhouse et al 1997)) En el lado opuesto se ha observado que los sanitarios estarían más predispuestos a sufrir el síndrome en los primeros años de trabajo, pues a medida que se cumplen años de experiencia el cansancio emocional disminuye (Albar et al 2004).

Un factor muy importante en el medio sanitario es la sobrecarga laboral, probablemente debida a la masificación del Sistema de Salud, a la presión asistencial para eliminar las listas de espera o al poco tiempo que la organización concede al profesional para atender a los pacientes, que en ocasiones puede provocar que algunos profesionales aumenten su horario de trabajo. La sobrecarga laboral se ha relacionado positivamente con el cansancio emocional y bajo bienestar psicológico ((Amutio, Ayestaran y Smith, 2008), el *“burnout”* aparece como respuesta al escaso tiempo disponible por paciente y a la sobrecarga que eso produce, aumentando el cansancio emocional (Maslach et al 2001) y en otros estudios se ha relacionado el número de horas trabajadas como posible precursor del síndrome de *“burnout”* (Nishimura et al 2014). Por el contrario cabe destacar que si se tiene un aceptable control sobre el trabajo un nivel alto de sobrecarga laboral no provocaría una reacción de *“burnout”* (Portoghese et al. 2014).

Como ya hemos comentado anteriormente, el contacto con el sufrimiento, la enfermedad y la muerte en el trato con los pacientes supone un factor de riesgo psicosocial muy importante en este colectivo. No todos los facultativos se enfrentan a esta situación de igual manera, así una parte de ellos consideran esta situación como inherente a la profesión aunque esto no impide que se sientan afectados, la mayoría opina que es una situación a la que uno se acostumbra a medida que se adquiere más experiencia laboral y por ende más edad. Una de las actitudes que mayoritariamente

adoptan los profesionales para protegerse es establecer cierta distancia con la situación del paciente, para de esta forma poder llevar a cabo una asistencia de calidad (Escribá-Agüir et al 2002)

En este sentido un aspecto clave en la relación médico-paciente es que pese a que el contacto puede ser muy gratificante puede exigir grandes demandas emocionales por lo que los profesionales que desempeñan su labor con pacientes crónicos, graves, oncológicos y terminales están más predispuestos a padecer “*burnout*”. De hecho se ha observado que el cansancio emocional y el “*burnout*” es más alto en personal de oncología y urgencias, siendo la despersonalización mayor entre el personal de urgencias (Albadalejo et al 2004).

Otro aspecto a tener en cuenta es el reconocimiento por parte de dirección, de los compañeros y de los pacientes de la labor que desarrolla el profesional, de modo que aquellos que no sienten reconocida su labor tienen peores puntuaciones en las tres dimensiones del “*burnout*” (Albadalejo et al 2004)

Por último es importante destacar el papel que como factor moderador juega el apoyo social tanto el recibido por familiares y amigos como el de compañeros y supervisores. Siendo las relaciones de compañerismo basadas en el trabajo en equipo una gran ayuda para afrontar las demandas laborales que el trabajador experimenta (Albar et al 2004).

Los datos de prevalencia, como ya vimos en el apartado de epidemiología son muy dispares, si bien hay que tener en cuenta que tanto las muestras utilizadas en esos estudios (médicos de atención primaria y especialistas, enfermeros de primaria y de planta, personal de urgencias, residentes, etc...) también lo son así como los centros de trabajo donde los profesionales realizan su labor (centros de salud, servicios de urgencias, de oncología, etc...).

No obstante recordar que la incidencia de “*burnout*” dependiendo del estudio oscilaba entre un 6% en un estudio con enfermeros de Atención Primaria y un 55% en otro estudio con enfermeros de la UCI.

06.2.- Personal docente

No existen estadísticas fiables, pero se calcula que en sectores como el educativo, el 30% de las bajas se deben al *“burnout”* (Riesgos Psicosociales en Aragón).

La enseñanza es una de las profesiones en las que se produce un mayor contacto con las personas como receptoras de la actividad profesional, por lo tanto asociada a niveles altos de *“burnout”*.

En lo relativo a las características sociodemográficas en estos trabajadores, los estudios siguen la misma línea que en el caso, ya comentado, del personal sanitario, si nos fijamos en el sexo hay estudios que dicen que son las mujeres quienes experimentan mayor cansancio emocional (Maslach 1982), en otros encuentran mayor varianza en la dimensión despersonalización y son los hombres lo que experimentan un mayor distanciamiento hacia los estudiantes (Schwab et al 1982 b; Gil Monte et al 1997) aunque también se ha observado una menor realización personal en mujeres (Maslach 1982). Se ha tenido en cuenta también el doble rol que ejerce la mujer tanto en el trabajo como en la vida doméstica como fuente de estrés (Abraham 1984; Maslach 1999). Pese a estos datos la mayoría de los autores no encuentran evidencia suficiente para establecer diferencias significativas en la variable, sexo (Byrne, 1999; Schwab et al 1982 b).

La relación establecida entre el síndrome de *“burnout”* y la edad, se ha asociado al tiempo de experiencia en la profesión, a la maduración propia por la edad del docente y a la pérdida de una visión irreal de la vida en general más propia de la juventud. En este sentido se ha dicho que los profesores más jóvenes sufren niveles más altos de estrés (Yagil 1998) y mayores niveles de cansancio emocional y fatiga (Crane et al 1986; Schwab et al 1982 a), en sentido contrario a estos resultados otros estudios han observado que quienes sufrían un alto nivel de estrés eran los profesores más experimentados, con más de veinte años de profesión (Van Ginkel 1987; Borg et al 1989), sin embargo nos encontramos también con trabajos que no han encontrado diferencias significativas respecto a la variable edad (Malik et al 1991)

El estado civil y las relaciones familiares han sido ampliamente estudiados en este colectivo encontrándose en la bibliografía la misma disparidad de resultados que las ya reseñadas con el sexo y la edad. Unos estudios dicen que los profesores solteros experimentan mayor cansancio emocional y despersonalización (Maslach 1982), mayor *“burnout”* (Golembiewski et al 1986; Seltzer et al 1988) aunque otras publicaciones no arrojan los mismos resultados (Durán et al 2001; Schwab et al 1986). El hecho de tener hijos podría funcionar como factor de protección ya que estaría

relacionado con la supuesta maduración que acompaña a la paternidad, también es destacable la mayor experiencia que supuestamente se adquiere a la hora de resolver problemas con los niños e influiría igualmente el apoyo social recibido por parte de la familia (Maslach 1982)

Hay dos características especiales y propias del personal docente, que han sido estudiadas como fuentes de *“burnout”*, son:

- El nivel impartido, parece ser que a medida que se va subiendo en el ciclo educativo, con la excepción de los profesores de Universidad, los índices de *“burnout”* se incrementan siendo los profesores de Educación Secundaria los más afectados (Beer et al 1992; Burke et al 1989) las dimensiones más afectadas son la despersonalización y la realización personal (Anderson et al 1984; Gold et al 1993) estos autores explican esta situación en secundaria como consecuencia del menor grado de motivación e interés que presentan estos alumnos si lo comparamos con alumnos de primaria o alumnos universitarios. No obstante hay estudios que afirman que es en los primeros ciclos formativos donde se presenta un mayor índice de *“burnout”* (Doménech, 1995; Ortiz, 1995) aunque hay suficientes resultados en sentido contrario como para poder pensar que son los profesores de secundaria los más afectados, en esta línea diversos autores han incidido en los problemas de conducta encontrados en jóvenes y adolescentes obligados a estar escolarizados, planteando el dilema de la educación obligatoria, los límites de edad, el fallo de los sistemas disciplinarios y el problema de los alumnos que se enfrentan al profesor de secundaria ridiculizándolo o desautorizándolo (Anderson et al, 1984; Beer et al 1992).

- Tipo de Centro, el tipo de centro en el que ejerce su labor el personal docente tiene grandes implicaciones en la percepción del estrés por parte del profesorado. Si clasificamos los centros por su ubicación en centros urbanos, centros rurales y centros suburbanos o marginales, todas las investigaciones concluyen que existen mayores índices de *“burnout”* en los centros suburbanos (Byrne, 1999; Leithwood, et al 2001; Valero, 1997), los autores apuntan como causa principal de este resultado el comportamiento de los alumnos ya que serían personas pertenecientes a minorías marginadas que además conviven en el seno de familias multiproblemáticas.

En cuanto a las variables de personalidad, los resultados encontrados apuntan en la misma línea a los ya comentados en personal sanitario.

La mayoría de las publicaciones establecen una relación directa entre locus de control externo y mayor predisposición a padecer *“burnout”* (Byrne 1994; Farber 1991 a; Fielding 1982; Kyriacou 1987; Spector 1984), incluso se ha encontrado una correlación

significativa entre locus de control externo y las dimensiones de *“burnout”* medidas con el MBI (McIntyre 1981)

En cuanto a las investigaciones realizadas sobre autoconciencia, autocontrol y autoeficacia se ha encontrado que altos niveles de estas tres características suponen un factor protector ante el *“burnout”* e inversamente puntuaciones altas en *“burnout”* se asocian inversamente con estas variables (Bronwers et al 2000; 2001; Chermis 1983; Evers et al 2000). Tan solo Pines (Pines 1993) afirma que las personas con alta motivación y autoeficacia son más propensas a padecer *“burnout”*, mientras que las poco motivadas y con baja autoeficacia tan solo experimentan estrés, fatiga e insatisfacción.

En el ámbito educativo también se ha encontrado una relación positiva entre patrón de conducta tipo A y *“burnout”* al igual que entre el personal sanitario (Buhr et al 1991; Van Horn et al 1997). Se ha encontrado también una alta relación entre patrón de conducta tipo A, *“burnout”* y problemas de salud mental en profesores con baja laboral de tipo psiquiátrico en comparación con compañeros que no estén de baja, señalando a este patrón de conducta como posible responsable del riesgo de padecer baja laboral (Moriana 2002).

En cuanto a las variables propias del trabajo y de la organización, la sobrecarga laboral está directamente relacionada con la presencia de *“burnout”* (Borg et al 1991; Cooper et al 1993; Maslach 1982), el aumento de las labores administrativas que ha de realizar el profesor puede provocar un aumento en los niveles de estrés y el inicio de un cuadro de *“burnout”* (Moriarty et al 2001; Rudow 1990; Wulk 1988). El número de alumnos se ha relacionado tradicionalmente con un mayor nivel de estrés (Byrne 1991; Borg 1990), aunque en otros estudios no han encontrado esa relación argumentando que el mayor nivel de estrés está más relacionado con el comportamiento de los alumnos que con el tamaño de la clase (Petrie 2001).

En el profesorado se da otra característica peculiar que no encontramos en otras profesiones, debido a la variabilidad de actividades a lo largo del curso académico ya que no siempre se realizan las mismas actividades, por ejemplo primeros días de curso, época de exámenes, etc... puede haber momentos en los que el docente se encuentre más estresado y por tanto más predispuesto a padecer el síndrome de *“burnout”*.

En este sentido se han indicado cuatro momentos especialmente estresantes para los profesores de primaria (septiembre, diciembre, marzo y junio) y dos para los de secundaria (septiembre y junio) (Hembling et al 1981), en esta línea (Kinnuen 1989) afirmaba que la respuesta al estrés y sus ciclos dependía más de la personalidad del

profesor que del periodo escolar en el que se encontrase. La Organización de Maestros Unidos del Estado de Nueva York (NYSUT 1980) apuntaron a la primera semana del curso escolar como la más estresante del año, en esta línea entregando cuestionarios sobre estrés a los profesores durante las primeras semanas del curso escolar, se encontraron altos niveles de estrés percibido (Travers et al 1994).

Entre las consecuencias que el síndrome de *“burnout”* tiene entre el personal docente, en diversos estudios destacan: la incapacidad para desconectar del trabajo, los problemas de sueño, el cansancio que aumenta la susceptibilidad a la enfermedad, problemas gastrointestinales, de espalda, cuello, dolores de cabeza, enfermedades coronarias, sudor frío, náuseas, taquicardia, aumento de enfermedades virales y respiratorias (Freudenberger et al 1980; Golembiewski et al 1986; Pines et al 1981), estas consecuencias a menudo se asocian con el abuso de fármacos tranquilizantes, abuso de café, tabaco o alcohol y otras drogas (Maslach et al 1981), en este sentido se han encontrado altas cifras de consumo de alcohol entre los profesores (Belcastro 1982; Chakravorty, 1989; Maslach, 1982). Una consecuencia evidente resultado de los altos niveles de estrés y del *“burnout”* es la insatisfacción laboral (Kyriacou et al 1978; Travers et al 1997).

En cuanto a las enfermedades mentales asociadas al *“burnout”* en profesores, destacar que se ha encontrado que la insatisfacción con el rol laboral y la presión en el trabajo correlacionan con sintomatología de tipo somático, depresiva, de ansiedad e insomnio (Matud et al 2002), en la misma línea se han observado coeficientes de correlación positiva entre el cansancio emocional y síntomas de depresión, somatización, ansiedad, dificultades cognitivas y sensibilidad interpersonal (Calvete et al 2000). A modo de resumen, Pines (Pines et al 1981) enumeró las siguientes consecuencias psicológicas para el profesor que sufre *“burnout”*, falta de autorrealización, baja autoestima, aislamiento, tendencia a la autoculpa, actitudes negativas hacia uno mismo y hacia los demás, sentimientos de inferioridad y de incompetencia, pérdida de ideales, irritabilidad, cuadros depresivos graves e incluso casos de intento de suicidio, ansiedad generalizada, fobia social y agorafobia.

Algunos autores han propuesto modelos explicativos sobre el síndrome de *“burnout”* en personal docente, basándose en los itinerarios que siguen los profesores hacia el estrés y las variables que influyen en ese proceso.

Entre estos modelos cabe destacar:

- **Modelo de “burnout” del profesorado** (Byrne 1999), este modelo se complementa con un estudio efectuado en Canadá sobre 1242 profesores de Educación Infantil, 417 de Primaria y 1479 de Secundaria, en donde se correlacionan los factores más estudiados en la literatura con las puntuaciones de cansancio emocional, despersonalización y realización personal medidas con el MBI. Las variables más destacadas por esta autora son la ambigüedad y el conflicto de rol, la sobrecarga laboral, el clima de la clase y la autoestima.

- **Modelo de Kyriacou y Sutcliffe** (1978), ampliado por Rudow (1999) y modificado por Worrall y May (1989), consideran al estrés como un proceso en el que la valoración y las estrategias frente a las demandas laborales que el profesor realiza en su trabajo son determinantes en la aparición del “burnout”. Su interacción con las características personales, factores organizacionales y la actividad diaria influyen durante todo el proceso (Rudow, 1999). Los datos en los que se basó este modelo parten de las investigaciones realizadas por Kyriacou con 127 profesores a los que administraron diferentes medidas relacionadas con el estrés, el “burnout” y síntomas de ansiedad, encontrando correlaciones significativas entre el burnout y síntomas psicósomáticos de ansiedad. Posteriormente, Rudow (1999), tomando como referencia el modelo de Kyriacou y Sutcliffe (1978) y las modificaciones de Worrall y May (1989), recoge evidencias empíricas analizando los resultados de diversas investigaciones realizadas en distintos países en los que se correlacionan diversas medidas de “burnout” con variables organizacionales y personales del profesorado. También analiza investigaciones que relacionaron aspectos fisiológicos, bioquímicos e inmunológicos con el burnout dando lugar a lo que denominó *modelo de reacciones negativas de tensión y consecuencias en la actividad docente*. Teniendo en cuenta los resultados de estas investigaciones, el autor mantiene que la sobrecarga laboral y una situación crónica de estrés son las principales causas del síndrome de “burnout”, que genera una reducción de la actividad laboral y la aparición de trastornos psicósomáticos.

- **Modelo de Leithwood et al** (1999), estos autores, mediante una pormenorizada revisión bibliográfica, seleccionaron 18 estudios empíricos sobre el “burnout” en los profesores y sus causas, teniendo en cuenta el número de sujetos, el método utilizado y el procedimiento. A partir de los datos obtenidos generaron un modelo explicativo del “burnout” en profesores que parte de tres constructos interrelacionados:

- Transformaciones en la escuela y las decisiones de los administradores y jefes de las instituciones educativas.
- Factores organizacionales.
- Factores personales.

- **Modelo multidimensional del “burnout” en profesores** (Maslach y Leiter 1999), es el modelo más aceptado por la comunidad científica internacional. El modelo está basado en las experiencias y estudios de los autores. Usan como instrumento de evaluación el MBI. El modelo incluye tres componentes:

- Experiencia de estrés.
- Evaluación de los otros.
- Evaluación de uno mismo.

El modelo establece una serie de dimensiones que se relacionan entre sí y que influyen directamente en la aparición del “burnout”. Dentro de éstas, los factores más importantes son la conducta del profesor, la percepción que este tiene sobre el alumnado, la conducta del profesor y sus resultados. No obstante, los autores plantean que el aspecto fundamental de la vivencia negativa que supone el fenómeno del “burnout” está directamente relacionada con la percepción que tiene el profesor de todos los factores anteriormente descritos y que la solución al “burnout” en el personal docente debe centrarse en la prevención que pueda ejercer la administración educativa, así como la adecuación de leyes y reformas educativas coherentes y realistas a la situación actual, dotando de infraestructura, personal, material suficiente y adecuado a los centros que les permita adaptarse y asumir los cambios sociales que se vayan produciendo.

Las estrategias de intervención ante el síndrome de “burnout” más usadas en este colectivo son:

- **Estrategias de intervención individual.**

Las más utilizadas en el ámbito educativo son las cognitivo-conductuales, aunque también se usan técnicas psicodinámicas y técnicas centradas en el ejercicio físico. Las técnicas conductuales se centran en enseñar a desconectar del trabajo y separar la vida personal y familiar de la laboral, utilizando herramientas para mejorar la ejecución del trabajo intentando llegar a la mayor efectividad en el mínimo tiempo posible (Gold, 1984). Algunos autores proponen entrenamientos basados en la retirada de la atención, programas de refuerzos, “time out” control de contingencias (Polaino-Lorente, 1982), autoreforzamiento y evitación (Friedman, 1999) o la utilización de contingencias adecuadas, análisis de tareas, reforzamientos progresivos y control de

problemas en clase (Valero, 1997). Dentro de las técnicas psicológicas de orientación cognitivo-conductual, la desensibilización sistemática, ha sido una de las técnicas más utilizadas junto al “*counseling*” y asesoramiento técnico (Kyriacou, 2003; Ortiz, 1995), el entrenamiento en asertividad (Rathus, 1972), la relajación (Calvete y Villa, 1997), prácticas de simulación con técnicas de aprendizaje en destrezas sociales para la formación de profesores de secundaria (Esteve, 1997), habilidades de afrontamiento, asertividad, trabajo en equipo y reconstrucción de pensamiento e ideas sobre la enseñanza (Neves de Jesús y Esteve, 2000) y los programas de evitación y afrontamiento ante la depresión (Pozo, 2000).

Dentro de la orientación cognitiva destacan las técnicas de identificación de distorsiones cognitivas y el entrenamiento en reatribución cognitiva, reestructuración cognitiva e inoculación de estrés (Calvete y Villa, 1997), autoinstrucciones (Payne y Manning 1990), entrenamiento en autoverbalizaciones y autoeficacia (Evers *et al.*, 2000), entrenamiento en solución de problemas, autocontrol, terapia racional-emotiva de Ellis, detención de pensamiento (Polaino-Lorente, 1982), técnicas de resistencia y habilidades de afrontamiento (Bernshausen y Cunningham, 2001).

También, aparecen en la literatura técnicas de tipo físico que actúan sobre los efectos fisiológicos del estrés y del “*burnout*” (insomnio, taquicardia, inquietud psicomotora y otras respuestas psicósomáticas propias de la ansiedad), como por ejemplo la propuesta de Travers y Cooper (1997) de hacer ejercicio físico, yoga, relajación y viajar.

- Estrategias de intervención grupal.

Estas estrategias se centran principalmente en la búsqueda de apoyo social, bien a nivel familiar bien con amigos o compañeros. Los grupos de apoyo, la escucha, el apoyo técnico y emocional influyen en gran medida, en la prevención y tratamiento del “*burnout*” (Kyriacou, 1987, 2003). De esta forma, exponer los problemas de un profesor a un grupo de compañeros de profesión resulta una experiencia reconfortante, se sentían comprendidos, intercambiaban opiniones y se daban consejos. Así los docentes observaban que su problema lo tenían también otras personas, incrementando su compañerismo y dándoles fuerza suficiente para afrontar situaciones y enfrentarse a los problemas diarios en el aula. Las estrategias de intervención grupal no dejan de ser las mismas técnicas presentadas en el apartado anterior, solo que aplicadas en grupo a un conjunto de profesores. Esta forma de trabajo adopta el formato de pequeños seminarios ofertados principalmente por las

propias instituciones educativas. Su problema fundamental es que se trata de actuaciones puntuales en las que no se suele hacer un seguimiento al profesor ni hablar de aspectos específicos que afecten de forma individual al docente.

- Estrategias organizacionales.

En este grupo se encuentran todas aquellas estrategias que desde la administración educativa se pueden desarrollar para paliar algunas de las fuentes de estrés que afectan al profesorado. Son medidas generales cuya implantación minimizaría los efectos del *“burnout”* y actuaría como prevención del mismo. Una de ellas es aumentar la formación de los profesionales. Es evidente que si un profesor antes de incorporarse a su función docente tuviera una formación adecuada sobre estrategias y comportamientos que le sirvan de ayuda para enfrentarse con la multitud de problemas que puedan aparecer en su labor cotidiana, su respuesta de afrontamiento ante situaciones problemáticas o generadoras de estrés aumentaría (Esteve, 1997). Los métodos de selección han sido otras de las propuestas a realizar por la administración; de esta forma se propone introducir profundos cambios en la selección y formación del profesorado (Ortiz, 1995). Si la selección se hace con una estrategia multidimensional mejorará, esto es, aplicando no solo criterios centrados en los conocimientos sino también en otros aspectos como la personalidad (Applegate 1988). Un tipo de actuaciones propuestas por algunos especialistas son los programas de asistencia al empleado (Travers y Cooper, 1997), en donde un equipo de profesionales asesora y atiende de forma personalizada todos los problemas del trabajador. Otras medidas organizacionales son la reducción de la carga de trabajo en general (Pines y Aronson, 1981), de la carga lectiva y jornada laboral (Kyriacou, 1980), aumentar la participación de los trabajadores en la toma de decisiones, fomentar redes de apoyo entre los compañeros, ocio, desarrollo personal y profesional (Friedman, 1999) y aumentar las recompensas y reconocimientos al profesor, así como su salario (Shinn y Morch, 1984). Incluso Maslach (1982) propone informar sobre el síndrome de *“burnout”* como una estrategia para su prevención

A pesar de que las características organizacionales están consideradas como un factor determinante en la aparición del *“burnout”*, su modificación se hace difícil sin el apoyo de la administración educativa. Esta situación conlleva que muchas de estas propuestas no se hayan desarrollado por impedimentos organizativos de la política educativa.

Son muchos los autores que centran su atención en la prevención como aspecto fundamental para solucionar los efectos que produce el “*burnout*” (Byrne, 1999; Maslach, 1999; Vandenberghe y Huberman, 1999).

El trabajo en prevención afecta a decisiones políticas y económicas existiendo un posicionamiento poco realista de las administraciones respecto a la situación actual de la educación. No se responde a las demandas de incrementar los pocos medios materiales y humanos actuales, existiendo un bajo reconocimiento de los estudios científicos que corroboran con datos las consecuencias negativas de estas carencias. Es por esto que los poderes públicos no se implican en la prevención que está considerada como la actuación más importante según la literatura sobre el tema. Siguiendo las líneas de actuación propuestas por Kelchtermans y Strittmatter (1999) para la prevención del “*burnout*” en profesores, es necesario una actuación de base desde la administración pública centrada en el reconocimiento público de la labor docente, la vuelta a una imagen positiva del profesor, el balance entre las políticas educativas y la realidad, así como la autonomía de los centros. Otros aspectos destacados son la provisión de recursos personales y materiales para poder adaptarse a los cambios que generan las necesidades sociales y políticas, analizar la carrera profesional y vida laboral del profesor y revisar las funciones tanto de la escuela como de los profesores. También destacan la participación de los docentes en las tomas de decisiones de los centros y en las políticas educativas, potenciar el trabajo en grupo así como mantener adecuadas relaciones interpersonales entre los compañeros y crear servicios de apoyo y asesoramiento al profesorado.

06.3.- Otros colectivos afectados

06.3.1. Trabajadores sociales

Otro de los colectivos donde se ha estudiado el síndrome de “*burnout*” es en trabajadores sociales y personal que atiende a discapacitados, que por trabajar en contacto directo con personas, constituyen otro grupo de riesgo. En un estudio realizado con profesionales que trabajaban con discapacitados psíquicos, se observó como en el desarrollo del síndrome de “*burnout*” influían tanto variables de personalidad como variables organizativas. Entre las primeras, vieron que existía una clara relación entre la realización personal y el nivel de seguridad que estos profesionales tenían en sí mismos, de forma que aquellos con mayor nivel de

autoconfianza tenían menor probabilidad de desarrollar el síndrome (Gil Monte et al 1998).

Entre las variables organizativas, las más importantes para explicar el desarrollo del burnout en este colectivo, eran la ambigüedad y el conflicto de rol. La ambigüedad de rol era la variable que mejor predecía la dimensión de realización personal, mientras que el conflicto de rol explicaba en gran medida la aparición de agotamiento emocional.

En el caso de trabajadores sociales (Takeda 2005), se han identificado una serie de factores organizativos como posibles predictores del burnout. Entre ellos se vuelve a citar el conflicto de rol, en el sentido de discrepancia entre el servicio de ayuda prestado a las personas y las regulaciones burocráticas que puedan existir al respecto.

06.3.2.- Policías

Los estudios sobre el síndrome de “*burnout*” en el ámbito policial coinciden en señalar esta actividad como especialmente estresante. La incidencia del síndrome entre el colectivo policial no resulta extraña si la idea de una policía profesional exige un policía que, además de hacer frente a tareas en las que suele estar presente el riesgo y el peligro, sea a la vez un agente de información, detección, prevención, educación y modificación del comportamiento.

Se ha observado que es el propio sistema de valores y el compromiso con la profesión de policía un posible precursor de padecer el síndrome entre sus miembros (Oigny 1994) esta actitud inicial facilita una elevada implicación en el trabajo, pero la ineficacia de las estrategias de afrontamiento y la imposibilidad de modificar, desde un nivel individual, muchas de las fuentes de estrés propician que el sujeto se quemara. El propio trabajo no constituiría, en opinión de este autor, la única fuente de estrés, el síndrome es resultado de una interacción entre la persona y su entorno laboral.

Del policía se espere que desempeñe su profesión a la perfección, mientras que en su labor diaria se encuentra con situaciones altamente estresantes como disputas violentas, accidentes de tráfico, muertes, etc.

Aunque en la investigación sobre este colectivo suele considerarse el riesgo como un factor importante en la posible aparición del síndrome, los estresores organizacionales (escaso apoyo social y administrativo, la participación limitada en toma de decisiones, turnos rotativos, y desarrollo de carrera) son mencionados con más frecuencia por los policías como sus principales fuentes de estrés (Alexander 1999). En cuanto a la variable, sexo se ha encontrado que las mujeres puntúan más alto en cansancio

emocional que los varones, no hallándose diferencias significativas en despersonalización y realización personal (Stearns et al 1990) sin embargo en otros estudios son los hombres quienes presentan un mayor nivel de despersonalización (Greenglass et al 1990; Maslach y Jackson 1981).

En cuanto a la variable antigüedad, los policías parecen mostrarse ligeramente más duros y cínicos que los reclutas de la academia de policía. Además en el grupo de mujeres policía, la relación estadísticamente significativa entre la intensidad del cansancio emocional y el número de años de servicio sugiere un incremento del agotamiento al aumentar la experiencia; relación que no se confirma en el grupo de varones. Respecto a la dimensión de despersonalización, en sus conclusiones, los autores señalan la necesidad de que las futuras investigaciones se centren en el análisis de esta escala, ya que parece ser la principal dimensión del síndrome, relevante para los policías, tanto en el presente estudio como en investigaciones previas (Jackson y Maslach, 1982). Respecto a variables como turno, puesto y nivel educativo, los resultados observados apuntan un mayor nivel de *“burnout”* global, cansancio emocional y despersonalización en policías con tareas administrativas, aquellos que trabajan de modo permanente entre las 8 y las 4 de la tarde presentan mayor puntuación de *“burnout”* total y de cansancio emocional, además aparece una relación negativa entre el nivel educativo y el *“burnout”* percibido (Cannizo et al 1995).

06.3.3.- Militares

En este colectivo se ha estudiado la relación entre el conflicto y la ambigüedad de rol y su influencia en el bienestar físico y psíquico de estos profesionales (Osca A 2003)

El estrés de rol es un problema frecuente en situaciones de cambio organizativo, puesto que en esos momentos los profesionales se deben enfrentar a nuevas demandas laborales sin la información y los recursos necesarios para ello. Se han obtenido resultados positivos en la correlación con las dimensiones del síndrome de *“burnout”*, de forma que la ambigüedad de rol permitiría predecir las tres dimensiones del síndrome, mientras que el conflicto, sólo el agotamiento emocional y la despersonalización.

Los factores que causan estrés en los profesionales desplazados a misiones internacionales son múltiples, entre ellos se han descrito la separación del ambiente familiar durante largos períodos de tiempo, el aislamiento, el aburrimiento, la inactividad, las difíciles condiciones ambientales y los problemas de comunicación que

aparecen, tanto con la población civil autóctona, como entre los militares de las distintas unidades multinacionales.

En este sentido, en un estudio de casos y controles realizado entre militares italianos durante una misión de pacificación de Naciones Unidas, llevada a cabo en Bosnia-Herzegovina en el año 1998 (Ballone 2000), se trataron de identificar los estresores laborales más importantes entre los soldados desplazados a este territorio y se intentó comparar con otro grupo de soldados que se encontraba en territorio italiano, se encontraron mayores niveles de estrés en los soldados desplazados en Bosnia-Herzegovina, aunque las diferencias no fueron significativas, una variable que se asoció de forma positiva con el estrés fue la duración de la misión, y de forma negativa la realización de actividades de recreo y deportivas durante el tiempo de la operación militar.

En lo referente al personal sanitario militar, también está sometido a una serie de estresores laborales, que han sido especialmente estudiados en las misiones internacionales que estos profesionales han llevado a cabo. Este tipo de misiones, en las que se presta ayuda médica, crean una oportunidad para estos profesionales de ofrecer un servicio sanitario de ayuda a una población especialmente necesitada, lo que crea una recompensa personal que puede remediar en gran medida la presencia de otros factores que producen estrés.

En este sentido, se han estudiado las causas de estrés y los trastornos en la salud producidos en un equipo de hombres y mujeres del Ejército estadounidense que realizaron una misión de paz en las antiguas Repúblicas de la Unión Soviética, concretamente en Kazakstan, en el año 1996. Los estresores que fueron significativos en este grupo de profesionales, fueron los problemas de comunicación, el sentimiento de lejanía de la familia, la restricción de los viajes que les permitieran el contacto con sus seres queridos, la sensación de aislamiento, y las limitaciones impuestas en la ayuda que proporcionaban a la población civil, con sentimientos de incapacidad de producir cambios reales en esta población. Por último, la mayoría de los componentes de la operación tenían la percepción de que el trabajo que realizaban era importante, relevante y de gran valor y tenían sentimientos de responsabilidad y compromiso con su trabajo (Britt 1999).

07.- PREVENCIÓN

Las consecuencias que supone padecer “*burnout*” tanto a quien lo sufre como a la organización a la que pertenece han sido ampliamente investigadas durante estos últimos cuarenta años. De un tiempo a esta parte se ha planteado la necesidad de establecer estrategias de prevención.

El primer problema que se plantea es la necesidad de una definición precisa y concreta del síndrome para poder diseñar estrategias para afrontarlo, el segunda sería establecer un modelo que vinculara el rendimiento laboral o la salud de los trabajadores con el “*burnout*”, el éxito de una estrategia se basa en su capacidad para solucionar estos problemas y el tercer problema que se plantea es tener un instrumento para evaluar si la estrategia empleada ha sido efectiva a la hora de eliminar o reducir el “*burnout*”.

Se ha considerado en primer lugar eliminar o modificar los estresores en el lugar de trabajo, en segundo lugar entrenar a los trabajadores en habilidades de afrontamiento ante el estrés laboral y finalmente tratar a las personas que ya sufren estrés para evitar las consecuencias derivadas.

En la literatura científica la mayoría de las estrategias de prevención se centran en la persona debido a que como dice Homer (1985) “el “*burnout*” no está solo causado por un ambiente de trabajo estresante si no por como los adictos al trabajo responden a ese entorno”. Otro factor a favor de estas estrategias es que resulta menos costoso, al menos a priori, intervenir sobre la persona que sobre la organización. Las estrategias más utilizadas son: cambiar los hábitos de trabajo, desarrollo de habilidades de afrontamiento, apoyo social. Otras se han centrado en fortalecer a las personas para hacerlas más resistentes a las situaciones estresantes tratando de desarrollar un estilo de vida más relajado o procurando mejoras en la salud (alimentación sana y ejercicio). (Maslach y Goldberg 1998).

Potencialmente el valor de la intervención en la organización sería importante pero no es fácil de implementar por la falta de colaboración ya que supone una gran inversión de tiempo, esfuerzo y dinero. (Maslach y Leiter 2001).

08.- EL COMPROMISO “*ENGAGEMENT*”

La psicología positiva se centra en el estudio del funcionamiento óptimo del ser humano. Esta nueva forma de enfocar la investigación hacia los aspectos positivos en lugar de dedicarse únicamente a las debilidades y disfunciones de las personas, ha dado lugar al constructo opuesto al “*burnout*”, el compromiso o “*engagement*”.

El compromiso estaría formado por energía, implicación y eficacia, son las características opuestas a las tres dimensiones del “*burnout*” agotamiento, cinismo y pérdida de eficacia profesional. (Maslach et al. 2001). De modo que bajas puntuaciones en agotamiento y cinismo y altas en pérdida de eficacia, medidas con el MBI-GS, indicarían altos niveles de compromiso.

Otra forma de entender el “*engagement*” no es como una situación específica y temporal sino como un estado afectivo- cognitivo, persistente en el tiempo y no centrado sobre un objeto o conducta específica (Salanova et al. 2000 y Schaufeli et al. 2002). Estos autores definen el “*engagement*” que ellos denominan en castellano vinculación psicológica como “un constructo motivacional positivo relacionado con el trabajo, que está caracterizado por el vigor, dedicación y absorción”. El vigor se refiere a niveles altos de energía y esfuerzo en el trabajo, la dedicación hace referencia al entusiasmo, al significado y valor otorgado al trabajo que se realiza y la absorción es la capacidad para concentrarse en la tarea.

Estos mismos autores desarrollaron un cuestionario para evaluar el compromiso con 15 ítems, cinco para el vigor, cinco para la dedicación y cinco para la absorción, con buenas características psicométricas.

La inclusión del compromiso como antítesis del “*burnout*” ya sea mediante el uso de las puntuaciones del MBI-GS o mediante el cuestionario alternativo de “*engagement*” es una vía prometedora que contribuye a nuestra comprensión del bienestar de los empleados (Maslach et al. 2001).

09.- MINDFULNESS

El término “*mindfulness*” tiene su origen en el Budismo y se corresponde con una de las prácticas de meditación budista más antiguas, la meditación *vipassana*. (Mañas 2009) No tiene traducción al castellano, la aproximación que habitualmente se usa en nuestro idioma es atención plena o conciencia plena.

Existen distintas definiciones del vocablo “*mindfulness*”, entre ellas cabe destacar las siguientes: (Mañas 2009)

- “Es la consciencia que emerge a través de poner atención intencional, en el momento presente, de manera no condenatoria, del flujo de la experiencia momento a momento” (Kabat-Zinn, 2003, p. 145).
- “Es el mantenimiento de una consciencia viva a la realidad del momento presente” (Hanh, 1976, p. 11).
- “Es la observación no condenatoria del fluir de toda la estimulación externa e interna tal como ella aparece” (Baer, 2003, p. 125).
- “Es el mantenimiento de una atención completa a la experiencia momento a momento” (Marlatt y Kristeller, 1999, p. 68).
- “Es la clara y simple consciencia mental de lo que nos está ocurriendo a nosotros y en nosotros en los sucesivos momentos de la percepción” (Nianaponika Thera, 1972, p. 5).
- “Es una atención y consciencia receptiva a los eventos y experiencias presentes” (Brown y Ryan, 2003).
- “Es la acción de desarrollar y mantener un determinado tipo de atención especial a la experiencia presente, momento a momento, con una actitud de aceptación radical, libre de todo control y juicios de valor” (Mañas, 2007).
- “Es la capacidad humana universal y básica, que consiste en la posibilidad de ser conscientes de los contenidos de la mente momento a momento”. (Simón 2007)

Vallejo (Vallejo 2006) establece cinco elementos claves para entender el “*mindfulness*”, estos son:

1.- Centrarse en el momento presente, se trata de centrarse y sentir las cosas tal y como suceden, sin tratar de ejercer control sobre ellas. La idea es experimentar la situación que estemos viviendo en el momento sin ánimo de cambiarla por otra más positiva, ni por otra ya vivida ni pensando en qué tendría que pasar.

2.- Apertura a la experiencia y los hechos, se refiere a dejar que los estímulos dejen fluir nuestras emociones evitando los prejuicios y el “estar en otro sitio” situaciones estas últimas que contaminarían la vivencia del momento.

3.- Aceptación radical, es el elemento esencial del “mindfulness”, consiste en aceptar la experiencia tal y como es, sin valorarla. Esta característica es aplicable tanto a las experiencias positivas como a las negativas. Es lógico pensar que es más satisfactorio vivir experiencias agradables, pero también nos enfrentamos a situaciones que nos provocan malestar, enfado, ira o tristeza si las aceptamos sin valorarlas podremos evitar rechazarlas.

4.- Elección de las experiencias, el “mindfulness” no es una habilidad para poner en práctica ante todo lo que acontezca, cada persona elige qué experiencias quiere vivir, eso sí, una vez elegida debe vivirse tal y como es, de forma activa, en el momento y aceptando lo que suceda.

5.- Control, aceptar las situaciones tal y como se presenten supone renunciar al control, es decir, se trata de experimentar las emociones o los sentimientos tal y como se producen. No se trata de reducir o sustituir las experiencias negativas si no de vivirlas como tal.

La práctica del “mindfulness” contrasta con las terapias psicológicas que tratan de reducir la ansiedad, controlar el estrés o eliminar los pensamientos negativos, por ejemplo.

No existe en la bibliografía evidencia acerca de si el “mindfulness” puede ser un factor moderador ante el síndrome de “burnout”, en este estudio queremos comprobar si existe alguna relación significativa entre el “mindfulness” y los tres subtipos clínicos de “burnout” definidos anteriormente: frenético, sin desafíos y desgastado. El tratar de buscar esta asociación está basado en el hecho de que el “mindfulness” sí que ha sido estudiado como factor protector o moderador en otras enfermedades. Hay evidencia científica de que reduce los síntomas de ansiedad y depresión (Evans et al 2007; Kingston et al 2007; Finucane et al 2006), de su relación inversa con el estrés percibido (Goldhagen et al 2015; Atanes et al 2015), reduce los síntomas depresivos en pacientes con fibromialgia (Sephton et al 2007) y reduce la depresión y el estrés en pacientes con cáncer (Specia et al 2000) entre otras.

10.- RESILIENCIA

Uno de los problemas de este constructo es su definición, sobre la que no hay un acuerdo aunque los autores sí que establecen un punto común al referirse a la resiliencia asumiendo que implica un afrontamiento efectivo y positivo como respuesta al riesgo o la adversidad, (Becoña 2006).

Entre las definiciones disponibles en la bibliografía cabe destacar las siguientes: (Becoña 2006)

- “Es un rasgo psicológico, que es visto como un componente interno, propio de la persona que capacita para el éxito en condiciones de adversidad, y que puede ser desgastado o, paradójicamente, reforzado por la adversidad” (Bartelt1996)
- “Es el proceso de afrontamiento ante eventos vitales desgarradores, estresantes o desafiantes de un modo que proporciona al individuo protección adicional y habilidades de afrontamiento mayores de las que tenía antes del evento traumático” (Richardson et al 1990)
- “Es la capacidad para recuperarse y mantener una conducta adaptativa después del abandono o la incapacidad inicial al iniciarse un evento estresante” (Garmezy 1991)
- “Es un proceso dinámico que abarca la adaptación positiva dentro del contexto de una adversidad significativa” (Luthar et al 2000).
- “Hace referencia a patrones de adaptación positiva en el contexto de riesgos o adversidades significativas” (Masten et al 2003)

La resiliencia, en suma, es un proceso de adaptación positiva ante situaciones estresantes adversas que permite a la persona resurgir fortalecida o reforzada.

Se pueden establecer diez pilares sobre los que descansa la resiliencia individual (Forés y Grané 2008):

- 1.- La confianza, es la base de los demás así como la clave para promover la resiliencia.
- 2.- La autoestima consistente, es la consecuencia de la acción y el cuidado de las personas que son significativas para permitir la superación de las adversidades.
- 3.- La introspección, referida al arte de conversar con uno mismo dándonos respuestas honestas.
- 4.- La independencia, se refiere al hecho de saber fijar límites entre uno mismo y el medio adverso.

- 5.- La capacidad de relacionarse, es la habilidad para establecer vínculos afectivos con otras personas
- 6.- La iniciativa, entendida como exigirse y ponerse a prueba con actividades accesibles, disfrutándolas
- 7.- El humor, característica que permite establecer un punto medio entre la tragedia y la comedia.
- 8.- La creatividad, capacidad de apertura mental hacia nuevas posibilidades
- 9.- La moralidad, deseo de querer el bienestar para todos los seres humanos y comprometerse con ese valor
- 10.- La capacidad de pensamiento crítico, tratar de entender que todo puede ser de otra manera, evitando los pensamientos únicos.

Existe evidencia de que la resiliencia puede ser un factor protector ante el estrés laboral y por ende ante el *“burnout”*. Un estudio hecho con personal de enfermería concluyó diciendo que la resiliencia protege ante el cansancio emocional a la vez que mejora la realización personal ante el trabajo (Rushton 2015), en España también con personal de enfermería se encontró que minimizaba los efectos del estrés laboral (Arrogante 2014) en un estudio con personal de residencias los autores llegaron a la conclusión de que altos niveles en resiliencia se asociaban con altos niveles en eficacia y en los tres factores del *“engagement”* (vigor, dedicación y absorción) además de con bajos niveles en cansancio emocional y cinismo (Menezes de Lucena 2006).

11.- AFECTOS

Estudios recientes sugieren dos grandes factores en las experiencias emocionales, tipificados como el afecto positivo y el afecto negativo (Watson y Clark, 1994). Se trata de un modelo bidimensional de la estructura básica del afecto. Este modelo no representa dos dimensiones que correlacionen negativamente entre sí, sino que son independientes. Han sido caracterizadas como descriptivamente bipolares, pero afectivamente unipolares. Así, el polo alto de cada dimensión representa un estado de alto afecto, mientras que el polo bajo refleja la ausencia relativa de implicación afectiva (Watson y Tellegen, 1985).

El afecto positivo (AP) se refiere a una dimensión en la que los niveles altos se caracterizan por “alta energía, concentración completa y agradable dedicación, mientras que el bajo afecto positivo se caracteriza por la tristeza y el letargo” (Watson et al 1988). El afecto negativo (AN) refleja un estado emocional que se describe en los niveles altos como “una variedad de estados de ánimo que incluyen la ira, la culpa, el temor y el nerviosismo, mientras que el bajo afecto negativo es un estado de calma y serenidad” (Watson et al, 1988).

Estas dos dimensiones de la estructura afectiva pueden ser conceptuadas bien como estados afectivos o bien como disposiciones personales de la emocionalidad más o menos estables (Sandín et al, 1999). En este último caso, se ha observado que el síndrome de fatiga crónica está relacionado con una reducción marcada en experiencias emocionales positivas (Watson y Clark 1994) Otro hallazgo importante ha sido la relación de altos niveles de AN con la ansiedad y la depresión, mientras que sólo la depresión se caracteriza por tener niveles bajos de afectividad positiva (Watson et al, 1988).

Existe una opinión generalizada sobre las diferencias de los afectos en función del género. Parece que es un hecho admitido por la cultura occidental que las mujeres son más ricas emocionalmente y más expresivas que los hombres (Simon y Nath, 2004). Los datos al respecto señalan que las diferencias de género se centran en la expresión emocional, siendo las mujeres más propensas que los hombres a expresar emociones en general (Brody y Hall, 2000; Fabes y Martín, 1991).

12.- AUTOESTIMA

La autoestima se refiere a la confianza que tiene el sujeto en sí mismo, pudiendo tener una orientación positiva o negativa en la valoración que se hace (Pearlin, 1989; Rosenberg, 1989), otra forma de definirla sería como una actitud de aprobación o desaprobación que indica la medida en que el individuo se considera a sí mismo capacitado, importante, con éxito y valioso. En suma, autoestima es un juicio personal de valía que se expresa en las actitudes que el individuo retiene hacia sí mismo (Coopersmith, 1967). Un elevado nivel de estrés impacta en los sentimientos de respeto y aceptación de sí mismo, es decir, en la autoestima (González y Landero, 2007; Taylor, 2007). Se ha observado que las mujeres son más propensas a padecer trastornos, los cuales traen consigo una baja en su autoestima, que, en casos extremos, puede llegar a la depresión, cabe hacer notar que la inclusión de la mujer en el mercado laboral se asocia con el incremento de la autoestima (Elliot, 1996; González et al 2008; Kessel y McRae, 1982). Hay varios factores que influyen en la autoestima de las personas, como la educación que se recibe en la familia y en las instituciones educativas a las cuales se ha asistido (Navarro, et al, 2006), los lugares en que se trabaja y las relaciones interpersonales establecidas (Barría et al 2002; Lara et al 1993).

13.- JUSTIFICACIÓN

Los terapeutas se enfrentan con una serie de dificultades a la hora de elaborar estrategias tanto de prevención como de intervención sobre el síndrome de “*burnout*” estas son:

- Disponer de una definición más precisa del síndrome.
- Disponer de un instrumento válido y fiable que pueda indicar si las estrategias empleadas han sido eficaces a la hora de reducir o eliminar el síndrome
- Disponer de un modelo teórico que vincule el “*burnout*” con la salud de los trabajadores y su rendimiento laboral. (Maslach y Goldberg 1998)

El BCSQ-36 fue elaborado para tratar de solventar estas dificultades. Permite diferenciar y medir tres subtipos de “*burnout*” (frenético, sin desafíos y desgastado). Sus características psicométricas, mediante un análisis factorial exploratorio fueron adecuadas (Montero-Marín, García Campayo 2010).

En el presente trabajo hemos pretendido realizar un análisis factorial confirmatorio con el fin de comprobar si el BCSQ-36 puede ser utilizado para elaborar estrategias de prevención e intervención específicas, en función del subtipo clínico en el que el sujeto evaluado quede encuadrado.

Por otro lado hemos intentado observar si constructos como el mindfulness o la resiliencia tiene algún tipo de relación con los tres subtipos de “*burnout*” para en futuras investigaciones poder elaborar estrategias de prevención mediante entrenamiento en estas habilidades.

Así mismo hemos tratado de observar si características personales como la autoestima basada en el rendimiento, los afectos positivos y negativos, la falta de aceptación o la injusticia percibida se asocian con los tres subtipos de “*burnout*”. Sería interesante para futuras investigaciones comprobar si estas características pueden actuar como variables predictoras del síndrome.

De un tiempo a esta parte mi interés por la prevención de los riesgos laborales ha ido en aumento. Pero son los riesgos psicosociales los que más atractivos me parecen, por sentirme más cercano a ellos. Poder realizar este trabajo sobre el “*burnout*” ha supuesto una gran motivación. Además la bisoñez del constructo, solo tiene unos cuarenta años, deja abierto un amplio campo para la investigación, algo que también me resulta atrayente.

MATERIAL Y MÉTODO

MATERIAL Y MÉTODO

01.- DISEÑO:

Se trata de un estudio correlacional, transversal, multicéntrico, con medidas obtenidas mediante la técnica del autoinforme, a través de cuestionario.

El método correlacional fue definido por Kerlinger (Kerlinger 1975) como investigaciones científicas ex -post -facto tendentes a descubrir las relaciones o interacciones entre las variables de carácter sociológico, psicológico y pedagógico en las estructuras sociales reales, lo que conseguimos con este método es establecer relaciones de covariación entre dos o más variables tal y como se producen en la población objeto del estudio. Es necesario destacar dos características esenciales de este método, la primera es la no manipulación por parte del investigador de las variables que se pretenden estudiar y la segunda es la imposibilidad de establecer relaciones de causa-efecto entre dos variables (correlación no implica causación).

El objetivo de un diseño transversal es describir una población en un momento dado, entre sus ventajas cabe destacar que son eficientes para estudiar la prevalencia de enfermedades en la población, se puede trabajar con varias variables, son poco costosos y se pueden realizar en poco tiempo, entre sus desventajas comentar la posible existencia de sesgos de selección y que la relación causa efecto no siempre es verificable (Hernández- Ávila 2000).

02.- ÁMBITO DE ESTUDIO:

Este estudio no ha contado con ningún tipo de financiación, los gastos derivados del material necesario han sido sufragados por la Unidad de Investigación de Atención Primaria (Centro de Salud Arrabal) y los gastos por desplazamiento han corrido a cargo de los entrevistadores.

Los Centros de Salud donde se ha llevado a cabo el estudio han sido:

Centro de Salud Actur Norte.

Centro de Salud Actur Oeste.

Centro de Salud Arrabal.

Centro de Salud La Almunia.

Centro de Salud Bombarda.

Centro de Salud Calatayud.

Centro de Salud Canal Imperial.

Centro de Salud Casablanca.

Centro de Salud Caspe.

Centro de Salud Delicias Norte.

Centro de Salud Ejea de los Caballeros.

Centro de Salud Fernando el Católico.

Centro de Salud Las Fuentes Norte.

Centro de Salud Independencia.

Centro de Salud Miralbueno.

Centro de Salud Oliver.

Centro de Salud Parque Goya.

Centro de Salud Parque Roma.

Centro de Salud Rebojería.

Centro de Salud Sagasta.

Centro de Salud San José.

Centro de Salud San Pablo.

Centro de Salud Santa Isabel.

Centro de Salud Seminario.

Centro de Salud Torreramona.

Centro de Salud Utebo.

Centro de Salud Universitat.

Centro de Salud Valdefierro.

03.- SELECCIÓN DE SUJETOS:

Criterios de inclusión:

- Ser personal sanitario: médicos, enfermeros y residentes.
- Ejercer su trabajo en Centros de Salud de Atención Primaria de la Comunidad de Aragón.

Una vez definida nuestra población objeto de estudio, nos pusimos en contacto, bien telefónicamente bien con una entrevista personal con los coordinadores de los Centros de Salud con el objeto de explicarles nuestro objetivo y de organizar cómo hacer la selección de sujetos participantes.

Una vez que contábamos con la aprobación de los coordinadores, la selección de los participantes la llevamos a cabo de dos maneras:

- Dejábamos cuadernillos con los cuestionarios al coordinador/a para que los repartiera entre aquellos que quisieran participar, una vez rellenos pasábamos a recogerlos, o bien
- Aprovechando una reunión de equipo programada, explicábamos en ella a los asistentes todo lo relativo al proyecto y en ese mismo momento entregábamos los cuadernillos a todo aquel que quisiera colaborar. Los cuestionarios eran cumplimentados en ese mismo momento por los participantes.

04.- TAMAÑO MUESTRAL:

La población de estudio (N = 1579) consistió en profesionales de Atención Primaria (médicos, enfermeros y residentes) que desempeñaban su labor en Centros de Salud de Zaragoza entre los meses de Marzo de 2014 y Junio de 2015.

El tamaño de la muestra se calculó con un intervalo de confianza del 95% y un error muestral del 4,0%. Asumiendo una prevalencia de “burnout” en torno a un tercio de los

profesionales de Atención Primaria, de acuerdo con estudios previos hechos en España sobre la población objeto de estudio (Navarro-González, 2015), el cálculo de la muestra nos dio un resultado de 400 sujetos.

Este tamaño muestral está en línea con lo recomendado, una relación de 10:1 entre el número total de la población y el número de sujetos necesarios como criterio para evaluar la validez de un constructo (Kline 1998), por lo que es psicométricamente adecuado para nuestro estudio.

Esperábamos una pérdida del 10% por cuestionarios incompletos, por lo que aumentamos el número de la muestra hasta llegar a un total de 445 sanitarios.

Fueron elegidos de forma incidental, una vez que conseguimos alcanzar el número apropiado dejamos de visitar Centros de Salud.

05.- INSTRUMENTOS UTILIZADOS:

El cuadernillo que hemos empleado consta de 10 cuestionarios de respuesta cerrada y de uno de respuestas abiertas.

Los cuestionarios, por orden de aparición en el cuadernillo, son los siguientes:

- 1.- Cuestionario de características sociodemográficas y laborales (ANEXO I)
- 2.- Cuestionario de Subtipos Clínicos de Burnout (BCSQ-36) (ANEXO II)
- 3.- Maslach Burnout Inventory (MBI-GS). (ANEXO III)
- 4.- Utrecht Work Engagement Scale (UWES). (ANEXO IV)
- 5.- Mindfulness Attention Awareness Scale (MAAS). (ANEXO V)
- 6.- 10-item Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). (ANEXO VI)
- 7.- Aceptación y Acción (AAQ-II). (ANEXO VII)
- 8.- Cuestionario de Injusticia Percibida. (ANEXO VIII)
- 9.- Performance Based Self Esteem (PBSE). (ANEXO IX)
- 10.- Afecto Positivo y Negativo (PANAS). (ANEXO X)

Cuestionario de Características Sociodemográficas y Laborales

Es un cuestionario de elaboración propia. En la primera parte se encuentran las dos preguntas abiertas (“Escriba los aspectos negativos de su trabajo que le generan malestar” y “Escriba los aspectos positivos de su trabajo que le originan bienestar”) además recoge las siguientes variables:

- Edad.
- Sexo.
- Titulación académica: Diplomatura, Licenciatura, Doctorado.
- Situación familiar: Con pareja estable, Sin pareja.
- Número de hijos a su cargo.
- Número total de años trabajados.
- Número de años trabajados en el puesto actual.
- Puesto de trabajo actual: Enfermero, Médico, Residente.
- Temporalidad del contrato de trabajo: Temporal, Fijo.
- Tipo de contrato de trabajo: Tiempo completo, Tiempo parcial.
- Número de horas semanales dedicadas al trabajo (incluyendo reuniones, actividades formativas, guardias...).
- Nivel medio de ingresos mensuales.
- Dificultades económicas para llegar a fin de mes: Nunca, Alguna vez, Muchas veces, Casi siempre, Siempre.
- Baja laboral en el último año: Si, No; en caso afirmativo número de días totales en los que por problemas de salud se ausentó del trabajo.

Cuestionario de Subtipos Clínicos de Burnout (BCSQ-36)

Cuestionario diseñado por Montero y García Campayo y validado en personal docente (Montero-Marín; García-Campayo 2010).

Está formado por 36 ítems repartidos en 3 escalas y 9 subescalas. La escala correspondiente al subtipo “frenético” está formada por las dimensiones implicación, ambición y sobrecarga; la escala del subtipo “sin-desafíos” por las dimensiones indiferencia, falta de desarrollo y aburrimiento; y la escala del subtipo “desgastado” por las dimensiones abandono, falta de reconocimiento y falta de control. Los sujetos deben presentar su grado de acuerdo respecto a cada una de las afirmaciones presentadas en una escala tipo Likert con siete opciones de respuesta, valoradas como 1 (totalmente desacuerdo), 2 (muy en desacuerdo), 3 (en desacuerdo), 4 (indeciso), 5 (de acuerdo), 6 (muy de acuerdo) y 7 (totalmente de acuerdo).

La consistencia interna medida a través del α de Crombach se ha mostrado buena para las escalas y subescalas del cuestionario, todas ellas >0.8 (Montero-Marín; García-Campayo 2010)

Maslach Burnout Inventory General Survey (MBI-GS)

Ofreceremos como criterio estándar de burnout el MBI-GS (Maslach, Jackson y Leiter 1996) según la validación española (Gil-Monte 2002; Bresó, Salanova y Schaufeli ,2007). Esta adaptación consta de 15 ítems agrupados en tres dimensiones: agotamiento, cinismo y eficacia. Las respuestas se organizan en una escala tipo Likert con siete opciones, valoradas como 0 (nunca/ninguna vez), 1 (casi nunca/ pocas veces al año), 2 (algunas veces/una vez al mes o menos), 3 (regularmente/pocas veces al mes), 4 (bastantes veces/una vez por semana), 5 (casi siempre/pocas veces por semana) y 6 (siempre/todos los días).

Todas las dimensiones del cuestionario presentan una consistencia interna $\alpha \geq 0.78$.

Utrecht Work Engagement Scale (UWES)

Este cuestionario, bajo la influencia de la psicología positiva, mide el grado de compromiso con el trabajo por medio de 17 ítems, a través de las subescalas: vigor (6 ítems), dedicación (5 ítems) y absorción (6 ítems). Las respuestas se organizan en una escala tipo Likert con siete opciones, valoradas como 0 (nunca/ninguna vez), 1 (casi

nunca/pocas veces al año), 2 (algunas veces/una vez al mes o menos), 3 (regularmente/pocas veces al mes), 4 (bastantes veces/una vez por semana), 5 (casi siempre/pocas veces por semana) y 6 (siempre/todos los días).

Las características psicométricas del cuestionario, en cuanto a su estructura factorial y consistencia interna, resultan adecuadas ((Schaufeli 2002; 2006).

Mindfulness Attention Awareness Scale (MAAS)

(Brown y Ryan, 2003). Validada en castellano por (León et al. 2013). Consta de un total de 15 ítems, las respuestas se presentan en una escala tipo Likert con seis opciones de respuesta, valoradas como 1 (casi siempre), 2 (muy frecuente), 3 (algo frecuente), 4 (algo infrecuente), 5 (muy infrecuente) y 6 (casi nunca). Está estructurada con un solo factor que se centra fundamentalmente en la capacidad del individuo de estar atento y consciente de la experiencia del momento presente en la vida cotidiana, por tanto, ofrece una única puntuación global. La escala trata de cuantificar con qué frecuencia se actúa en piloto automático, con preocupaciones y sin prestar atención. La consistencia interna es $\alpha = 0.88$ (León et al. 2013).

10-ítem Connor- Davidson Resilience Scale (CD-RISC)

(Campbell-Sills, 2007) validado en español por (Notario-Pacheco, 2011).

El CD-RISC es un instrumento autoadministrado que mide Resiliencia. Está constituido por 10 ítems, como por ejemplo “soy capaz de adaptarme cuando ocurren cambios”. Dichos ítems se agrupan en una sola dimensión y son valorados por una escala tipo Likert con cinco opciones de respuesta, son 0 (en absoluto), 1 (rara vez), 2 (a veces), 3 (a menudo) y 4 (casi siempre). La puntuación final del cuestionario se obtiene mediante la suma de las respuestas obtenidas en cada uno de los ítems, de manera que valores más altos indican mayores valores de resiliencia. Fueron calculadas puntuaciones escalares para facilitar la interpretación de los resultados (rango 0-4). La validez y consistencia interna de esta escala resultan adecuadas, con relaciones positivas respecto a variables como calidad del sueño y salud mental (Notario-Pacheco, 2011)

Aceptación y Acción (AAQ-II)

(Ruiz 2013). Este cuestionario mide la evitación experiencial e inflexibilidad psicológica, aspectos que han sido relacionados con un amplio rango de trastornos psicológicos, y con la calidad de vida. Para ello, hace uso de 7 ítems agrupados en un solo factor, a los que se da respuesta mediante una escala tipo Likert con siete opciones, valoradas como 1 (nunca), 2 (muy raramente), 3 (raramente), 4 (a veces), 5 (con frecuencia), 6 (casi siempre) y 7 (siempre). Dichos ítems reflejan la falta de disposición a experimentar emociones y pensamientos no deseados, así como la imposibilidad de estar en el momento presente y de comportarse con acciones dirigidas hacia valores, cuando se experimentan sucesos psicológicos que podrían socavarlos. Las características psicométricas de la escala respecto a su estructura factorial, consistencia interna, validez convergente y validez discriminante resultan adecuadas (Ruiz, 2013).

Cuestionario de Injusticia Percibida

En ocasiones las personas experimentan su vida con cierto sentido de la injusticia. El problema clave es la sensación de padecer un sufrimiento innecesario por culpa de otros, sentimiento que exige una reparación por parte de la sociedad. Existe una clara sospecha de que el sentimiento percibido de injusticia supone un problema importante en la recuperación de ciertos trastornos, aunque no ha sido evaluado sistemáticamente (Sullivan MJL et al. 2008). Recientemente se ha desarrollado el “cuestionario de injusticia percibida” que mide de forma fiable este constructo, mediante 12 ítems con 5 opciones de respuesta: 0 (nada en absoluto), 1 (rara vez), 2 (a veces), 3 (a menudo) y 4 (todo el tiempo).

Performance Based Self Esteem (PBSE)

El Performance Based Self-Esteem o PBSE (Hallsten, 2005), incluye cinco ítems relativos a cogniciones sobre creencias de autoestima dependiente de los logros. Dichos ítems se responden mediante una escala tipo Likert con cinco opciones de respuesta, 1 (totalmente en desacuerdo), 2 (en desacuerdo), 3 (indiferente), 4 (de acuerdo) y 5 (totalmente de acuerdo). El PBSE presenta adecuadas características psicométricas, aunque no está validado en lengua española. La validación de esta escala será llevada a cabo en este estudio.

Afecto Positivo y Negativo (PANAS)

(Watson et al.1988), validado en español (Sandín et al, 1999). El PANAS es un modelo bidimensional de la estructura del afecto que incluye dimensiones positivas y negativas. Consta de 20 ítems y se responde mediante una escala tipo Likert con 5 opciones de respuesta: 0 (nada), 1 (un poco), 2 (bastante), 3 (mucho) y 4 (muchísimo). La consistencia interna de la escala es $\alpha = 0.89$ en hombres y 0.87 en mujeres (Sandín et al, 1999).

06.- CALIDAD DE LOS DATOS:

La recogida de los cuadernillos con los cuestionarios ha sido llevada a cabo por los doctorandos que hemos usado el proyecto inicial “Promoción de la salud entre los profesionales de la salud aragoneses” para elaborar nuestras respectivas Tesis Doctorales. De igual manera hemos elaborado personalmente las bases de datos. Para garantizar la calidad de los datos hemos realizado una revisión en un 10% de las entrevistas para asegurar que los datos contenidos en la base corresponden con los del cuestionario.

Al ser cuestionarios autoadministrados, hemos de confiar en la sinceridad de las respuestas de los participantes, como es una colaboración voluntaria no hay motivo de sospecha. Un factor a tener en cuenta en cuanto a la calidad de las respuestas es el agotamiento de los participantes, el tiempo necesario para responder al cuadernillo rondaba los 30 minutos, si a eso le añadimos que en muchas ocasiones las reuniones donde se repartían los cuestionarios para su realización era las 14:30 horas, al final de la jornada laboral. Esta situación ha podido propiciar que en algunos casos no se haya prestado la suficiente atención al leer los cuestionarios y haya podido contaminar las respuestas.

07.- TRATAMIENTO ESTADÍSTICO DE LOS DATOS:

Las medias (desviaciones estándar), las medianas (rangos intercuartiles) y las frecuencias (porcentajes) se calcularon sobre los datos del cuestionario sociodemográfico. La asimetría, curtosis se calcularon para evaluar la distribución de los ítems.

Examinamos el ajuste de los modelos mediante un análisis factorial confirmatorio (CFA) aplicando mínimos cuadrados no ponderados (ULS) (Jöreskog 1977). El procedimiento ULS no proporciona estimaciones inferenciales basadas en la distribución χ^2 y por lo tanto no facilita los valores de p. Sin embargo no requiere ninguna hipótesis de distribución de los datos, es robusto y generalmente converge debido a su eficiencia en términos de cálculo. Tiende a proporcionar estimaciones menos sesgadas de los valores de los parámetros verdaderos que otros procedimientos (Briggs 2003; Knol 1991; Lee 2012; Parry 1991).

Usamos el índice de bondad de ajuste (GFI), el índice ajustado de bondad de ajuste (AGFI), la raíz cuadrada de la media residual estandarizada (RMSR), el índice de ajuste normalizado (NFI: "Normed Fit Index") y el índice de ajuste relativo de Bollen (RFI).

GFI y AGFI se refieren al porcentaje de varianza explicada y son aceptables valores > 0.90 (Byrne 2001). RMSR es la diferencia estandarizada entre la covarianza observada y la esperada, indica un buen ajuste valores <0.08 (Hu 1999).

NFI mide la reducción proporcional en el ajuste del modelo cuando presuponemos que el modelo propuesto es nulo, siendo aceptables valores de 0.90 (Lévy 2006). RFI tiene en cuenta la discrepancia entre el modelo a evaluar y el modelo nulo, se consideran muy buenos valores cercanos a uno (Bollen 1986). Por último fueron calculados también los pesos factoriales (γ , λ).

Examinamos la consistencia interna de las escalas usando tres modelos de fiabilidad (Raykov 1997) congénico, tau-equivalente y paralelo ("congeneric, tau-equivalent y parallel"). El modelo congénico asume que cada ítem mide la misma variable latente, posiblemente con diferentes escalas, grados de precisión y magnitud de error. El tau-equivalente implica que los ítems miden la misma variable latente, en la misma escala y con el mismo grado de precisión, pero posiblemente con diferentes grados de error. El modelo paralelo asume que todos los ítems deben medir la misma variable, en la misma escala, con el mismo grado de precisión y con la misma cantidad de error. En

aras de una mejor parsimonia, se optó por el método más restrictivo siempre y cuando ajustase bien a los datos, aplicando el método ULS (Graham 2006).

La fiabilidad se calculó elevando al cuadrado la correlación implícita entre la variable esperada y la observada, para llegar al porcentaje de la varianza observada explicado por la variable esperada. (Graham 2006).

Se calcularon también las correlaciones ítem-resto y la media de las correlaciones ítem-resto.

Utilizamos las puntuaciones en los factores del BCSQ-36 de los participantes en el estudio para evaluar el grado de asociación con respecto a otros constructos, mediante el coeficiente r de Pearson.

Para realizar estos análisis estadísticos se usaron los programas siguientes:

- SPSS v19.0.
- FACTOR v 10.3.01.
- AMOS v 20.0.

08.- DESARROLLO DE LA INVESTIGACIÓN:

El proyecto de investigación “Promoción de la Salud entre los Profesionales de la Salud Aragoneses” fue desarrollado por el Grupo Aragonés de Investigación en Atención Primaria (GAIAP), a través de la Red de Investigación en Actividades Preventivas y Promoción de la Salud (redIAPP RD06/0018/0020) en colaboración con el Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud (IACS) y la Universidad de Zaragoza. Este proyecto no ha contado con ningún tipo de financiación. El gasto de material, cuadernillo, hoja de información para el paciente y consentimiento informado ha sido sufragado por la Unidad de Investigación de Atención Primaria situada en el Centro de Salud Arrabal.

Una vez elaborado el cuadernillo con los cuestionarios descritos anteriormente, se comenzó la recogida de datos en Marzo de 2014 terminando con esta labor en Junio de 2015.

Durante el mes de Junio se elaboraron dos proyectos de tesis doctoral basados en el proyecto antes mencionado, uno de ellos es el correspondiente a esta tesis “Validación del Cuestionario de Subtipos Clínicos de burnout BCSQ-36 en personal de Atención Primaria de la Comunidad de Aragón”.

En los meses de Julio y Agosto se realizaron las bases de datos, se fusionaron y se corrigieron.

09.- ASPECTOS ÉTICOS

El proyecto inicial “Promoción de la Salud entre los Profesionales de la Salud Aragoneses” fue aprobado por el Comité Ético de Investigación Clínica de Aragón (CEICA) el 12 de Junio de 2013 (Acta nº 11/2013). (ANEXO XI)

El proyecto, consecuencia del anterior “Validación del Cuestionario de Subtipos Clínicos de burnout BCSQ-36 en personal de Atención Primaria de la Comunidad de Aragón” fue aprobado por el CEICA el 1 de Julio de 2015 (Acta nº CP12/2015). (ANEXO XII)

A todos los profesionales de la salud que colaboraron en el proyecto se les garantizó la participación voluntaria e informada. Antes de rellenar los cuestionarios tuvieron la oportunidad de escuchar una charla informativa acerca del estudio y tuvieron que firmar un consentimiento informado

(ANEXO XIII), además se les facilitó una hoja de información, donde de forma escueta pero pormenorizada se les explicaba todos los detalles del estudio. (ANEXO XIV)

Se ha garantizado la confidencialidad de los datos, en los cuadernillos no aparecía el nombre del participante, una vez cumplimentados y pasados a la base de datos han sido recogidos en la Unidad de Investigación de Atención Primaria.

En cuanto a los Beneficios o riesgos, se dio la oportunidad, a aquellos que voluntariamente estuvieran dispuestos, a recibir de forma gratuita y anónima un informe con los resultados obtenidos en el síndrome de burnout basados en el MBI-GS. Este estudio no comportaba ningún tipo de riesgo para los participantes.

10.- OBJETIVOS DEL ESTUDIO

10.1.- Objetivo Principal.

Validar el cuestionario BCSQ-36 con personal sanitario de Atención Primaria de los distintos Centros de Salud de la provincia de Zaragoza.

10.2.- Objetivos secundarios.

Evaluar el grado de asociación del BCSQ-36 con los siguientes constructos:

- Afectos positivos y negativos.
- Autoestima.
- Injusticia percibida.
- Mindfulness.
- Resiliencia.
- Aceptación.

Evaluar el grado de asociación del BCQ-36 con las tres dimensiones del MBI-GS (Agotamiento, cinismo y eficacia) y las del UWES (Vigor, dedicación y absorción).

11.- HIPÓTESIS

- Hipótesis principal:

El BCSQ-36 tiene una estructura factorial, consistencia interna y convergencia adecuadas.

- Hipótesis secundaria:

Los tres subtipos de “burnout” (frenético, sin desafíos y desgastado) mostrarán distintos patrones de asociación con los constructos afecto positivo y negativo, autoestima basada en el rendimiento, injusticia percibida, mindfulness, resiliencia y falta de aceptación.

RESULTADOS

RESULTADOS

01.- Características sociodemográficas de la muestra

Se entrevistó a un total de 440 sanitarios de los Centros de Atención Primaria de Zaragoza. Con una tasa de respuesta del 50,12%. De ellos la mitad eran médicos (51,6 %). Más de dos tercios de la muestra eran mujeres (70,3 %). En cuanto a la edad el 60 % eran mayores de 50 años. Un 76,6 % vivía en pareja y un 38 % del total no tenía hijos a su cargo.

En lo referente a las horas semanales trabajadas, algo más de la mitad trabajan menos de cuarenta horas semanales (54,6 %) y un 26,2 % más de cuarenta horas. La gran mayoría de los sujetos encuestados llevan más de 16 años ejerciendo su profesión (73,0 %), sin embargo solo un 29 % lleva más de 16 años en el mismo puesto, en este apartado la mitad de la muestra (51,2 %) lleva menos de seis años en el mismo puesto laboral.

En cuanto al tipo de contrato, prácticamente la totalidad de la muestra trabaja a tiempo completo (98,6 %) y más de dos tercios del total (70,3 %) tienen contrato fijo.

Un 67,7 % declaró no tener nunca dificultades económicas frente a un 1,4 % que dicen tenerlas siempre. El 82,3 % no había estado de baja en el último año. Ver Tabla 1

Tabla 1: Características de los participantes (n=440)

Edad, Md (SD)	49.67 (10.86)
Sexo, femenino, frecuencia (%)	309 (70.3)
Situación familiar, con pareja, frecuencia(%)	337 (76.6)
Hijos, Media (Q₁-Q₃)	1 (0-2)
Ocupación, frecuencia (%)	
médico	214 (48.5)
enfermero	184 (41.9)
residente	42 (9.6)
Horas trabajadas/semana, Md (SD)	40.99 (8.16)
Años trabajados, Md (SD)	24.65 (11.75)
Años en el puesto actual, Md (SD)	10.38 (10.24)
Temporalidad del contrato, permanente, frecuencia (%)	303 (68.8)
Tipo de contrato, fijo, frecuencia (%)	423 (96.2)
Dificultades económicas, frecuencia(%)	
nunca	298 (67.7)
algunas veces	118 (26.7)
casi siempre	18 (4.2)
siempre	6 (1.4)
Baja por enfermedad ultimo año, no, frecuencia (%)	362 (82.3)

02.- Validez Factorial

Todos los datos referidos a la validez factorial pueden verse en la Tabla 2.

Tabla 2: Características psicométricas del BCSQ-36

Scale/Factor/Item	Mn	SD	Asim	Curt	λ (γ)	Item-rest (factor)	Item-rest (escala)
Frenético	3.89	0.84	0.05	1.15			
Ambicion	3.62	1.15	0.17	0.16	(0.93)		
bcsq 1	3.51	1.40	0.01	-0.53	0.68	0.70	0.53
bcsq 4	3.92	1.41	-0.10	-0.50	0.71	0.67	0.58
bcsq 7	3.70	1.33	0.08	-0.27	0.79	0.71	0.65
bcsq 10	3.33	1.35	0.31	-0.08	0.85	0.74	0.68
Sobrecarga	3.11	1.17	0.50	0.40	(0.51)		
bcsq 2	3.72	1.54	0.18	-0.50	0.64	0.57	0.45
bcsq 5	2.63	1.48	0.92	0.59	0.78	0.63	0.52
bcsq 8	2.92	1.49	0.65	0.09	0.79	0.68	0.53
bcsq 11	3.18	1.41	0.46	-0.11	0.65	0.57	0.45
Implicación	4.93	0.92	-0.64	1.79	(0.64)		
bcsq 3	5.47	1.09	-0.94	1.97	0.54	0.49	0.40
bcsq 6	4.79	1.33	-0.39	-0.22	0.69	0.56	0.52
bcsq 9	4.78	1.25	-0.88	1.14	0.71	0.59	0.49
bcsq 12	4.67	1.16	-0.64	0.99	0.67	0.57	0.46
Sin desafíos	2.45	0.97	0.53	0.17			
Indiferencia	2.15	0.94	0.70	0.27	(0.89)		
bcsq 13	2.25	1.18	1.16	2.07	0.66	0.54	0.52
bcsq 16	2.19	1.22	1.33	2.36	0.84	0.71	0.55
bcsq 19	2.24	1.21	0.85	0.43	0.85	0.65	0.68
bcsq 22	1.94	1.06	1.48	3.82	0.79	0.63	0.69
Falta de desarrollo	2.54	1.15	0.61	0.09	(0.94)		
bcsq 14	2.40	1.44	0.98	0.59	0.67	0.60	0.77
bcsq 17	2.38	1.21	0.94	1.36	0.84	0.70	0.70
bcsq 20	2.66	1.49	0.69	-0.31	0.85	0.77	0.71
bcsq 23	2.74	1.47	0.71	-0.15	0.74	0.61	0.77
Aburrimiento	2.63	1.13	0.65	0.62	(0.98)		
bcsq 15	2.83	1.49	0.62	-0.12	0.74	0.68	0.78
bcsq 18	2.80	1.41	0.71	0.19	0.77	0.71	0.62
bcsq 21	2.58	1.28	0.72	0.21	0.84	0.75	0.66
bcsq 24	2.33	1.21	0.84	0.77	0.80	0.68	0.74
Desgastado	3.34	0.92	-0.11	-0.07			
Falta de reconocimiento	3.88	1.26	0.42	1.57	(0.80)		
bcsq 25	2.88	1.42	0.68	0.18	0.54	0.39	0.47
bcsq 28	4.13	1.77	-0.04	-0.94	0.73	0.60	0.53
bcsq 31	4.47	1.61	-0.26	-0.67	0.68	0.60	0.66
bcsq 34	3.94	1.54	0.10	-0.62	0.76	0.66	0.60
Abandono	2.37	0.89	0.48	1.06	(0.55)		
bcsq 26	2.43	1.17	1.08	2.04	0.85	0.65	0.49
bcsq 29	2.41	1.09	0.76	1.35	0.78	0.69	0.62
bcsq 32	2.15	0.99	0.88	2.32	0.72	0.70	0.54
bcsq 35	2.49	1.09	0.61	0.82	0.74	0.62	0.44
Falta de control	3.88	1.24	-0.05	0.50	(0.99)		
bcsq 27	3.80	1.56	0.10	-0.63	0.75	0.66	0.66
bcsq 30	4.14	1.70	-0.14	-0.89	0.73	0.62	0.61
bcsq 33	3.29	1.47	0.29	-0.57	0.74	0.62	0.48
bcsq 36	3.87	1.50	-0.06	-0.64	0.64	0.62	0.55

Mn: Media. SD: Desviación estándar. Asim: asimetría. Curt: curtosis Item-rest: coeficiente item rest. λ : peso factorial.

El peso factorial tanto de los ítems como de los factores de cada subtipo resultaron adecuados. Ambición ($\gamma=0,93$), sobrecarga ($\gamma=0,51$) e implicación ($\gamma=0,64$) del subtipo frenético (Figura 1). Indiferencia ($\gamma=0,89$), falta de desarrollo ($\gamma=0,94$) y aburrimiento ($\gamma=0,98$) del subtipo sin desafíos (Figura 2). Falta de reconocimiento ($\gamma=0,80$), abandono ($\gamma=0,55$) y falta de control ($\gamma=0,99$) del subtipo desgastado (Figura 3).

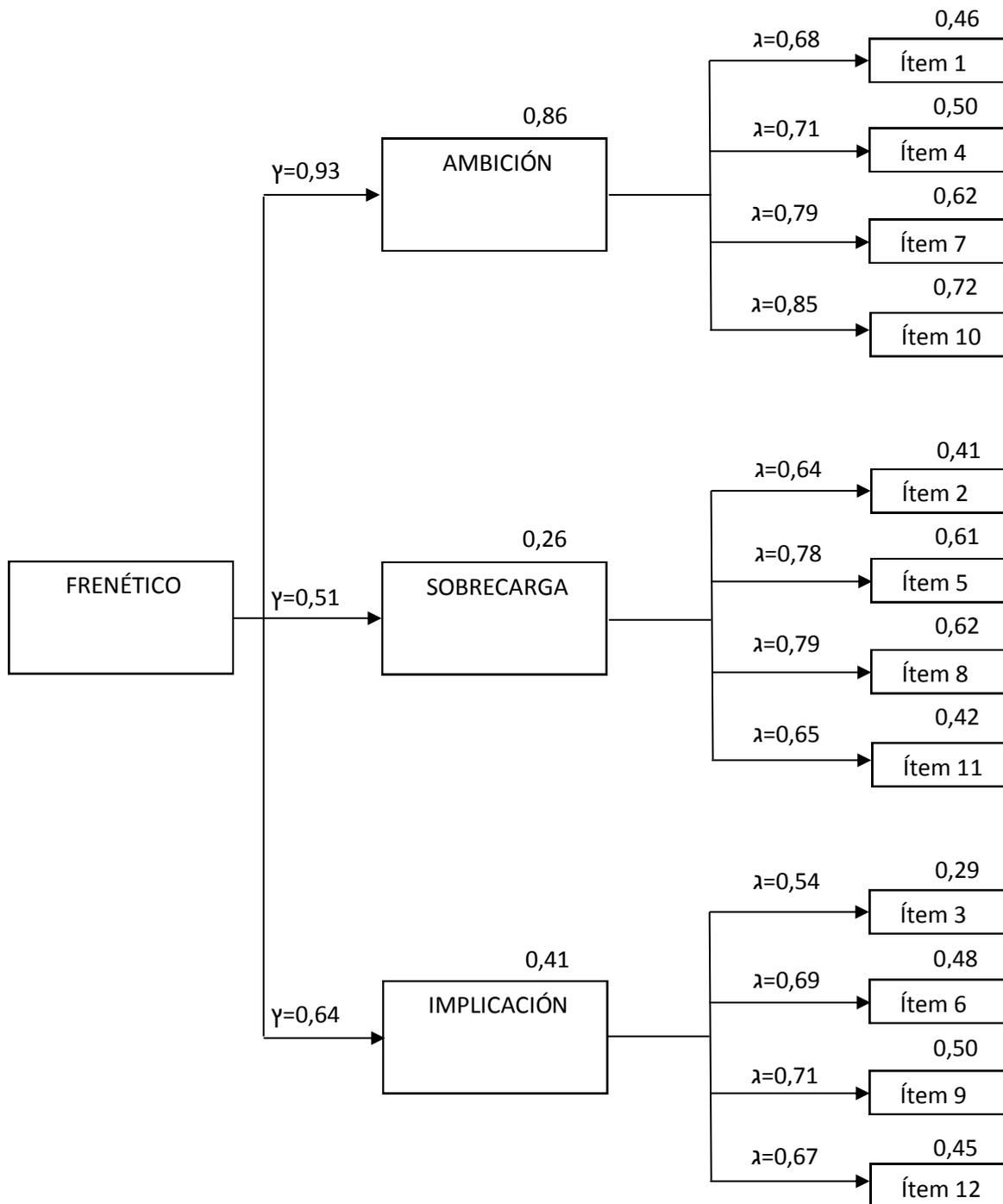


Figura 1. Validez factorial subtipo frenético

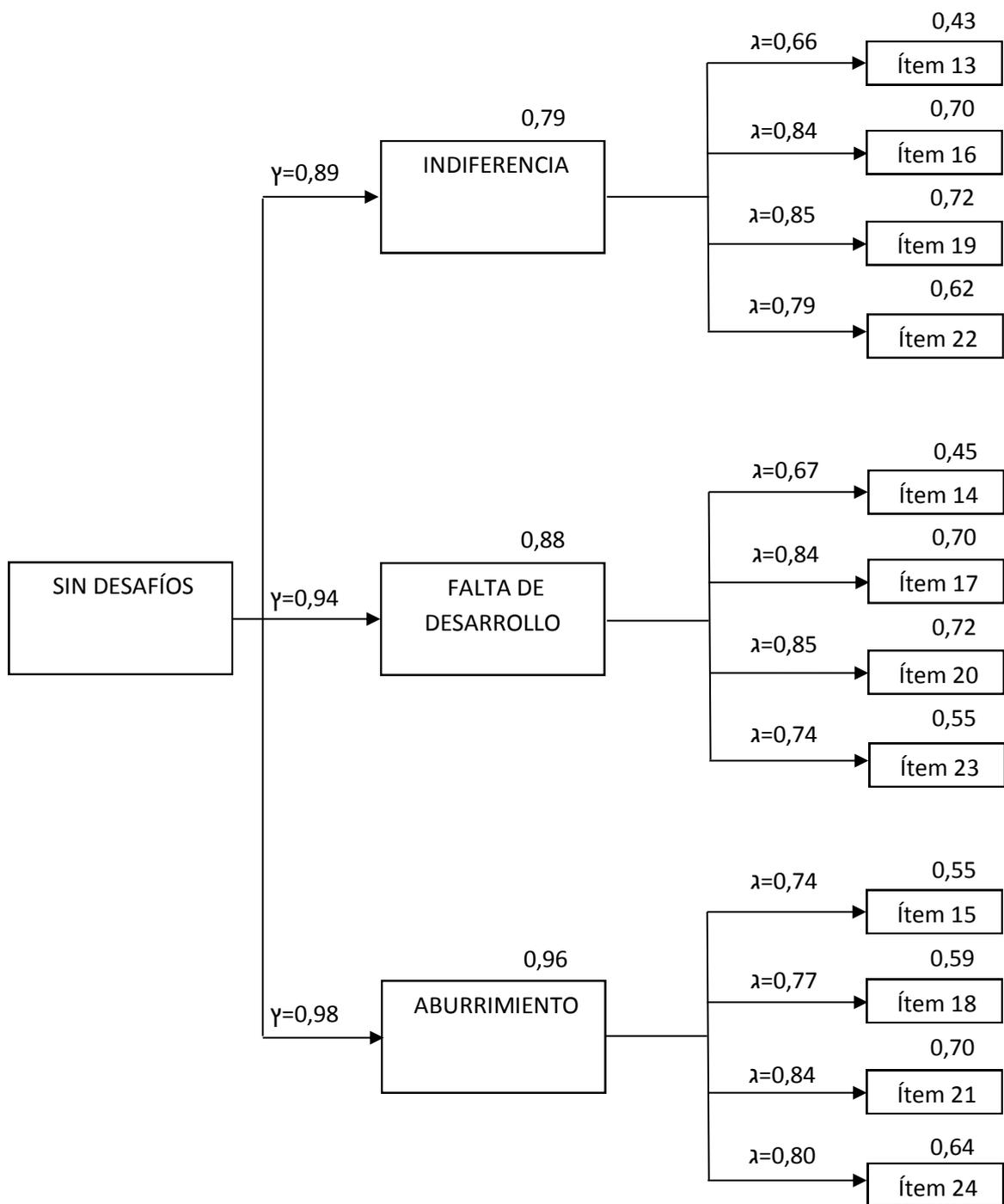


Figura 2.- Validez factorial subtipo sin desafíos

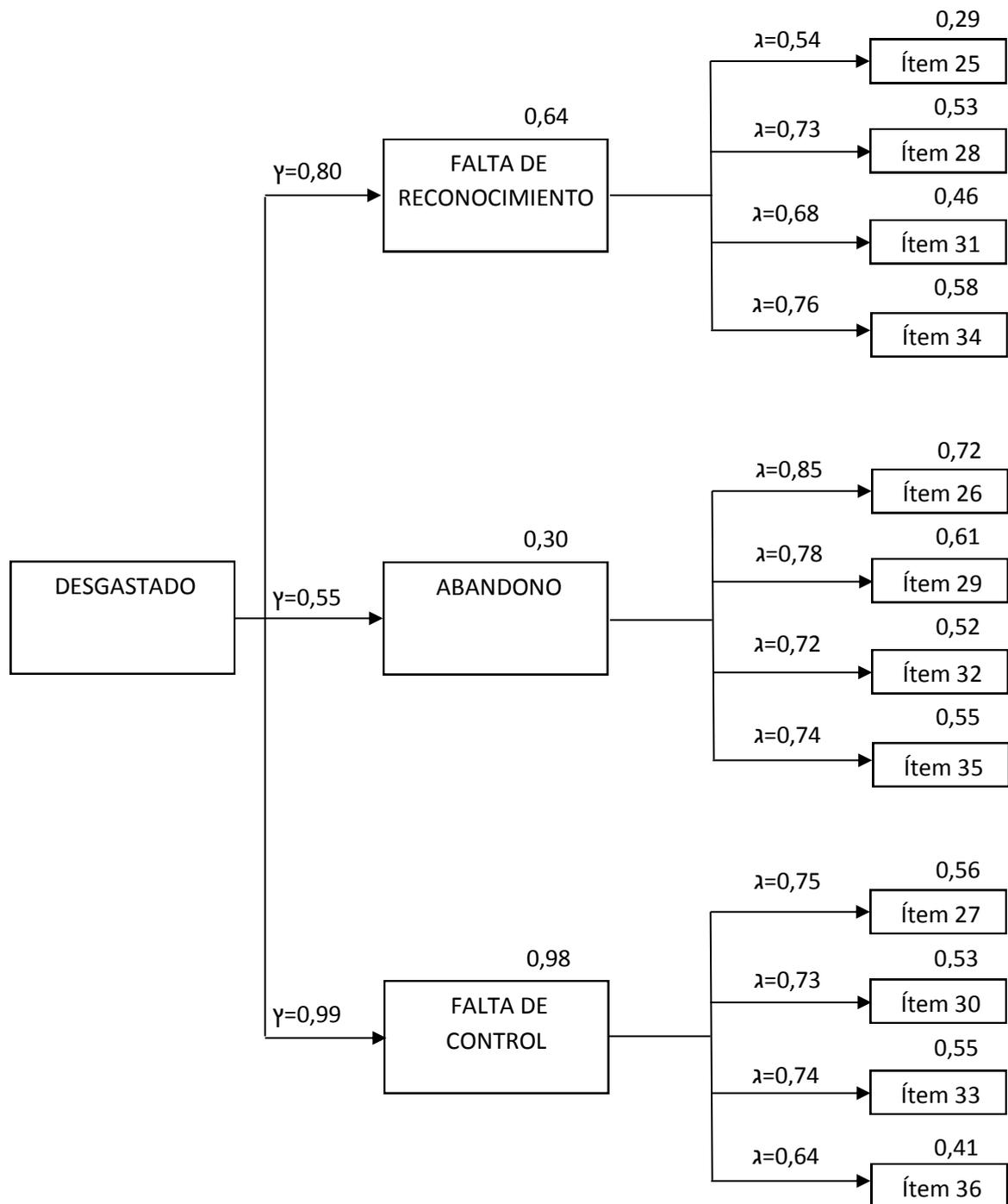


Figura 3.- Validez factorial subtipo desgastado

Los índices de bondad de ajuste GFI y AGFI resultaron aceptables, frenético 0,99 y 0,98, sin desafíos 0,99 y 0,99, desgastado 0,99 y 0,98. Son adecuados valores superiores a 0,9.

La diferencia estandarizada entre la covarianza observada y la esperada (RSMR) resultó igualmente adecuada en los tres subtipos (0,04; 0,03; 0,06) para un buen ajuste se aceptan valores $< 0,08$.

Los índices NFI y RFI nos muestran en qué medida nuestro modelo es mejor al modelo nulo o esperado, para el NFI se aceptan valores de 0,90 y para el RFI valores cercanos a uno. En nuestro caso NFI (0,98; 0,99; 0,98) y RFI (0,98; 0,99; 0,97) para los subtipos frenético, sin desafíos y desgastado, serían aceptables.

03.- Consistencia Interna

La consistencia interna de cada ítem con el resto dentro de cada factor resultó aceptable, por ejemplo el ítem 1 con respecto a los otros tres que conforman el factor ambición en el subtipo frenético presenta una consistencia de 0,70 (si es superior a 0,30 se considera aceptable). De igual manera la consistencia de los ítems con respecto a los demás que conforman cada subtipo está por encima del valor antes mencionado. Ver tabla 2.

Para medir la fiabilidad del cuestionario BCSQ-36 hemos utilizado los modelos, congénico, tau-equivalente y paralelo. Ver Tabla 3.

Partiendo de estos modelos, la fiabilidad del cuestionario es aceptable en los tres casos. Los subtipos frenético y sin desafíos puntúan $r = 0,84$ y $r = 0,94$ respectivamente en los tres modelos. En el subtipo desgastado la diferencia es inapreciable $r = 0,88$ en el modelo “*congeneric*” y $r = 0,87$ en los otros dos.

El subtipo frenético no ajusta del todo bien aun usando el modelo menos restrictivo, el sin desafíos es el perfil que mejor ajusta y el desgastado ajusta bien salvo el índice RSMR que queda fuera de márgenes. En cuanto a las subescalas, el ajuste es adecuado. Ver Tabla 3.

Tabla 3. Índices de ajuste para el Análisis Factorial Confirmatorio (AFC) del BCSQ-36 y modelos de fiabilidad.

Escalas/Factores	F	CMIN	NPAR	GFI	AGFI	RSMR	NFI	RFI
Frenético (AFC)		216.85	27	0.99	0.98	0.04	0.98	0.98
Congenerico	0.84	1,747.53	24	0.91	0.88	0.12	0.85	0.81
Tau-equivalente	0.84	2,522.71	13	0.87	0.85	0.14	0.78	0.77
Paralelo	0.84	2,819.29	2	0.86	0.86	0.14	0.75	0.78
Ambicion								
Congenerico	0.85	6.35	8	0.99	0.99	0.02	0.99	0.99
Tau-equivalente	0.85	12.49	5	0.99	0.99	0.03	0.99	0.99
Paralelo	0.85	19,14	2	0.99	0.99	0.03	0.99	0.99
Sobrecarga								
Congenerico	0.81	0.26	8	0.99	0.99	0.01	0.99	0.99
Tau-equivalente	0.81	46.81	5	0.99	0.99	0.05	0.99	0.98
Paralelo	0.81	62.00	2	0.99	0.99	0.05	0.98	0.99
Implicación								
Congenerico	0.76	7.88	8	0.99	0.99	0.03	0.99	0.98
Tau-equivalente	0.75	28.36	5	0.99	0.98	0.06	0.97	0.97
Paralelo	0.75	66.57	2	0.98	0.97	0.04	0.95	0.95
Sin desafíos(AFC)		104.78	27	0.99	0.99	0.03	0.99	0.99
Congenerico	0.94	190.54	24	0.99	0.99	0.05	0.99	0.99
Tau-equivalente	0.94	974.24	13	0.97	0.97	0.10	0.96	0.96
Paralelo	0.94	1,328.05	2	0.96	0.96	0.07	0.95	0.96
Indiferencia								
Congenerico	0.87	0.09	8	0.99	0.99	0.01	0.99	0.99
Tau-equivalente	0.87	23.35	5	0.99	0.99	0.05	0.99	0.98
Paralelo	0.87	45.26	2	0.99	0.98	0.04	0.98	0.98
Falta de desarrollo								
Congenerico	0.86	7.17	8	0.99	0.99	0.02	0.99	0.99
Tau-equivalente	0.85	67.31	5	0.99	0.98	0.06	0.98	0.98
Paralelo	0.85	151.28	2	0.98	0.97	0.05	0.96	0.97
Aburrimiento								
Congenerico	0.87	5.26	8	0.99	0.99	0.02	0.99	0.99
Tau-equivalente	0.86	32.43	5	0.99	0.99	0.04	0.99	0.99
Paralelo	0.86	108.32	2	0.98	0.98	0.03	0.97	0.98
Desgastado (AFC)		400.62	27	0.99	0.98	0.06	0.98	0.97
Congenerico	0.88	1,131.81	24	0.96	0.95	0.12	0.94	0.93
Tau-equivalente	0.87	3,470.63	13	0.89	0.86	0.15	0.82	0.81
Paralelo	0.87	4,637.56	2	0.85	0.85	0.12	0.76	0.79
Falta de reconocimiento								
Congenerico	0.78	31.16	8	0.99	0.98	0.03	0.99	0.97
Tau-equivalente	0.77	339.77	5	0.96	0.93	0.11	0.91	0.89
Paralelo	0.77	464.27	2	0.95	0.94	0.09	0.87	0.90
Abandono								
Congenerico	0.86	1.82	8	0.99	0.99	0.02	0.99	0.99
Tau-equivalente	0.86	5.37	5	0.99	0.99	0.03	0.99	0.99
Paralelo	0.86	24.26	2	0.99	0.99	0.03	0.98	0.99
Falta de control								
Congenerico	0.81	3.25	8	0.99	0.99	0.01	0.99	0.99
Tau-equivalente	0.81	30.99	5	0.99	0.99	0.03	0.99	0.99
Paralelo	0.81	100.93	2	0.99	0.99	0.02	0.97	0.98

F: Fiabilidad; CMIN: valor mínimo de discrepancia; NPAR: número de parámetros estimados; GFI: Índice de bondad de ajuste; RSMR: Raíz cuadrada de la media residual estandarizada; AGFI: Índice ajustado de bondad de ajuste; NFI: Índice de ajuste normalizado; RFI: Índice de ajuste relativo.

04.- Validez convergente

Para comprobar la validez convergente del BCSQ-36 hemos estudiado las asociaciones entre nuestro cuestionario, el MBI-GS y el UWES mediante la *r* de Pearson. Ver Tabla 4

Tabla 4: Asociaciones entre el BCSQ-36 el MBI-GS y el UWES

Escala/Factor	Agotamiento	Cinismo	Eficacia	Vigor	Dedicación	Absorción
Frenético	0.28***	0.12*	0.18***	0.28***	0.28***	0.30***
Ambición	0.06	-0.01	0.18***	0.22***	0.29***	0.21***
Sobrecarga	0.45***	0.24***	-0.07	0.06	0.05	0.20***
Implicación	0.08	-0.02	0.35***	0.38***	0.34***	0.32***
Sin desafíos	0.38***	0.45***	-0.25***	-0.34***	-0.46***	-0.30***
Indiferencia	0.30***	0.38***	-0.26***	-0.34***	-0.39***	-0.27***
Falta de desarrollo	0.32***	0.39***	-0.17***	-0.28***	-0.39***	-0.24***
Aburrimiento	0.36***	0.44***	-0.25***	-0.31***	-0.46***	-0.29***
Desgastado	0.52***	0.46***	-0.28***	-0.31***	-0.36***	-0.20***
Falta de reconocimiento	0.38***	0.33***	-0.13**	-0.14**	-0.21**	-0.09
Abandono	0.32***	0.35***	-0.31***	-0.39***	-0.39***	-0.28***
Falta de control	0.51***	0.45***	-0.23***	-0.27***	-0.31***	-0.15**

Valores de la *r* de Pearson. *** $p < 0.001$; ** $p < 0.01$; * $p < 0.05$

El subtipo frenético puntuó positivo en las tres dimensiones del MBI, agotamiento ($r = 0,28$ $p < 0,001$), cinismo ($r = 0,12$ $p < 0,05$) y eficacia ($r = 0,18$ $p < 0,001$).

En cuanto a su relación con el compromiso o “*engagement*” medido con el cuestionario UWES, este perfil tiene puntuaciones positivas en las tres dimensiones, vigor ($r = 0,28$ $p < 0,001$), dedicación ($r = 0,28$ $p < 0,001$) y absorción ($r = 0,30$ $p < 0,001$).

El subtipo sin desafíos tiene puntuaciones positivas en agotamiento y cinismo ($r = 0,38$ $p < 0,001$ y $r = 0,45$ $p < 0,001$ respectivamente) y negativas en eficacia ($r = -0,25$ $p < 0,001$) y se asocia negativamente ($r = -0,34$ $p < 0,001$; $r = -0,46$ $p < 0,001$ y $r = -0,30$ $p < 0,001$) con las tres dimensiones del “*engagement*” respectivamente.

El subtipo desgastado sigue el mismo patrón que el perfil sin desafíos, puntuaciones positivas en agotamiento y cinismo y negativas en eficacia. ($r = 0,52$ $p < 0,001$; $r = 0,46$ $p < 0,001$ y $r = -0,28$ $p < 0,001$) y negativas con el compromiso ($r = -0,31$ $p < 0,001$; $r = -0,36$ $p < 0,001$ y $r = -0,20$ $p < 0,001$)

La dimensión agotamiento del MBI sigue un proceso de menos a más al compararlo con los subtipos clínicos, frenético ($r = 0,28$ $p < 0,001$), sin desafíos ($r = 0,38$ $p < 0,001$)

y desgastado ($r = 0,52$ $p < 0,001$). Con la dimensión cinismo ocurre algo similar ($r = 0,12$ $p < 0,05$) para el perfil frenético ($r = 0,45$ $p < 0,001$) sin desafíos y ($r = 0,46$ $p < 0,001$) para el desgastado. En la dimensión eficacia sucede lo mismo con la salvedad antes comentada de la relación positiva con el perfil frenético ($r = 0,18$ $p < 0,001$; $r = -0,25$ $p < 0,001$ y $r = -0,28$ $p < 0,001$).

05.- Relación con otros constructos

En la Tabla 5 podemos ver las relaciones entre los subtipos de “burnout” y otros constructos:

- Afecto positivo y afecto negativo, medido con el cuestionario PANAS.
- Autoestima basada en el rendimiento, medida con “Performance- Based Self-Esteem”.
- Injusticia, medida con el cuestionario de Injusticia Percibida.
- Mindfulness, medido con el MAAS
- Resiliencia, medida con el CD-RISC
- Aceptación, medida con el AAQ-II.

Tabla 5: Asociaciones entre el BCSQ-36 con otros constructos

Escala/Factor	Afecto positivo	Afecto negativo	Autoestima	Injusticia	Mindfulness	Resiliencia	Aceptación
Frenético	0.23***	0.24***	0.42***	0.25***	-0.21***	0.07	0.24***
Ambición	0.28***	0.12*	0.45***	0.18***	-0.12*	0.14**	0.17***
Sobrecarga	0.07	0.34***	0.29***	0.29***	-0.28***	-0.06	0.24***
Implicación	0.21***	0.03	0.22***	0.11*	-0.05	0.12*	0.14**
Sin desafíos	-0.19***	0.23***	0.07	0.29***	-0.20***	-0.14**	0.21***
Indiferencia	-0.18***	0.21***	0.04	0.24***	-0.16**	-0.17**	0.19***
Falta de desarrollo	-0.12*	0.22***	0.07	0.26***	-0.17***	-0.10*	0.19***
Aburrimiento	-0.19***	0.21***	0.08	0.26***	-0.17***	-0.14**	0.19***
Desgastado	-0.29***	0.29***	0.11*	0.38***	-0.32***	-0.30***	0.27***
Falta de reconocimiento	-0.17***	0.19***	0.09	0.30***	-0.22***	-0.17***	0.16***
Abandono	-0.32***	0.22***	0.06	0.29***	-0.25***	-0.32***	0.26***
Falta de control	-0.24***	0.29***	0.10*	0.31***	-0.30***	-0.26***	0.26***

Valores de la r de Pearson. *** $p < 0,001$; ** $p < 0,01$; * $p < 0,05$

El subtipo frenético tiene relación positiva tanto con el afecto positivo ($r = 0,23$ $p < 0,001$) como con el negativo ($r = 0,24$ $p < 0,001$) asociados con la ambición ($r = 0,28$ $p < 0,001$) y la sobrecarga ($r = 0,34$ $p < 0,001$) respectivamente.

Los subtipos sin desafíos y desgastado tienen relación negativa con el afecto positivo y positiva con el afecto negativo ($r = -0,19$ $p < 0,001$; $r = 0,23$ $p < 0,001$ y $r = -0,29$ $p < 0,001$; $r = 0,29$ $p < 0,001$) respectivamente.

En lo referente a la autoestima basada en el rendimiento se puede apreciar una alta relación positiva con el frenético ($r = 0,42$ $p < 0,001$) y con sus tres factores sobre todo con la ambición ($r = 0,45$ $p < 0,001$).

Los otros dos subtipos mantienen una relación positiva con este constructo.

En relación con la injusticia percibida los resultados son ($r = 0,25$ $p < 0,001$; $r = 0,29$ $p < 0,001$ y $r = 0,38$ $p < 0,001$) para los subtipos frenético, sin desafíos y desgastado. Podemos observar un aumento progresivo.

La relación con el mindfulness es negativa ($r = -0,21$ $p < 0,001$; $r = -0,20$ $p < 0,001$; $r = -0,32$ $p < 0,001$) en los tres subtipos. La resiliencia se asocia positivamente con el subtipo frenético ($r = 0,07$) y negativamente con los perfiles sin desafíos y desgastado ($r = -0,14$ $p < 0,01$ y $r = -0,30$ $p < 0,001$). La relación con la falta de aceptación es positiva en los tres casos ($r = 0,24$ $p < 0,001$; $r = 0,21$ $p < 0,001$ y $r = 0,27$ $p < 0,001$).

DISCUSIÓN

DISCUSIÓN

Este estudio ratifica la estructura, consistencia interna y convergencia del cuestionario BCSQ-36, ya validado por sus autores (Montero-Marín y García- Campayo 2010), confirmando la existencia de los tres subtipos de “*burnout*”: frenético, sin desafíos y desgastado propuestos a nivel clínico por Farber.

La consistencia interna de las tres escalas por separado es adecuada incluso medida con el modelo más restrictivo de los usados en este estudio, el paralelo. Lo mismo ocurre con la validez factorial, lo cual nos indica que el Cuestionario BCSQ-36 es adecuado para su uso y delimita perfectamente los tres subtipos de “*burnout*”.

El subtipo frenético está compuesto por los siguientes factores:

- **Implicación**, hace referencia al aumento del esfuerzo empleado por los trabajadores con la intención de alcanzar las expectativas creadas. Los ítems con más peso factorial son el 9 “Si en el trabajo no logro el resultado esperado, me empeño más para alcanzarlo” y el 6 “Me involucro con gran esfuerzo en la solución de los problemas del trabajo”. Los otros dos ítems que completan este factor son el 3 “En el trabajo, invierto todo el esfuerzo necesario hasta superar las dificultades” y el 12 “Ante las dificultades en el trabajo reacciono con mayor participación”.

- **Ambición**, el sujeto tiene una considerable necesidad de obtener logros en su trabajo y aprobación externa por las tareas realizadas. Además presenta una ausencia de reconocimiento de fracaso o de las propias limitaciones, basada en la creencia de que los resultados conseguidos reflejan la dignidad de la persona. Los ítems más significativos son el 7 “Siento la necesidad de abordar grandes metas en el trabajo” y el 10 “Tengo una fuerte necesidad de grandes logros en el trabajo”. Los otros dos ítems pertenecientes a este factor son el 1 “Tengo la necesidad de obtener grandes triunfos en el trabajo” y el 4 “Ambiciono la obtención de grandes resultados en el trabajo”.

– **Sobrecarga**, hace referencia a poner la salud y la vida personal en riesgo por el trabajo. Para estos sujetos es más importante cualquier situación que afecte a su vida laboral que cualquier otra que les afecte a nivel personal o familiar. Los ítems con más peso factorial son el 5 “Descuido mi vida personal al perseguir grandes objetivos en el trabajo” y el 8 “Arriesgo mi salud en la persecución de buenos resultados en el trabajo”. Los otros dos ítems que completan este factor son, el 2 “Creo que invierto

más de lo saludable en mi dedicación al trabajo” y el 11 “Ignoro mis propias necesidades por cumplir con las demandas del trabajo”.

Este subtipo presenta relaciones significativas en sentido positivo con las dimensiones clásicas del “*burnout*”: agotamiento, cinismo y eficacia. Igual sucede con las dimensiones del “*engagement*”: vigor, dedicación y absorción. Según estas relaciones, el frenético no sufriría “*burnout*”. Si nos ceñimos a la definición clásica, altas puntuaciones en agotamiento y cinismo y bajas en eficacia revelan la presencia del síndrome (Maslach et al 2001). Además tanto si entendemos el “*engagement*” como constructo opuesto al “*burnout*”, bajas puntuaciones en agotamiento y cinismo y altas en eficacia medidas con el MBI revelan la presencia de compromiso (Maslach et al 2001). Como si lo entendemos como un estado afectivo- cognitivo, persistente en el tiempo y no centrado sobre un objeto o conducta específica. Altas puntuaciones en las tres dimensiones revelarían la presencia de compromiso (Schaufeli y Salanova 2007). De modo que nos encontramos ante sujetos que se sienten agotados y presentan cierto distanciamiento frente al trabajo que realizan. Pero sin embargo son eficaces y están comprometidos.

Estas características podrían hacer pensar que se trate de individuos adictos al trabajo (Oates, 1971; Spence, et al. 1992; Salanova et al. 2009). En este sentido se ha dicho que los sujetos altamente comprometidos muestran una gran probabilidad de desarrollar el síndrome de “*burnout*”. (Gil-Monte 2005; Farber 1991). En lo referente a la adicción se ha encontrado asociación positiva entre esta y el “*burnout*” (Schaufeli et al. 2008). Además de ser una posible causa de su aparición (Maslach 1986 b; Porter 2001). El compromiso y la adicción están relacionados por medio del factor absorción (Schaufeli et al), en nuestro estudio hemos podido apreciar que el subtipo frenético está asociado directamente con la absorción. Lo que nos da otra pista a favor de que este perfil pueda relacionarse con la adicción al trabajo. Es debido a esta relación compromiso-absorción-adicción por lo que el trabajador es cautivo de su trabajo (Porter 1996; Scaufeli et al 2002).

En este estudio hemos encontrado una alta relación positiva entre el frenético y la autoestima basada en el rendimiento, otro dato que parece sugerir la adicción al trabajo de este tipo de personas. Quizá por el tipo de muestra utilizada en este estudio podríamos estar hablando de profesionales que perciben que su labor es reconocida por los pacientes, además de sentirse apreciados por ellos. Esta situación podría provocar una mayor implicación en el trabajo.

Una forma de paliar los efectos de la adicción al trabajo sería mediante técnicas de aprendizaje enfocadas a mantener una cierta distancia con el trabajo priorizando el autocuidado personal que probablemente podrían evitar la excesiva implicación que presentan estos sujetos, además de prevenir el *“burnout”* (Vaughn 1992).

Hemos observado que el frenético experimenta afecto positivo ante el trabajo, pero también afecto negativo relacionado con la sobrecarga de trabajo que probablemente él mismo se autoimponga. Los adictos al trabajo en sus intentos por continuar trabajando, pueden crear activamente más trabajo para ellos mismos. Por ejemplo, pueden realizar sus trabajos de la forma más complicada posible, realizando tareas innecesarias o incluso crear errores que retrasen su ejecución para posteriormente solucionarlos (Salanova et al 2007). En el medio sanitario la sobrecarga puede estar relacionada con la masificación del Sistema de Salud, o con la presión asistencial para eliminar las listas de espera. La sobrecarga puede ser también responsable de la relación positiva, que en nuestro estudio hemos encontrado, con la injusticia percibida que el sujeto experimenta. En este sentido los sanitarios reciben quejas de los pacientes por los tiempos de espera en las consultas. Esto puede ser consecuencia del escaso tiempo que la organización concede para atender a cada paciente. Situación ante la cual el profesional se vería impotente pues no está en su mano la solución.

La sobrecarga laboral se ha relacionado positivamente con el cansancio emocional y bajo bienestar psicológico (Amutio et al 2008). El *“burnout”* aparece como respuesta al escaso tiempo disponible por paciente y a la sobrecarga que esto produce (Maslach et al 2001), también se ha observado que el número de horas trabajadas puede ser un precursor del síndrome de *“burnout”* (Nishimura et al 2014).

Este subtipo parece tener escasas habilidades en mindfulness y en resiliencia. El mindfulness se relaciona inversamente con el estrés percibido (Goldhagen et al 2015; Atanes et al. 2015), y la resiliencia es un factor protector ante el estrés (Barry et al 2015; Amit Sood et al 2011; Zsoldos et al. 2014; Cooke 2013). Esta predisposición al estrés podría ser un factor precursor del síndrome de *“burnout”*.

La consistencia interna de los factores ambición, sobrecarga e implicación es adecuada pero la escala no ajusta del todo bien, aunque la midamos con el modelo menos restrictivo. Todos estos datos nos inducen a pensar en la posibilidad de redefinir el subtipo frenético orientando el constructo hacia el factor falta de reconocimiento de las propias limitaciones que ya fue propuesto en estudios previos

(Montero-Marín et. al. 2009). La falta de reconocimiento de las propias limitaciones podría ser clave en la sobrecarga que lleva a estos sujetos al agotamiento, mientras que la implicación no parece jugar un papel tan determinante visto el grado de ajuste que presenta.

El subtipo sin desafíos está compuesto por los factores:

- **Indiferencia**, los sujetos realizan el trabajo de forma superficial y distante, sin ganas aunque sin llegar a descuidar todas las responsabilidades. Los ítems con más peso factorial son el ítem 16 “Tengo poco interés por las tareas de mi puesto de trabajo” y el 19 “No tengo ilusión por mi actividad laboral”. Los otros dos ítems que completan el factor son el 13 “Me siento indiferente y con poca inclinación hacia mi trabajo” y el 22 “En el trabajo me comporto con despreocupación y desgana”.

- **Falta de desarrollo**, se refiere a sentimientos de insatisfacción experimentados por los profesionales en el puesto de trabajo por creer que las propias capacidades laborales no son reconocidas. Lo que lleva al sujeto a plantearse incluso cambiar de ocupación. Los ítems más significativos de este factor son el ítem 17 “Siento que mi actividad laboral es un freno para el desarrollo de mis capacidades” y el 20 “Me gustaría desempeñar otro trabajo en el que pudiera desarrollar mejor mi talento”. Los otros dos que componen el factor son el 14 “Me gustaría dedicarme a otro trabajo que planteara mayores desafíos a mi capacidad” y el 23 “Mi trabajo no me ofrece oportunidades para el desarrollo de mis aptitudes”.

- **Aburrimiento**, es provocado por la monotonía de las tareas. Además el sujeto no experimenta estrés ante las demandas laborales que se le plantean, por excesivas que estas sean. Los ítems con más peso factorial son el 21 “Estoy descontento con mi trabajo por la monotonía de las tareas” y el 24 “Me siento aburrido en el trabajo”. Los otros dos que completan el factor son el 15 “Siento que mi trabajo es mecánico y rutinario” y el 18 “Mi trabajo me ofrece poca variedad de actividades”.

Es el perfil que parece estar mejor definido y ser más consistente pues tanto los tres factores como la escala presentan una consistencia interna aceptable medida con el modelo más restrictivo.

El subtipo sin desafíos presenta relaciones significativas y positivas con el agotamiento y cinismo a la vez que negativas con eficacia. No existiendo diferencias entre los tres factores (indiferencia, falta de desarrollo y aburrimiento) en esas relaciones con las dimensiones clásicas del “burnout”. Esta situación revela la existencia del síndrome,

según la definición clásica (Maslach et al 2001). Además tiene relación negativa con las tres dimensiones de compromiso, lo que apunta en la misma dirección (Maslach et al 2001). Son sujetos sin motivación ante el trabajo, que se aburren, poco eficaces en sus tareas y con escasa motivación y compromiso.

La percepción de estos sujetos de que realizando otras tareas se reconocería mejor su talento, dejarían de ser monótonas y faltas de interés, son características que preceden al “*burnout*” (Montero-Marín et al 2008; Moreno Jiménez et al. 1997; Schwab et al 1993; Montero-Marín et al 2009). Sobre todo la falta de desarrollo personal en el trabajo que predice la aparición de “*burnout*” en tres años (Borritz et al 2005).

Una forma de mitigar los efectos nocivos para la salud que estos sujetos pueden padecer sería aumentar el desarrollo personal y profesional de los empleados, minimizar el aburrimiento y la apatía para así reducir los niveles de estrés y de agotamiento (Dickinson et al. 2008).

En nuestro estudio hemos observado que en estas personas predominan los afectos negativos, que se caracterizan por la presencia de estados emocionales aversivos como disgusto, ira, culpa, miedo y nerviosismo (Watson et al. 1988; Sandín et al. 1999). Esta situación podría llevar a los sujetos de este perfil a experimentar situaciones de estrés dado que en otros estudios se han encontrado altas correlaciones positivas entre un estado afectivo negativo y autoinformes de estrés (Watson et al. 1988; Sandín et al. 1999; Merz, Roesch 2011).

La relación médico paciente puede ser muy gratificante pero puede exigir igualmente grandes demandas emocionales. Se ha observado que el cansancio emocional y el “*burnout*” son más altos en personal de oncología y urgencias (Albadalejo et al 2004). Si a esto le añadimos las escasas habilidades en mindfulness y resiliencia entendidas como capacidad de afrontamiento, esta predisposición al estrés podría ser un factor de riesgo asociado para el desarrollo del síndrome de “*burnout*”. Aunque esta afirmación debería de ser objeto de futuras investigaciones al respecto.

El subtipo desgastado está formado por los factores:

- **Falta de reconocimiento**, es la sensación de que los esfuerzos y la dedicación al trabajo no son considerados ni por los supervisores o subordinados jerárquicamente ni por los compañeros. En nuestro caso, dado la muestra que hemos utilizado también se puede incluir la falta de reconocimiento por parte de los pacientes. Los ítems con más peso factorial en este factor son el 28 “El reconocimiento profesional no depende de lo

que uno se esfuerce en el trabajo” y el 34 “Siento que se escapan de mi control los resultados de mi trabajo”. Los otros dos ítems que completan el factor son el 25 “Quienes demandan mi servicio no muestran aprecio ni gratitud por mis esfuerzos” y el 31 “En la organización donde trabajo no se tienen en cuenta el esfuerzo y la dedicación”.

- **Abandono**, se caracteriza por una falta de participación en las tareas del trabajo hasta el punto de que el sujeto se da por vencido ante cualquier dificultad que aparezca. Circunstancia que le lleva a descuidar sus obligaciones y responsabilidades. Los ítems con más peso factorial en este factor son el 26 “Cuando las cosas del trabajo no salen del todo bien dejo de esforzarme” y 29 “Me rindo como respuesta a las dificultades del trabajo”. Los otros dos que completan el factor son el 32 “Abandono ante cualquier dificultad en las tareas de mi trabajo” y el 35 “Cuando el esfuerzo invertido en el trabajo no es suficiente, me doy por vencido”.

- **Falta de control**, es la desesperación que siente el trabajador al percibir una falta de control sobre su labor cuando se enfrenta a cualquier dificultad en las tareas que realiza. Los ítems más significativos son el 27 “Me siento impotente en muchas situaciones de mi trabajo” y el 33 “Siento que se escapan de mi control los resultados de mi trabajo”. Los otros dos ítems que componen este factor son el 30 “Me siento indefenso ante algunas situaciones de mi trabajo” y el 36 “En mi trabajo trato con muchas situaciones que están fuera de mi control”.

La validez factorial de la escala es aceptable al igual que la consistencia interna. El ajuste de las subescalas es bueno, el de la escala también lo es aunque la media residual estandarizada (RMSR) está fuera de límites por muy poco, medida con el modelo menos restrictivo.

Este perfil mantiene una relación positiva con agotamiento y cinismo y negativa con eficacia, además de una relación negativa con los factores del “*engagement*” situación acorde con padecer “*burnout*” (Maslach et al 2001; Schaufeli y Salanova 2007). La falta de control es el factor que más influye en el agotamiento y cinismo, siendo el abandono el que más se relaciona con la falta de eficacia. Son sujetos que experimentan la sensación de falta de control sobre los resultados de su trabajo, no se sienten reconocidos por su entorno laboral lo que les lleva al abandono de sus responsabilidades.

Hemos observado que los sujetos incluidos en este subtipo presentan una relación positiva con el afecto negativo, a la vez que se asocia inversamente con el

mindfulness y la resiliencia. Situación que nos lleva a pensar que estos sujetos pueden tener escasas habilidades en estos dos constructos. Asociación similar a la encontrada en los otros dos subtipos. Con lo que podríamos llegar a la misma conclusión que la descrita anteriormente, es decir, la predisposición al estrés que parece afectar a este tipo de trabajadores puede ser precursora de padecer “burnout”. Los profesionales sanitarios que no ven reconocida su labor por parte de dirección, sus compañeros o los pacientes tienen peores puntuaciones en las tres dimensiones del “burnout” (Albadalejo et al 2004).

Un mayor reconocimiento parece tener una influencia positiva en el clima de trabajo de una organización, lo que reduce el cansancio y eleva la calidad de vida laboral (Bennett et al 1996; Van Ham et al, 2006).

Aunque los subtipos sin desafíos y desgastado si se ajustan a la definición clásica de “burnout” (Maslach et al. 2001) el frenético no lo hace. Esto podría explicarse si se entienden los subtipos como fases de desarrollo del síndrome, situación ya propuesta por Montero-Marín (Montero-Marín et al 2009).

El desarrollo del síndrome se dispone longitudinalmente en función del grado de dedicación al trabajo que progresa de más a menos, del entusiasmo a la apatía, del perfil frenético al desgastado (Farber 1991; Montero-Marín et al 2009; Lorente et al 2008; Edelwich y Brodsky, 1980).

Cuando un sujeto se implica y se compromete en exceso con su trabajo puede aparecer el agotamiento (Gil-Monte 2005; Farber 1991; Montero-Marín et al 2009; Borritz et al 2005) situación típica del perfil frenético. En nuestro estudio hemos observado que esto puede ser debido a la sobrecarga. Mientras tanto la ambición y la implicación mantienen la eficacia de estos sujetos ante el trabajo. Para protegerse de ese agotamiento el trabajador adopta un cierto distanciamiento con el trabajo comportándose con indiferencia y cinismo (Maslach et al 1982; Leiter y Maslach 1988). Este distanciamiento produce frustración y estrés (Cox et al 1993) situación típica del perfil sin desafíos. En nuestro estudio hemos encontrado altas relaciones positivas entre indiferencia, falta de desarrollo y aburrimiento con el cinismo.

El distanciamiento también va minando la percepción de eficacia del individuo lo que provoca el uso de estrategias de afrontamiento pasivas como descuidar las responsabilidades o el abandono (Bandura 1997; Salanova et al. 2006) situaciones

típicas del perfil desgastado. En nuestro estudio la falta de control es el factor que más se relaciona de forma positiva con el agotamiento y el cinismo y el abandono con la eficacia negativamente.

Esta posible caracterización de los tres subtipos de “*burnout*” como posibles fases en el desarrollo del síndrome es acorde con los resultados previos obtenidos en otras investigaciones de nuestro grupo (Montero-Marín 2009; 2010). Lo que nos anima a seguir trabajando en la misma línea a fin de poder corroborar esta hipótesis en un futuro.

El perfil frenético sería la primera etapa del desarrollo del síndrome. El individuo está muy implicado, se involucra en exceso y existe sobrecarga del trabajo. Coincidiría con la primera etapa en el desarrollo del “*burnout*” de Edelwich (Edelwich y Brodsky 1980) de idealismo y entusiasmo. El frenético además es eficaz y se siente comprometido con el trabajo. Si sus expectativas no se ven cumplidas y siente que sus esfuerzos no son recompensados, podría experimentar cierta indiferencia ante el trabajo y tener la sensación de falta de desarrollo profesional. Características estas junto al aburrimiento propias del perfil sin desafíos, es decir habría pasado a la siguiente fase, que coincidiría con la etapa de estancamiento descrita por Edelwich. El sujeto, una vez frustradas sus expectativas laborales, se enfrentaría a sus tareas con falta de interés que le llevaría al aburrimiento y a pensar que el trabajo que realiza no es acorde con sus capacidades. Esto podría producirle un sentimiento de falta de reconocimiento, falta de motivación y escaso compromiso con su trabajo. Lo que le llevaría a la siguiente fase en el desarrollo del “*burnout*”, la etapa de distanciamiento de Edelwich que coincidiría con el perfil desgastado. El sujeto experimentaría una pérdida de control sobre lo que hace abandonando sus responsabilidades. Esto podría ocasionar absentismo laboral o un aumento de los días de baja. La sensación de frustración sería crónica y podría provocar un sentimiento de desvalorización profesional y de distanciamiento emocional con todo lo relacionado con su trabajo.

Otros resultados encontrados en este estudio que nos permiten hipotetizar sobre el hecho de que los tres subtipos de “*burnout*” se corresponden con diferentes fases en el desarrollo del síndrome son las asociaciones observadas con otros constructos. La relación inversa con el mindfulness, entendido como una habilidad de afrontamiento, es mayor en el perfil desgastado, última fase, que en el frenético, primera fase. En el caso de los afectos positivos y negativos se pasa de una relación directa del frenético a inversa en los otros dos alcanzando la mayor negatividad en el desgastado. Situación que se repite con la resiliencia. En el caso de la injusticia percibida la

relación de los tres subtipos es positiva aumentando progresivamente del frenético al desgastado.

Este tipo de asociaciones nos induce a pensar que el perfil desgastado tendría una mayor relación negativa con los afectos, una mayor percepción de injusticia y peores habilidades en mindfulness y resiliencia que los perfiles sin desafíos y frenético.

El perfil frenético presenta unas características en las que hay que incidir. Está agotado, presenta cinismo pero es eficaz a la vez que comprometido con lo cual no sufriría *“burnout”* si nos ceñimos a la definición clásica (Maslach et al 2001). Además presenta tanto afectos positivos como negativos. Los primeros por su ambición y los segundos debido a la sobrecarga. Su autoestima basada en el rendimiento es alta. Estas características nos llevan a pensar que los sujetos incluidos en el perfil frenético están potencialmente predisuestos a padecer *“burnout”*. Este perfil podría ser un pródromo del síndrome.

El compromiso o *“engagement”* se ha relacionado en la literatura con empleados que mantienen una conexión enérgica y efectiva con sus trabajos y son capaces de afrontar las nuevas demandas que aparecen en el día a día (Salanova y Scaufeli, 2004). Las dimensiones vigor y dedicación se han hipotetizado como opuestas a las dimensiones de agotamiento y cinismo. En nuestro estudio hemos encontrado esas asociaciones en los perfiles sin desafíos y desgastado, pero no así en el frenético.

El compromiso parece estar relacionado positivamente con características del puesto de trabajo consideradas como motivadoras o vigorizantes (Demerouti et al 2001; Salanova et al 2000; Schaufeli y Bakker 2003). Características como el apoyo social de supervisores y compañeros, el reconocimiento recibido por la tarea realizada, la autonomía laboral, la variedad de las tareas y las facilidades de formación.

En definitiva, el sujeto con puntuaciones positivas en *“engagement”* no tendría riesgo de padecer *“burnout”*. Sin embargo nuestro estudio apunta en otra dirección pues el perfil frenético, está agotado pero tiene energía y resistencia mental en el trabajo. Presenta cierta indiferencia ante el trabajo pero se siente involucrado y orgulloso en él. La implicación en el trabajo es el factor que más se asocia con los factores vigor, dedicación y absorción del *“engagement”*. Esta situación nos puede llevar a pensar que la implicación favorecería el compromiso. Pero si el sujeto debido, probablemente, a la falta de reconocimiento en las propias limitaciones, se sobrecarga de trabajo, el proceso podría invertirse hacia el *“burnout”*. Es decir, puede ser que el compromiso sea aceptable para el trabajador siempre y cuando no le lleve a una sobrecarga de

trabajo. Sería interesante incidir en este tema en futuras investigaciones. Así como tratar de delimitar en qué punto el trabajador pasa de una situación a la contraria.

Avalada por los resultados encontrados en este estudio sería necesario iniciar una línea de investigación enfocada a estudiar las relaciones entre el subtipo frenético, el compromiso y la adicción al trabajo.

Entre las fortalezas de la investigación es importante destacar que la muestra objeto del estudio (los profesionales sanitarios de Atención Primaria) se corresponde con uno de los colectivos de mayor riesgo a padecer *“burnout”* (Maslach et al 2001).

El tamaño muestral ha sido adecuado y con la suficiente potencia estadística, teniendo en cuenta la población diana (Kline 1998).

Los procedimientos empleados para el análisis de datos respetan la verdadera naturaleza de las variables. Además hemos empleado tres modelos con diferente grado de restricción a la hora de evaluar la consistencia interna de las escalas. Optando por el modelo más restrictivo siempre que ajustase bien a los datos, con el fin de conseguir una mejor parsimonia (Graham 2006)

Hemos abierto el camino a futuras investigaciones como consecuencia de los resultados obtenidos:

- Evaluar si la relación entre los tres subtipos de *“burnout”* y afectos negativos puede ser precursora del síndrome.
- Evaluar si el mindfulness y la resiliencia pueden actuar como factores moderadores en el desarrollo y aparición del *“burnout”*.
- Comprobar si los tres subtipos pueden ser distintas fases en el desarrollo del síndrome.
- Estudiar la relación entre el subtipo frenético, el compromiso y la adicción al trabajo.
- Valorar la posibilidad de orientar el subtipo frenético hacia el factor falta de reconocimiento en las propias limitaciones.

Entre las limitaciones del estudio cabe destacar en primer lugar que al tratarse de un diseño transversal no nos permite establecer relaciones causa-efecto por lo que la estimación de los tres subtipos de *“burnout”* como diferentes fases en el desarrollo del síndrome necesitaría para su confirmación una nueva investigación diseñada longitudinalmente.

En segundo lugar, la obtención incidental de la muestra disminuye la representatividad de la misma. Obviamente un procedimiento aleatorio a la hora de seleccionar a los participantes hubiera supuesto una representatividad mayor. La muestra la obtuvimos empleando dos procedimientos, el primero consistió en hacer llegar los cuestionarios a todos los profesionales del Centro de Salud, esto nos garantizaba abordar a todos los trabajadores, pero dependíamos de tener una tasa de respuesta favorable de los participantes.

El segundo fue repartir los cuestionarios en reuniones, previamente concertadas con los coordinadores, a las que acudirían aquellos que estuvieran interesados. En este segundo caso nos encontramos con varios problemas: desconocemos las razones de los sanitarios para no acudir a las reuniones. No sabemos los motivos de los rechazos. No tuvimos en cuenta el personal que se encontraba de baja en ese momento.

Quizá debido a que las reuniones se programaban a las 14:30 h podría ser que aun hubiera profesionales en la consulta, otros en visita domiciliaria y otros que simplemente declinaban su participación.

Por último, la deseabilidad social es una fuente de error común en los cuestionarios autoinformados. En nuestro estudio hemos observado puntuaciones medias elevadas de los ítems en el factor implicación (5 = De acuerdo) del subtipo frenético, por ejemplo en el ítem 3 “En el trabajo, invierto todo el esfuerzo necesario hasta superar las dificultades”. Puntuaciones medias muy bajas en el factor indiferencia del subtipo sin desafíos (2 = Muy en desacuerdo) por ejemplo el ítem 22 “En el trabajo me comporto con despreocupación y desgana”. Y puntuaciones medias muy bajas en el factor abandono del subtipo desgastado (2 = Muy en desacuerdo) por ejemplo en el ítem 32 “Abandono ante cualquier dificultad en las tareas de mi trabajo”.

Estas puntuaciones pueden ser debidas a la deseabilidad social de los participantes porque está muy mal visto reconocer que uno no se esfuerza en el trabajo, que le da igual lo que ocurra o que no es responsable.

CONCLUSIONES

CONCLUSIONES

La hipótesis principal de este estudio queda aceptada pues el BCSQ-36 presenta una adecuada estructura factorial, consistencia interna y convergencia, es por lo que pensamos que el cuestionario puede ser útil a la hora de diseñar tratamientos específicos contra el síndrome de *“burnout”* adecuándolos al subtipo clínico que defina mejor la situación en la que se encuentra el sujeto.

En cuanto a la hipótesis secundaria propuesta decir que:

El subtipo frenético se siente agotado, sobrecargado por el trabajo, es eficaz y comprometido, además presenta tanto afectos positivos como negativos, una alta autoestima basada en el rendimiento, siente que su situación es injusta y posee escasas habilidades en mindfulness y resiliencia.

El subtipo sin desafíos se siente agotado, indiferente ante el trabajo, es poco eficaz y no se compromete. Además presenta bajos niveles de afecto positivo y altos de afecto negativo, percibe su situación como injusta y posee escasas habilidades en mindfulness y resiliencia.

El subtipo desgastado se siente agotado, no tiene control sobre su situación laboral y no es eficaz. Además presenta bajos niveles de afecto positivo y altos de afecto negativo, su situación le parece injusta y tiene pocas habilidades en mindfulness y resiliencia.

ANEXOS

ANEXO I

Por favor, conteste con sinceridad. Los resultados de este estudio pueden determinar la toma de decisiones en el diagnóstico del burnout entre profesionales de la salud. También contribuirán al desarrollo de programas de prevención y tratamiento. Sus respuestas contribuirán a construir ambientes de trabajo más agradables, seguros y saludables para todos.

1. Escriba los aspectos negativos de su trabajo que le generan malestar:

2. Escriba los aspectos positivos de su trabajo que le originan bienestar:

3. Edad: _____

4. Sexo:

- Masculino (1)
- Femenino (2)

5. Titulación académica:

- Diplomatura (1)
- Licenciatura (2)
- Doctorado (3)

6. Situación familiar:

- Con pareja estable (1)
- Sin pareja (2)

7. Número de hijos a su cargo: _____

8. Número total de años trabajados: _____

9. Número de años trabajados en el puesto actual: _____

10. Puesto de trabajo actual:

- Enfermero (1)
- Médico (2)
- Residente (3)

11. Temporalidad del contrato de trabajo:

- Temporal (1)
- Fijo (2)

12. Tipo de contrato de trabajo:

- Tiempo Completo (1)
- Tiempo Parcial (2)

12. Nº de horas semanales dedicadas al trabajo (incluyendo reuniones, actividades formativas, guardias...): _____ horas

13. Nivel medio de ingresos mensuales _____ €

14. ¿Tiene dificultades económicas a la hora de llegar a final de mes?

- Nunca (1)
- Alguna vez (2)
- Muchas veces (3)
- Casi siempre (4)
- Siempre (5)

15. Durante el último año, ¿se ha visto obligado a ausentarse del puesto de trabajo por enfermedad? (baja laboral)

- Si (1)
- No (2)

16. En caso afirmativo, Indique el número aproximado de días totales que por problemas de salud se ausentó del puesto de trabajo durante el último año: _____ días.

ANEXO II

Cuestionario de Subtipos Clínicos de Burnout (BCSQ-36)

A continuación se presentan una serie de enunciados que indican vivencias que puede experimentar en el trabajo. Lea cada frase con atención y señale con una X la opción que mejor represente cómo se siente, lo que hace o lo que piensa respecto a su actividad laboral. No existen respuestas correctas o incorrectas. Por favor, **NO DEJE NINGUNA RESPUESTA SIN CONTESTAR**.

- 1 Totalmente en desacuerdo
 2 Muy en desacuerdo
 3 En desacuerdo
 4 Indeciso
 5 De acuerdo
 6 Muy de acuerdo
 7 Totalmente de acuerdo

	1	2	3	4	5	6	7
1. Tengo la necesidad de obtener grandes triunfos en el trabajo	<input type="radio"/>						
2. Creo que invierto más de lo saludable en mi dedicación al trabajo	<input type="radio"/>						
3. En el trabajo, invierto todo el esfuerzo necesario hasta superar las dificultades	<input type="radio"/>						
4. Ambiciono la obtención de grandes resultados en el trabajo	<input type="radio"/>						
5. Descuido mi vida personal al perseguir grandes objetivos en el trabajo	<input type="radio"/>						
6. Me involucro con gran esfuerzo en la solución de los problemas del trabajo	<input type="radio"/>						
7. Siento la necesidad de abordar grandes metas en el trabajo	<input type="radio"/>						
8. Arriesgo mi salud en la persecución de buenos resultados en el trabajo	<input type="radio"/>						
9. Si en el trabajo no logro el resultado esperado, me empeño más para alcanzarlo	<input type="radio"/>						
10. Tengo una fuerte necesidad de grandes logros en el trabajo	<input type="radio"/>						
11. Ignoro mis propias necesidades por cumplir con las demandas del trabajo	<input type="radio"/>						
12. Ante las dificultades en el trabajo reacciono con mayor participación	<input type="radio"/>						
13. Me siento indiferente y con poca inclinación hacia mi trabajo	<input type="radio"/>						
14. Me gustaría dedicarme a otro trabajo que planteara mayores desafíos a mi capacidad	<input type="radio"/>						
15. Siento que mi trabajo es mecánico y rutinario	<input type="radio"/>						
16. Tengo poco interés por las tareas de mi puesto de trabajo	<input type="radio"/>						
17. Siento que mi actividad laboral es un freno para el desarrollo de mis capacidades	<input type="radio"/>						
18. Mi trabajo me ofrece poca variedad de actividades	<input type="radio"/>						
19. No tengo ilusión por mi actividad laboral	<input type="radio"/>						
20. Me gustaría desempeñar otro trabajo en el que pudiera desarrollar mejor mi talento	<input type="radio"/>						
21. Estoy descontento en mi trabajo por la monotonía de las tareas	<input type="radio"/>						
22. En el trabajo me comporto con despreocupación y desgana	<input type="radio"/>						
23. Mi trabajo no me ofrece oportunidades para el desarrollo de mis aptitudes	<input type="radio"/>						
24. Me siento aburrido en el trabajo	<input type="radio"/>						
25. Quienes demandan mi servicio no muestran aprecio ni gratitud por mis esfuerzos	<input type="radio"/>						
26. Cuando las cosas del trabajo no salen del todo bien dejo de esforzarme	<input type="radio"/>						
27. Me siento impotente en muchas situaciones de mi trabajo	<input type="radio"/>						
28. El reconocimiento profesional no depende de lo que uno se esfuerce en el trabajo	<input type="radio"/>						
29. Me rindo como respuesta a las dificultades en el trabajo	<input type="radio"/>						
30. Me siento indefenso ante algunas situaciones de mi trabajo	<input type="radio"/>						
31. En la organización donde trabajo no se tienen en cuenta el esfuerzo y la dedicación	<input type="radio"/>						
32. Abandono ante cualquier dificultad en las tareas de mi trabajo	<input type="radio"/>						
33. Siento que se escapan de mi control los resultados de mi trabajo	<input type="radio"/>						
34. Pienso que mi dedicación en el trabajo no se ve reconocida	<input type="radio"/>						
35. Cuando el esfuerzo invertido en el trabajo no es suficiente, me doy por vencido	<input type="radio"/>						
36. En mi trabajo trato con muchas situaciones que están fuera de mi control	<input type="radio"/>						

ANEXO III**Maslach Burnout Inventory General Survey (MBI-GS)**

- 0** Nunca / Ninguna vez
1 Casi nunca / Pocas veces al año
2 Algunas veces / Una vez al mes o menos
3 Regularmente / Pocas veces al mes
4 Bastantes veces / Una vez por semana
5 Casi siempre / Pocas veces por semana
6 Siempre / Todos los días

	0	1	2	3	4	5	6
1. Estoy emocionalmente agotado por mi trabajo	0	0	0	0	0	0	0
2. Estoy "consumido" al final de un día de trabajo	0	0	0	0	0	0	0
3. Estoy cansado cuando me levanto por la mañana y tengo que afrontar otro día en mi puesto de trabajo	0	0	0	0	0	0	0
4. Trabajar todo el día es una tensión para mí	0	0	0	0	0	0	0
5. Puedo resolver de manera eficaz los problemas que surgen en mi trabajo	0	0	0	0	0	0	0
6. Estoy "quemado" por el trabajo	0	0	0	0	0	0	0
7. Contribuyo efectivamente a lo que hace mi organización	0	0	0	0	0	0	0
8. He perdido interés por mi trabajo desde que empecé en este puesto	0	0	0	0	0	0	0
9. He perdido entusiasmo por mi trabajo	0	0	0	0	0	0	0
10. En mi opinión soy bueno en mi puesto	0	0	0	0	0	0	0
11. Me estimula conseguir objetivos en mi trabajo	0	0	0	0	0	0	0
12. He conseguido muchas cosas valiosas en este puesto	0	0	0	0	0	0	0
13. Me he vuelto más cínico respecto a la utilidad de mi trabajo	0	0	0	0	0	0	0
14. Dudo de la trascendencia y valor de mi trabajo	0	0	0	0	0	0	0
15. En mi trabajo, tengo la seguridad de que soy eficaz en la finalización de las cosas	0	0	0	0	0	0	0

ANEXO IV**Engagement (UWES)**

- 0** Nunca / Ninguna vez
1 Casi nunca / Pocas veces al año
2 Algunas veces / Una vez al mes o menos
3 Regularmente / Pocas veces al mes
4 Bastantes veces / Una vez por semana
5 Casi siempre / Pocas veces por semana
6 Siempre / Todos los días

	0	1	2	3	4	5	6
1. En mi trabajo me siento lleno de energía	0	0	0	0	0	0	0
2. Mi trabajo está lleno de significado y propósito	0	0	0	0	0	0	0
3. El tiempo vuela cuando estoy trabajando	0	0	0	0	0	0	0
4. Soy fuerte y vigoroso en mi trabajo	0	0	0	0	0	0	0
5. Estoy entusiasmado con mi trabajo	0	0	0	0	0	0	0
6. Cuando estoy trabajando olvido todo lo que pasa alrededor de mi.	0	0	0	0	0	0	0
7. Mi trabajo me inspira.	0	0	0	0	0	0	0
8. Cuando me levanto por las mañanas tengo ganas de ir a trabajar	0	0	0	0	0	0	0
9. Soy feliz cuando estoy absorto en mi trabajo	0	0	0	0	0	0	0
10. Estoy orgulloso del trabajo que hago	0	0	0	0	0	0	0
11. Estoy inmerso en mi trabajo	0	0	0	0	0	0	0
12. Puedo continuar trabajando durante largos períodos de tiempo	0	0	0	0	0	0	0
13. Mi trabajo es retador	0	0	0	0	0	0	0
14. Me "dejo llevar por mi trabajo	0	0	0	0	0	0	0
15. Soy muy persistente en mi trabajo	0	0	0	0	0	0	0
16. Me es difícil "desconectarme" de mi trabajo	0	0	0	0	0	0	0
17. Incluso cuando las cosas no van bien, continúo trabajando	0	0	0	0	0	0	0

ANEXO V

Mindfulness (MAAS)

Debajo hay una serie de afirmaciones sobre su experiencia diaria. Por favor, use la escala de 1 a 6 para indicar lo frecuente o infrecuentemente que usted experimenta cada situación. Responda de acuerdo a lo que realmente refleja su experiencia y no a lo que usted piensa que debería ser. Puntúe cada ítem separadamente y no deje ninguno sin contestar:

- 1 Casi Siempre
- 2 Muy frecuente
- 3 Algo frecuente
- 4 Algo infrecuente
- 5 Muy infrecuente
- 6 Casi nunca

	1	2	3	4	5	6
1. Puedo estar experimentando alguna emoción y no ser consciente hasta algún tiempo después	0	0	0	0	0	0
2. Rompo o derramo cosas por descuido, por no prestar atención, o por pensar en otra cosa	0	0	0	0	0	0
3. Encuentro difícil permanecer focalizado en lo que está ocurriendo en el presente	0	0	0	0	0	0
4. Tiendo a andar rápidamente para llegar a donde quiero ir sin prestar atención a lo que experimento a lo largo del camino	0	0	0	0	0	0
5. Tiendo a no notar la tensión física o el malestar hasta que realmente despierta mi atención	0	0	0	0	0	0
6. Olvido el nombre de una persona casi tan pronto como me lo dicen por primera vez	0	0	0	0	0	0
7. Parece que lleve puesto el "piloto automático" sin ser consciente de lo que estoy haciendo	0	0	0	0	0	0
8. Hago las actividades diarias corriendo sin estar realmente atento a ellas	0	0	0	0	0	0
9. Estoy tan centrado en la meta que quiero alcanzar que pierdo la noción de lo que estoy haciendo	0	0	0	0	0	0
10. Hago tareas o trabajos automáticamente sin ser consciente de lo que estoy haciendo	0	0	0	0	0	0
11. Me encuentro a mí mismo escuchando a alguien mientras hago algo al mismo tiempo	0	0	0	0	0	0
12. Me dirijo a sitios con el "piloto automático" y entonces me pregunto qué hago allí	0	0	0	0	0	0
13. Me encuentro a mí mismo preocupado por el futuro o el pasado	0	0	0	0	0	0
14. Me encuentro a mí mismo haciendo cosas sin prestar atención	0	0	0	0	0	0
15. Picoteo sin ser consciente de lo que estoy haciendo	0	0	0	0	0	0

ANEXO VI

Resilience Scale (CD-RISC)

0 En absoluto
1 Rara vez
2 A veces
3 A menudo
4 Casi siempre

	0	1	2	3	4
1. Soy capaz de adaptarme cuando ocurren cambios	<input type="radio"/>				
2. Puedo enfrentarme a cualquier cosa	<input type="radio"/>				
3. Intento ver el lado divertido de las cosas cuando me enfrento con problemas	<input type="radio"/>				
4. Enfrentarme a las dificultades puede hacerme más fuerte	<input type="radio"/>				
5. Tengo tendencia a recuperarme pronto tras enfermedades, heridas u otras privaciones	<input type="radio"/>				
6. Creo que puedo lograr mis objetivos, incluso si hay obstáculos	<input type="radio"/>				
7. Bajo presión me centro y pienso claramente	<input type="radio"/>				
8. No me desanimo fácilmente con el fracaso	<input type="radio"/>				
9. Creo que soy una persona fuerte cuando me enfrento a los retos y dificultades de la vida	<input type="radio"/>				
10. Soy capaz de manejar sentimientos desagradables y dolorosos como tristeza, temor y enfado	<input type="radio"/>				

ANEXO VII

Aceptación y Acción (AAQ-II)

Debajo encontrará una lista de afirmaciones. Por favor, puntúe en qué grado cada afirmación ES VERDAD PARA USTED. Use la siguiente escala para hacer su elección.

- 1 Nunca
- 2 Muy raramente
- 3 Raramente
- 4 A veces
- 5 Con frecuencia
- 6 Casi siempre
- 7 Siempre

	1	2	3	4	5	6	7
1. Mis experiencias y recuerdos dolorosos hacen que me sea difícil vivir la vida que querría	0	0	0	0	0	0	0
2. Tengo miedo de mis sentimientos	0	0	0	0	0	0	0
3. Me preocupa no ser capaz de controlar mis preocupaciones y sentimientos	0	0	0	0	0	0	0
4. Mis recuerdos dolorosos me impiden llevar una vida plena	0	0	0	0	0	0	0
5. Mis emociones interfieren en cómo me gustaría que fuera mi vida	0	0	0	0	0	0	0
6. Parece que la mayoría de la gente lleva su vida mejor que yo	0	0	0	0	0	0	0
7. Mis preocupaciones interfieren en el camino de lo que quiero conseguir	0	0	0	0	0	0	0

ANEXO VIII

Injusticia Percibida

Una situación difícil en el trabajo puede tener profundos efectos sobre nuestras vidas. La siguiente escala ha sido diseñada para valorar cómo una situación de este tipo ha podido afectar su vida. Debajo aparecen listadas 12 frases que describen diferentes pensamientos y sentimientos que usted puede experimentar cuando piensa en su situación en el trabajo. Por favor, use la siguiente escala indicando con una cruz el grado en que usted tiene estos pensamientos y sentimientos cuando piensa en su situación, y no deje ninguna respuesta sin contestar:

- 0 Nada en absoluto
- 1 Rara vez
- 2 A veces
- 3 A menudo
- 4 Todo el tiempo

	0	1	2	3	4
1. La mayoría de la gente no comprende la gravedad de mi situación	<input type="radio"/>				
2. Mi vida nunca volverá a ser como antes	<input type="radio"/>				
3. Mi sufriendo se debe a la negligencia de otros	<input type="radio"/>				
4. Nadie debería tener que vivir de esta forma	<input type="radio"/>				
5. Sólo quiero volver a vivir como antes	<input type="radio"/>				
6. Siento que esto me ha afectado de una forma permanente	<input type="radio"/>				
7. Todo me parece tan injusto	<input type="radio"/>				
8. Me preocupa que mi situación no se está tomando en serio	<input type="radio"/>				
9. Nada me compensará nunca por todo lo que he tenido que sufrir	<input type="radio"/>				
10. Siento como si me hubiesen robado algo muy valioso	<input type="radio"/>				
11. Me preocupa que nunca pueda conseguir mis objetivos	<input type="radio"/>				
12. No puedo creer que esto me haya ocurrido a mí	<input type="radio"/>				

ANEXO IX

Performance-Based Self-Esteem

- 1 Totalmente en desacuerdo
- 2 En desacuerdo
- 3 Indiferente
- 4 De acuerdo
- 5 Totalmente de acuerdo

	1	2	3	4	5
1. Intento aportar pruebas de mi valía siendo competente	<input type="radio"/>				
2. Mi auto estima depende demasiado de mis logros diarios	<input type="radio"/>				
3. Tengo que ser mejor que otros para sentir que soy lo bastante bueno	<input type="radio"/>				
4. Me obsesiono por cumplir algo que tenga valor	<input type="radio"/>				
5. Intento parecer competente frente a los otros	<input type="radio"/>				

ANEXO X

PANAS

A continuación se indican una serie de palabras que describen diversos sentimientos y emociones. Lea cada una de ellas y conteste con una cruz indicando hasta qué punto Ud. suele sentirse habitualmente de la forma que indica cada expresión.

- 1 Nada
- 2 Un poco
- 3 Bastante
- 4 Mucho
- 5 Muchísimo

Generalmente me siento:

	1	2	3	4	5
1. Interesado (que muestro interés)	0	0	0	0	0
2. Tenso o estresado	0	0	0	0	0
3. Animado, emocionado	0	0	0	0	0
4. Disgustado o molesto	0	0	0	0	0
5. Enérgico, con vitalidad	0	0	0	0	0
6. Culpable	0	0	0	0	0
7. Asustado	0	0	0	0	0
8. Enojado, enfadado	0	0	0	0	0
9. Entusiasmado	0	0	0	0	0
10. Orgullosa (de algo), satisfecho	0	0	0	0	0
11. Irritable o malhumorado	0	0	0	0	0
12. Dispuesto, despejado	0	0	0	0	0
13. Avergonzado	0	0	0	0	0
14. Inspirado	0	0	0	0	0
15. Nervioso	0	0	0	0	0
16. Decidido, atrevido	0	0	0	0	0
17. Atento, esmerado	0	0	0	0	0
18. Intranquilo o preocupado	0	0	0	0	0
19. Activo	0	0	0	0	0
20. Temeroso, con miedo	0	0	0	0	0

ANEXO XI



**Informe Dictamen Favorable
Proyecto Investigación Biomédica**

C.P. - C.I. P113/0084

12 de junio de 2013

Dña. María González Hinjos, Secretaria del CEIC Aragón (CEICA)

CERTIFICA

1º. Que el CEIC Aragón (CEICA) en su reunión del día 12/06/2013, Acta Nº 11/2013 ha evaluado la documentación presentada por el investigador referida al estudio:

Título: Promoción de la salud en el trabajo entre los profesionales de la salud aragoneses.

Investigador Principal: Rosa Magallón Botaya. CS Arrabal

Versión Protocolo: junio/2013

Hoja de Información al participante:

Versión 1.0 10/05/2013

1º. Considera que

- El proyecto se plantea siguiendo los requisitos de la Ley 14/2007, de 3 de julio, de Investigación Biomédica y su realización es pertinente.
- Se cumplen los requisitos necesarios de idoneidad del protocolo en relación con los objetivos del estudio y están justificados los riesgos y molestias previsibles para el sujeto.
- Son adecuados tanto el procedimiento para obtener el consentimiento informado como la compensación prevista para los sujetos por daños que pudieran derivarse de su participación en el estudio.
- El alcance de las compensaciones económicas previstas no interfiere con el respeto a los postulados éticos.
- La capacidad de los Investigadores y los medios disponibles son apropiados para llevar a cabo el estudio.

2º. Por lo que este CEIC emite un **DICTAMEN FAVORABLE.**

Lo que firmo en Zaragoza, a 12 de junio de 2013

Fdo:



Dña. María González Hinjos
Secretaría del CEIC Aragón (CEICA)

ANEXO XII



**Informe Dictamen Favorable
Proyecto Investigación Biomédica**

C.P. - C.I. PI15/0160

1 de julio de 2015

Dña. María González Hinjos, Secretaria del CEIC Aragón (CEICA)

CERTIFICA

1º. Que el CEIC Aragón (CEICA) en su reunión del día 01/07/2015, Acta Nº CP12/2015 ha evaluado la propuesta del investigador referida al estudio:

Título: Validación del cuestionario de subtipos clínicos de burnout BSCQ36 en personal de atención primaria de la comunidad de Aragón.

Investigador Principal: Fernando Zubiaga Terrón. Universidad de Zaragoza.

Versión protocolo: junio/2015

2º. Considera que

- El proyecto se plantea siguiendo los requisitos de la Ley 14/2007, de 3 de julio, de Investigación Biomédica y su realización es pertinente.
- Se cumplen los requisitos necesarios de idoneidad del protocolo en relación con los objetivos del estudio y están justificados los riesgos y molestias previsibles para el sujeto.
- Es adecuado el tratamiento de los datos.
- El alcance de las compensaciones económicas previstas no interfiere con el respeto a los postulados éticos.
- La capacidad de los Investigadores y los medios disponibles son apropiados para llevar a cabo el estudio.

3º. Por lo que este CEIC emite **DICTAMEN FAVORABLE a la realización del proyecto.**

Lo que firmo en Zaragoza, a 1 de julio de 2015

Fdo:

Dña. María González Hinjos
Secretaria del CEIC Aragón (CEICA)

ANEXO XIII

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

PROMOCIÓN DE LA SALUD EN EL TRABAJO ENTRE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD ARAGONESES.

Yo,

(Nombre y apellidos)

He leído la hoja de información que se me ha entregado.

He podido hacer preguntas sobre el estudio.

He recibido suficiente información sobre el estudio y una copia de la hoja de información.

He hablado con la Dra. Rosa Magallón Botaya y/o personal del equipo investigador:

Comprendo que mi participación es voluntaria.

Comprendo que puedo retirarme del estudio:

1º Cuando quiera

2º Sin tener que dar explicaciones.

3º Sin que esto repercuta en mis cuidados médicos.

- Presto libremente mi conformidad para participar en el estudio y doy mi consentimiento para el acceso y utilización de mis datos en las condiciones detalladas en la hoja de información.

Firma del participante:

Firma del investigador:

Nombre y fecha:

Nombre y fecha:

ANEXO XIV

INFORMACION PARA EL PARTICIPANTE

Apreciado Sr/Sra:

Las condiciones de trabajo tienen una gran importancia en la salud general de las personas. Con el objetivo de **promocionar el bienestar y la salud en el trabajo entre los profesionales de la salud aragoneses**, el Grupo Aragonés de Investigación en Atención Primaria (GAIAP), a través de la Red de Investigación en Actividades Preventivas y Promoción de la Salud (redIAPP RD06/0018/0017) en colaboración con el Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud (IACS) y la Universidad de Zaragoza, ha desarrollado el proyecto de investigación: PROMOCIÓN DE LA SALUD EN EL TRABAJO ENTRE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD ARAGONESES.

Usted ha sido seleccionado de forma aleatoria para participar de manera anónima en el estudio. Antes de confirmar su participación es importante que entienda en qué consiste. Por favor, lea detenidamente este documento y haga todas las preguntas que le puedan surgir.

Objetivo del estudio: Validar un cuestionario que permita identificar diferentes tipos de burnout entre los trabajadores de la salud, y estudiar posibles factores de riesgo asociados a su desarrollo, así como posibles factores protectores.

Número de participantes: Los participantes del estudio serán 486 profesionales de la salud de centros públicos aragoneses seleccionados aleatoriamente de forma estratificada según su puesto (enfermeros, médicos, residentes).

Participación en el estudio: La participación en el estudio consiste en cumplimentar una encuesta con 180 preguntas sobre características sociodemográficas, laborales y de salud general. Dichas preguntas se responden muy fácilmente, de manera que el tiempo medio para cumplimentar la encuesta suele ser de unos 20 minutos.

Beneficios/riesgos: El principal beneficio será, si usted lo desea, el hecho de recibir de forma gratuita y anónima un informe con los resultados obtenidos en el síndrome de burnout (desgaste profesional). Por otra parte, los resultados de este estudio contribuirán al desarrollo de programas de prevención y tratamiento de dicho síndrome, facilitando la construcción de ambientes de trabajo más agradables, seguros y saludables para todos. La participación en el estudio no comporta ningún riesgo asociado.

Participación voluntaria: Su participación en el estudio es enteramente voluntaria. Usted decide si quiere participar o no. Incluso si decide participar, puede dejar de rellenar la encuesta en cualquier momento sin tener que dar explicaciones y sin que por ello se vea afectado.

Confidencialidad: Toda la información que se recoge de usted, se guardará y analizará mediante un sistema informático, manteniendo estricta confidencialidad de acuerdo a la legislación nacional vigente de protección de datos (Ley Orgánica 15/1999 y Real Decreto 561/93). Se recogerá la información sin su nombre. Las respuestas recibirán un tratamiento meramente estadístico y serán procesadas en términos generales, teniendo en cuenta la totalidad de los participantes. Los resultados del estudio siempre se presentarán de forma global y nunca, bajo ningún concepto, de forma individualizada. El procesamiento de los datos será totalmente anónimo.

Revisión Ética: Un Comité Ético Independiente ha revisado los objetivos y características del estudio y ha dado su aprobación favorable.

Preguntas/Información: Si precisa más información, por favor, pregunte al psicólogo investigador responsable:

D. Jesús Montero Marín
Teléfono: 653 89 36 61
info@solucionestreslaboral.com

BIBLIOGRAFÍA

BIBLIOGRAFÍA

- Abraham, A. (1984). Problemática del diagnóstico de la salud mental del enseñante. En J.M. Esteve (Ed.), Profesores en conflicto (pp. 23-35). Madrid: Narcea.
- Albaladejo, R; Villanueva, R; Ortega, P; Astasio, P; Calle, ME y Domínguez, V.(2004). Síndrome de burnout en el personal de enfermería de un Hospital de Madrid. Rev Esp Salud Pública 2004; 78: 505-516.
- Albar MJ, Romero M, González MD, Carballo E, García A, Gutiérrez I et al.(2004) Apoyo social, características sociodemográficas y burnout en enfermeras y auxiliares de hospital. Enferm. clín. 2004; 14(5): 281-285.
- Alexander, C. (1999). Police psychological burnout and trauma. En J.M. Violanti y D. Paton (eds.), Police trauma: Psychological aftermath of civilian combat. (pp. 54-64). Springfield, IL: Charles C. Thomas Publishers.
- Álvarez Quesada, C., Hinojosa, C., Arriaga, A., Carrillo, J.A. y Pernia, I. (2003). El síndrome de burnout o de desgaste profesional. ¿Pueden quemarse los dentistas?. Gaceta Dental Digital, (138), 70-79.
- Amit Sood, MD., MSc., Kavita Prasad, MD., Darrell Schroeder, MS., and Prathibha Varkey, MBBS (2011) Stress Management and Resilience Training Among Department of Medicine Faculty: A Pilot Randomized Clinical Trial. J Gen Intern Med 26(8):858–61 DOI: 10.1007/s11606-011-1640-x © Society of General Internal Medicine 2011.
- Amutio Kareaga, A., Ayestaran Exeberria, S. y Smith, J. C. (2008). Evaluación del Burnout y bienestar psicológico en los profesionales sanitarios del País Vasco. Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones, 24(2), 235-252.
- Anderson, M.B. e Iwanicki, E.F. (1984). Teacher motivation and its relationship to teacher burnout. Educational Administration Quarterly, 20, 94-132.
- Applegate, M. (1988). Expressing the self. Childhood Education, 64, 225-229
- Atance Martínez, JC (1997). Aspectos epidemiológicos del síndrome de burnout en personal sanitario. Rev.Esp. Salud Pública 1997; 71:293-303.

- Atanes, AnaCM; Andreoni, Solange; Hirayama, Marcio S; Montero-Marin, Jesús; Barros, Viviam V. ; Ronzani, Telmo M; Kozasa, Eliza H; Soler, Joaquim ; Ausiàs Cebolla, Garcia-Campayo, Javier and Demarzo, Marcelo M. P. (2015). Mindfulness, perceived stress, and subjective well-being: a correlational study in primary care health professionals. *Complementary and Alternative Medicine* (2015) 15:303 DOI 10.1186/s12906-015-0823-0.

- Baer, R. (2003). Mindfulness training as a clinical intervention: A conceptual and empirical review. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10(2), 125-142.

- Bandura A (1997): *Self-efficacy: The exercise of control* New York, NY: Freeman 1997.

- Ballone E, Valentino M, Occhiolini L, Di Mascio C, Cannone D, Schioppa FS. Factors Influencing Psychological Stress Levels of Italian Peacekeepers in Bosnia. *Mil Med* 2000; 165(12):911-915.

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

- Bakker, A. (2015) Emotional dissonance, burnout and in-role performance among nurses and police officers. <http://www.researchgate.net/publication/46679952>

- Barlett, D.W. (1994). On resilience: Questions of validity. En M.C. Wang y E.W. Gordon (Eds.), *Educational resilience in inner-city America* (pp. 97-108). Hillsdale, NJ: Erlbaum.

- Barría G., Y.J., Calabrano V., A.C., Flores C., C.S., Muñoz V., P. y Osorio V., K.A. (2002). Estrés laboral. Estudio sobre percepción de profesoras del primer año básico de escuelas municipales urbanas de Punta Arenas. *Revista de Enfermería de Chile*, 120.

- Beck, A.T. (1984). Cognitive approaches to stress. En R.L. Woolfolk y P.M. Leherer (eds.) *Principles and Practice of stress Management*. Nueva York: Guilford Press.

- Beck D. (1987) Counselors burnout in family service agencies *Social Casework*. 1987;68(1):3-15.

- Becoña, E (2006). Resiliencia: Definición, características y utilidad del concepto. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica* Vol. 11, N3.' ,pp. 125-146,2006 ISSN 1136-5420/06.
- Beer, J. y Beer, J. (1992). Burnout and stress, depression, and self-esteem of teachers. *Psychological Reports*, 71, 1331-1336.
- Belcastro, P.A. (1982). Burnout and its relationship to teachers' somatic complaints and illnesses. *Psychological Reports*, 50, 1045-1046.
- Belloch, A. Sandín, B.;Ramos,F.(1995) Manual de psicopatología (volumen 2).(pp 4-52) Mc Graw Hill.
- Benavides A.M.; Moreno Jiménez, B; Garrosa, E; González, JL(2002). La evaluación específica del síndrome de burnout en psicólogos. "El inventario de burnout de psicólogos". *Clínica y Salud*, 13, 3 pp 257-283.
- Bennett L, Ross M W, Sunderland R: The relationship between recognition, rewards and burnout in AIDS caring. *AIDS Care* 1996, 8:145-153.
- Bernshausen, D. y Cunningham, C. (2001, marzo). The role of resiliency in teacher preparation and retention. Ponencia presentada en el Annual Meeting of the American Association of Colleges for Teacher. Dallas.
- Bollen, K.(1986), Sample size and Bentler and Bonett's non-normed fit index. *Psychometrika* 1986. 51: p. 375-377.
- Borg, M.G. y Falzon, J.M. (1989). Stress and job satisfaction among primary school teachers in Malta. *Educational Review*, 41, 271-279.
- Borg, M.G. (1990). Occupational stress in British educational settings: A review. *Educational Psychology*, 10, 103-126.
- Borg, M.G. y Riding, R.J. (1991). Towards a model for the determinants of occupational stress among schoolteachers. *European Journal of Psychology of Education*, 6, 355-373.

- Borritz M, Bultmann U, Ruqulies R, Christensen KB, Villadsen E, Kristensen TS (2005): Psychosocial work characteristics as predictors for burnout: findings from 3-year follow up of the PUMA Study. *J Occupat Environm Med* 2005, 47:1015-25.

- Bresó, E; Salanova, M; Schaufeli, W (2007). Nota Técnica de Prevención NTP 732. Síndrome de estar quemado por el trabajo "Burnout": Instrumento de medición. Instituto de Seguridad e Higiene en el Trabajo. En internet.

- Briggs, N. and R. MacCallum, (2003) Recovery of weak common factors by maximum likelihood and ordinary least squares estimation. *Multivariate Behav Res*, 2003. 38: p. 25-56.

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

- Brody, L.R. y Hall, J. A. (2000). Gender, emotion and expresion. En M. Lewis y J.M. Haviland-Jones (eds.): *Handbook of emotions* (pp. 338-349). New York: Guilford Press

- Brouwers, A., Ever, W.J. y Tomic, W. (2001). Self-efficacy eliciting social support and burnout among secondary school teachers. *Journal of Applied Social Psychology*, 31, 1474-1491.

- Brouwers, A. y Tomic, W. (2000). Disruptive student behaviour perceived self-efficacy and teacher burnout. Documento presentado en el Annual Meeting of the American Psychological Association. Washington DC.

- Brown, KW; Ryan RM (2003). The Benefits of Being Present: Mindfulness and Its Role in Psychological Well-Being. *Journal of Personality and Social* 2003, Vol. 84, No. 4, 822–848.

- Buhr, J. y Scheuch, K. (1991). Entwicklung des Gesundheitszustandes von Pädagogen eines Landkreises im Zeitraum von 1978-1988. En K. Scheuch (Ed.), *Einflußfaktoren auf den Gesundheitszustand von Pädagogen*, (pp. 21-26). Berlín: VWB.

- Burke, R.J. y Greenglass, E.R. (1989). The clients´ role in psychological burnout in teachers and administrators. *Psychological Reports*, 64, 1299-1306.

- Byrne, B.M. (1991). Burnout: Investigating the impact of background variables for elementary, intermediate, secondary and university educators. *Teaching and teacher education: An International Journal of Research*, 7, 197-209.

- Byrne, B.M. (1994). Burnout: Testing for the validity, replication, and invariance of causal structure across elementary, intermediate, and secondary teachers. *American Educational Research Journal*, 31, 645-673.

- Byrne, B.M. (1999). The nomological network of teacher burnout: A literature review and empirically validated model. En R. Vandenberghe y A.M. Huberman (Eds.), *Understanding and preventing teacher burnout* (pp. 15-37). Nueva York: Cambridge University Press.

- Byrne, B.(2001), *Structural equation modeling with Amos: Basic concepts, applications and programming*. Mahwah, NJ: Erlbaum, 2001.

- Caballero Martín, MA; Bermejo Fernández, F; Nieto Gómez, R y Caballero Martínez, F(2001). Prevalencia y factores asociados al burnout en un área de salud. *Atención Primaria*. Vol. 27. Núm. 5. 31 de marzo 2001.

- Calvete, E. y Villa, A. (1997). Programa Deusto 16-16 II. Evaluación e intervención en el estrés docente. Bilbao: Ediciones Mensajero.

- Calvete, E. y Villa, A. (2000). Burnout y síntomas psicológicos: modelo de medida y relaciones estructurales. *Ansiedad y Estrés* 6, 117-130.

- Campbell-Sills, L; Stein, MB.(2007). Psychometric analysis and refinement of the Connor-Davidson Resilience scale (CD-RISC): validation of a 10-ítem measure of resilience. *J Trauma Stress* 2007:20:1019-28.

- Cannizo, T.A. y Liu, P. (1995). The Relationship Between Levels of Perceived Burnout and Career Stage Among Sworn Police Officers. *Police Studies*, 18 (3-4), 53-68.

- Cebrià,J; Segura, J.; Corbella,S.; Sos, P; Comas, O; García, M; Rodríguez, C; Pardo, MJ; Pérez, J (2001). Rasgos de personalidad y burnout en médicos de familia Atención Primaria.Vol. 27. Núm. 7. 30 de abril 2001.

- Cebrià, J; Palma, C; Sobrequès, J; Ger, S; Ferrer, M y Segura, J.(2007). SEMERGEN. 2008;34(3):107-12.

- Chakravorty, B. (1989). Mental health among school teachers. En M. Cole y S. Walker (Eds.), Teaching and Stress (pp. 69-82). Philadelphia: Open University Press.

- Cherniss, C. (1993). Role of professional self-efficacy in the etiology and amelioration of burnout. En W.B. Schaufeli, C. Maslach y T. Marek (Eds.), Professional burnout (pp. 135-150). Washington DC: Taylor y Francis

- Cohen, S.;Kessler R.C. y Gordon, L.U.(1995a) Measuring stress: A guide for Health and Social Scientists. New York: Oxford University Press.

- Cooke, Georga PE; Doust, Jenny A; Steele, Michael C(2013) A survey of resilience, burnout, and tolerance of uncertainty in Australian general practice registrars BMC Medical Education 2013, 13:2. <http://www.biomedcentral.com/1472-6920/13/2>

- Cooper, C.L. y Kelly, M. (1993). Occupational stress in head teachers: A national UK study. British Journal of Educational Psychology, 63, 130-143.

- Coopersmith, S. (1967) The antecedents o/ self-esteem. Consulting Psychologists Press.

- Cox T, Kuk G, Leiter M (1993): Burnout: health, work stress, and organizacional healthiness. In Professional burnout: Recent developments in theory and research Edited by: Schaufeli WB, Moret T, Maslach C. UK: Taylor & Francis; 1993:177-193.

- Crane, S.J. e Iwanicki, E.F. (1986). Perceived role conflict. Role ambiguity and burnout among special education teachers. Remedial and Special Education, 7, 24-31.

- Demerouti, E; Bakker, AB; Jansen, PPM; Schaufeli, WB (2001). Burnout and engagement at work as a function of demands and control. Scandinavian Journal of Work, Environment & Health, 27, pag 279-286.

- de Pablo González, R; Suberviola González JF. (1998).Prevalencia del Síndrome de burnout o desgaste profesional en los médicos de Atención Primaria. Aten Primaria. 1998 Nov 30;22(9):580-4.

- Dickinson T, Wright KM (2008): Stress and burnout in forensic mental health nursing: a literature review. *Br J Nursing* 2008, 17:82-87.

- Doménech, B. (1995). Introducción al síndrome "burnout" en profesores y maestros y su abordaje terapéutico. *Psicología Educativa*, 1, 63-78.

- Durán, M.A., Extremera, N. y Rey, L. (2001). Burnout en profesionales de la enseñanza: un estudio en educación primaria, secundaria y superior. *Psicología del Trabajo y las Organizaciones*, 17, 45-62.

- Edelwich JE, Brodsky A (1980):: Burnout Stages of disillusionment in the helping professions. Human Science Press. New York.

- Elliott, M. (1996). Impact of work, family, and welfare receipt on women's self-esteem in young adulthood. *Social Psychology Quarterly*, 59(1), 80-96.

- Embriaco N, Azoulay E, Barrau K, Kentish N, Pochard F, Loundou A, et al. (2007) High level of Burnout in intensivists prevalence and associated factors. *Am J Respir Crit Care Med*. 2007;175(7): 686-92.

- Emener, W. G., Luck, R.S., y Gohs, F.X. (1982). A theoretical investigation of the construct burnout. *Journal of Rehabilitation Administration*, 6(4), 188-196.

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

- Esteva, M; Larraz, C; Soler, JK y Yaman, H. (2005) Desgaste profesional en los médicos de familia españoles. *Aten Primaria* 2005;35(2).

- Esteva, M; Larraz, C y Jiménez, F.(2006). La salud mental en los médicos de familia: efectos de la satisfacción y el estrés en el trabajo. *Revista Clínica española* 2006(2):77-83.

- Esteve, J.M. (1997). La formación inicial de los profesores de secundaria. Barcelona: Ariel.

- Evans S, Ferrando S, Findler M, Stowell C, Smart C, Haglin D. (2007) Mindfulness-based cognitive therapy for generalized anxiety disorder. *J Anxiety Disord.* 2007;22.
- Evers, W.J.G., Gerrichhauzen, J. y Tomic, W. (2000). The prevention and mending of burnout among secondary school teachers. Netherlands: Report Research.
- Fabes, R. y Martin, C. (1991). Gender and age stereotypes of emotionality. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 17, 532-540.
- Farber BA (1990) Burnout in Psychotherapist: Incidence, types, and trends. *Psychotherapy in Private Practice* 1990 8:35-44.
- Farber, B.A. (1991a). Crisis in education: Stress and burnout in the American teacher. San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Farber BA (1991) Symptoms and Types: Worn-Out, Frenetic, and Underchallenged Teachers. In *Crisis in Education. Stress and Burnout in the American Teacher* Edited by: Farber BA. San Francisco: Jossey- Bass Publishers; 1991:72-97.
- Farber BA (1991) Idealism and Disillusionment: Who Teaches, Who Leaves, and Why. In *Crisis in Education. Stress and Burnout in the American Teacher* Edited by: Farber BA. San Francisco: Jossey-Bass Publishers; 1991:98-125.
- Farber BA (1999) Inconsequentiality -The key to understanding teacher burnout. In *Understanding and preventing teacher burnout* Edited by: Vandenberghe R, Huberman M. NY: Cambridge University Press; 1999:159-165.
- Farber BA (2000) Understanding and Treating Burnout in a Changing Culture. *JCLP/In Session. Psychotherapy in Practice* 2000, 56:589-594.
- Farber BA (2000) Treatment strategies for different types of teacher burnout. *Psychotherapy in Practice* 2000, 56:675-689.
- Farber BA (2001) Subtypes of burnout: theory, research and practice. Paper presented at the Annual Conference, American Psychological Association. San Francisco; 2001.

- Finucane A, Mercer SW (2006). An exploratory mixed methods of the acceptability and effectiveness of Mindfulness-Based Cognitive Therapy for patients with active depression and anxiety in primary care. *BMC Psychiatry*. 2006;6:14.
- Forés, A; Grané, J (2008). *La Resiliencia. Crecer desde la adversidad*. Plataforma editorial. Barcelona 2008.
- Frade Mera, MJ; Vinagre Gaspar, R; Zaragoza García,I; Viñas Sánchez, S; Antúnez Melero, E; Álvarez González, S y Malpartida Martín, P.(2009) Síndrome de burnout en distintas Unidades de Cuidados Intensivos. *Enferm Intensiva*. 2009;20(4):131-140.
- Freudenberger H. (1974) Staff Burn-Out. *Journal of Social Issues*; 30(1): 159-166.
- Freudenberger HJ (1975) Staff Burnout Syndrome in alternative Institutions *Psychotherapy theory. Research and Practice*. 1975;12(1): 73-8.
- Freudenberger, H.J. y Richelson, G. (1980). *Burnout: The high cost of high achievement*. Nueva York: Anchor Press.
- Friedman, I.A. (1999). Turning our schools into a healthier workplace: Briding between professional self-efficacy and profesional demands. En R. Vandenberghe y A.M. Huberman (Eds.), *Understanding and preventing teacher burnout* (pp. 166-176). Nueva York: Cambridge University Press.
- Frutos-Llanes, R; Jiménez-Blanco, S y Blanco-Montagut, LE.(2014). Síndrome de desgaste profesional en los médicos de atención primaria de Ávila. *Semergen*. 2014;40(7):357---365.
- García-Campayo, J; Navarro-Gil, M; Andrés, E; Montero-Marín, J; López-Artal, L; Piva Demarzo, MM.(2013). Validation of the Spanish versions of the long (26 items) and short (12 items) forms of the Self-Compassion Scale (SCS). *Health and Quality of Life Outcomes* 2014, 12:4.
- García-Izquierdo, M., y Velandrino, A. P. (1992). EPB: Una escala para la evaluación del burnout profesional de las organizaciones. *Anales de Psicología*, 8(1-2), 131-138.

- García N, Roca A, Carmona A, Olona M.(2004) Síndrome de burnout en los equipos de enfermería de cuidados intensivos de Cataluña. *Metas de Enfermería*. 2004;7(2):6-12.
- Garmezy, N. (1991). Resiliency and vulnerability to adverse developmental outcomes associated with poverty. *American Behavioral Scientist*, 31,416-430.
- Gebhardt, W.A. y Brosschot, J.F. (2005). Desirability of control: psychometric properties and relationships with locus of control, personality, coping, and mental and somatic complaints in three Dutch samples. *European Journal of Personality*, 16(6), 423-439.
- Gil-Monte P, Peiró JM. A study on significant sources of the “Burnout Syndrome” in workers at occupational centres for the mentally disabled. *Psychology in Spain* 1998; 2 (1): 116-123.
- Gil-Monte PR, Peiró JM, Valcárcel P, Grau R.(1996) La incidencia del síndrome de burnout sobre la salud: un estudio correlacional en profesionales de enfermería. *Psiquis*. 1996;17(4):190-5.
- Gil-Monte PR; Peiró JM (1999). Perspectivas teóricas y modelo interpretativos para el estudio del síndrome de quemarse por el trabajo. *Anales de Psicología*. Vol 15, nº 2, 261-268.
- Gil-Monte, PR (2002) Validez factorial de la adaptación al español del Maslach Burnout Inventory-General Survey. *salud pública de méxico / vol.44, no.1, enero febrero de 2002*.
- Gil-Monte PR 2005. El síndrome de quemarse por el trabajo (“burnout”). Una enfermedad laboral en la sociedad del bienestar. Madrid: Pirámide.
- Gil-Monte, P. R. (2006). El síndrome de quemarse por el trabajo (burnout). Factores antecedentes y consecuentes. En P. R. Gil-Monte, M. Salanova, J. L. Aragón y W. Schaufeli (Compiladores), *Jornada “El Síndrome de quemarse por el trabajo en Servicios Sociales”* (pp. 11-25). Valencia: Diputación de Valencia. (ISBN: 84-689-7621-0).

- Gil-Monte PR, García-Juegas JA, Núñez EM, Carretero N, Roldán MD, Caro M. 2006. Validez factorial del "Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo" (CESQT). *Psiquiatria.com* [en línea] [Consultado en noviembre de 2006]; 10(3). Disponible en: <http://www.psiquiatria.com/psiquiatria/revista/183/24872>.

- Gil-Monte PR, Olivares V. 2007. Prevalencia del Síndrome de Quemarse por el Trabajo (SQT) (burnout) en profesionales de atención a clientes de Chile. Presentado en el Quinto Congreso Internacional de Prevención de Riesgos Laborales, 2007; Mayo 9-11; Santiago, Chile. ORP: Occupational Risk Prevention.

- Gil-Monte, PR; Unda Rojas, S; Sandoval Ocaña, JI. Validez factorial del «Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo» (CESQT) en una muestra de maestros mexicanos. *Salud Mental* 2009;31:205-214.

- Gillespie, D. F. y Numerof, R. E. (1984). *The Gillespie-Numerof Burnout Inventory: Technical manual*. St. Louis: Washington University.

- Ginsburg SG. (1974): The problem of the burned out executive. *Personnel Journal*. August; 598-600.

- González M., T. y Landero, R. (2007). Factor structure of the Perceived Stress Scale (PSS) in a sample from Mexico. *The Spanish Journal of Psychology*, 10(1), 199-206.

- González M., T., Landero, R. y Ruiz M., A. (2008). Modelo estructural predictor de la salud mental y física en mujeres. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 23(2), 101-108.

- González Corrales, R; de la Gándara Martín, JJ; García Moja, LC; Álvarez Álvarez-Monteserín, MT. (2005). Estudios del "burnout" mediante el test CUBO (cuestionario urgente de burnout). Análisis de fiabilidad *Anales de psiquiatría*, ISSN 0213-0599, Vol. 21, N.º. 5, 2005, págs. 223-229.

- Gold, Y. (1984). The factorial validity of the Maslach Burnout Inventory in a sample of California elementary and Junior high school classroom teachers. *Educational and Psychological Measurement*, 44, 1009.

- Goldhagen, Brian E; Kingsolver, Karen; Stinnett, Sandra S; Rosdahl, Jullia A(2015) Stress and burnout in residents: impact of mindfulness-based resilience training *Advances in Medical Education and Practice* 2015:6 525–532.

- Golembiewski, R.T., Munzenrider, R.F. y Stevenson, J. (1986). *Stress in organizations*. Nueva York: Praeger

- Guía sobre el estrés relacionado con el trabajo. ¿La sal de la vida o el beso de la muerte? Empleo y Asuntos Sociales, Seguridad y Salud en el Trabajo, Comisión Europea, 1999.

- Grau, A; Flichtentrei, D; Suñer, R; Font-Mayolas, S; Prats, M y Braga, F (2008). El burnout percibido o sensación de estar quemado en profesionales sanitarios: prevalencia y factores asociados. *Informació psicológica* nº 91-92 • setembre 07-abril 08 • pàgines 64-79.

- Gray-Stanley, JA; Muramatsu, N (2011) Work Stress, Burnout, and Social and Personal Resources among Direct Care Workers. *Res Dev Disabil.* 2011 ; 32(3): 1065–1074. doi:10.1016/j.ridd.2011.01.025.

- 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.

- Hallsten, L., Josephson, M., & Torge´n, M. (2005). Performance-based self-esteem: A driving force in burnout processes and its assessment *Arbete & Ha`lsa*, 4 (pp. 1–35). Stockholm, Sweden: National Institute for Working Life.

- Hanh, T. N. (1976). *The miracle of mindfulness*. New York: Bantam.

- Hembling, D.W. y Gilliland, B. (1981). Is There an Identifiable Stress Cycle in the School Year? *The Alberta Journal of Educational Research.* 27, 324-330.

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

- Hernández-Avila, M; Garrido-Latorre, F; López-Moreno, S.(2000)Diseño de estudios epidemiológicos .Salud Pública de México / vol.42, no.2, marzo-abril de 2000

- Hillhouse JJ, Adler CM..(1997) Investigating stress effect patterns in hospital staff nurses: results of a cluster análisisSoc Sci Med. 1997;45:1781-8.

- Hu, L. and P. Bentler,(1999) Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria vs. new alternatives. Struct Equ Modeling, 1999. 6: p. 1-55.

- Jackson, S.E. y Maslach, C. (1982). After-effects of job related stress: Families as victims. Journal of Occupational Behavior, 3, 63-7

- Jöreskog, K.(1977), Factor analysis by least-squares and maximum-likelihood methods. In Enslein K, Ralston A, Wilf HS, Editors. Statistical methods for digital computers. New York: Wiley, 1977: p. 125-153.

- Kabat-Zinn, J. (2003). Vivir con plenitud las crisis. Cómo utilizar la sabiduría del cuerpo y de la mente para afrontar el estrés, el dolor y la enfermedad. Barcelona: Kairós (Orig. 1990).

- Kasl;S.V. (1996) Theory of stress and health. En C.L. Cooper(ed), Handbook of stress, medicine and health (pp.116-123). London: Croom & Helm.

- Kelchtermans, G. y Strittmatter, A. (1999). Beyond individual burnout: A perspective for improved schools. Guideline for the prevention of burnout. En R. Vandenberghe y A.M. Huberman (Eds.), Understanding and preventing teacher burnout (pp.304-315). Nueva York: Cambridge University Press

- Kerlinger, F.N. (1975) Investigación del comportamiento: técnicas y metodología. México: Nueva Editorial Interamericana.

- Kessel, R.C. y McRae, J.A. (1982). The effects of wives employment on the mental health of married men and women. American Sociological Review, 47, 216-227.

- Kingston T, Dooley B, Bates A, Lawlor E, Malone K. (2007) Mindfulbased cognitive therapy for residual depressive symptoms. Psychol Psychother. 2007;80:193-203.

- Kinunen, U. (1989). Teacher stress over a school year. Jyväskylä: University of Jyväskylä.
- Kyriacou, C. (1980). Stress, health and schoolteachers: A comparison with other professions. *Cambridge Journal of Education*, 10, 154-158
- Kyriacou, C. (1987). Teacher stress and burnout: An international review. *Educational Research*, 29, 146-152.
- Kyriacou, C. (2003). *Antiestrés para profesores*. Barcelona: Ediciones Octaedrorados (Ed.), *Estrés y Salud* (pp. 213-237). Valencia: Promolibro
- Kline, R. (1998), *Principles and practices of structural equation modelling*. In: *Methodology in the social sciences*. Edited by Kenny DA. New York: The Guilford Press, 1998.
- Knol, D. and M. Berger (1991) Empirical comparisons between factor analysis and multidimensional item response models. *Multivariate Behav Res*, 1991. 26: p. 457-477.
- Lang, J.C. y Lee, C.H. (2005). Identity accumulation, others' acceptance, job-search self-efficacy and stress. *Journal of Organizational Behavior*, 26, 293-312.
- Lara, M., Verduzco, M., Acevedo, M. y Cortés, J. (1993). Validez y confiabilidad del Inventario de Autoestima de Coopersmith para adultos en población mexicana. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 25(2), 247-255.
- Lazarus, R.S. (1966). *Psychological stress and the coping process*. New York: Mcgraw Hill.
- Lazarus, R.S. y Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer.
- Lazarus, R:S: (1993). Coping theory and research: Past, present and future. *Psychosomatic Medicine*, 55, 234-247.
- Lee, C., G. Zhang, and M. Edwards,(2012) Ordinary least squares estimation of parameters in exploratory factor analysis with ordinal data. *Multivariate Behav Res*, 2012. 47: p. 314-339.

- Leiter MP, Maslach C (1988): The impact of interpersonal environment on burnout and organizational commitment. *J Org Behav* 1988, 9:297-308
- Leiter MP, Schaufeli WB.(1996) Consistency of the burnout construct across occupations. *Anxiety Stress Coping* 1996;9:229-243.

- Leithwood, K.A., Jantzi, D. y Steinbach, R. (2001). Maintaining emotional balance. *Educational Horizons*, 79, 73-82.

- León, J; Fernández, C; Grijalbo, F y Núñez, JL (2013). Assesing Mindfulness: The Spanish version of the Mindfulness Attention Awareness Scale. *Estudios de psicología* 2013, 34(2).175-184.

- Lévy, J., M. Martín, and M. Román, (2006)Optimización según estructuras de covarianzas. In Lévy JP, Varela J, editors. *Modelización con Estructuras de Covarianzas en Ciencias Sociales*. A Coruña: Netbiblo, 2006: p. 21-22.

- Levinson H (1981).: When executives burn out. *Havard Bussiness Review*. May-June; 73-81.

- Lorente L, Salanova M, Martinez I, Schaufeli W: Extension of the Job Demands-Resources model in the prediction of burnout and engagement among teachers over time. *Psicothema* 2008, 20:354-60.

- Lozano A, Montalbán M, Durán A.(2003) Diferencias en la percepción del burnout: Relaciones con las características del puesto y la salud mental ocupacional entre distintas categorías profesionales de un hospital público. *Todo Hospital*. 2003;199: 547-54.

- Luthar, S.S., Cicchetti, D. y Becker, B. (2000). The construct of resilience. A critical evaluation and guidelines for future work. *Child Development*, 71, 543-562.

- Maslach-Pines, Ayala (2005). The Burnout Measure. Short Version. *International Journal of Stress Management*, Vol 12(1), Feb 2005, 78-88.

- Malik, J.L., Mueller, R.O. y Meinke, D.L. (1991). The effects of teaching experience and grade level taught on teacher stress: A LISREL analysis. *Teaching & Teacher Education*, 7, 57-62.

- Manzano G, Ramos F.(1999) La despersonalización: clave para identificar el síndrome de Burnout en personal de enfermería. *Enferm Científica*. 1999;206-207:69-78.

- Manzano G. 2003) El síndrome de burnout.(*Rev Rol Enferm*. 2003;26 (11):783-6.

- Mañas Mañas, I (2009) Mindfulness (Atención Plena): La meditación en Psicología Clínica. *Gaceta de Psicología*, Nº. 50, pp. 13-29.

- Mañas, I. (2007). Mindfulness y cognitive defusion: Técnicas innovadoras en psicoterapia. Comunicación presentada en el V World Congress of Behavioural and Cognitive Therapies, Barcelona, España.

- Mardia, K. (1974), Applications of some measures of multivariate skewness and kurtosis in testing normality and robustness studies. *Sankhya* 1974. 36: p. 115-128.

- Margo M. C. van Mol1, Erwin J. O. Kompanje, Dominique D. Benoit, Jan Bakker, Marjan D. Nijkamp (2014) The Prevalence of Compassion Fatigue and Burnout among Healthcare Professionals in Intensive Care Units: A Systematic Review. *PLOS ONE* | DOI:10.1371/journal.pone.0136955 August 31, 2015.

- Mark C. Freestone, Kim Wilson, Rose Jones, Chris Mikton, Sophia Milsom1, Ketan Sonigra, Celia Taylor, Colin Campbell. (2015) The Impact on Staff of Working with Personality Disordered Offenders: A Systematic Review *PLOS ONE* DOI:10.1371/journal.pone. 0136378 August 25, 2015.

- Marlatt, G. y Kristeller, J. (1999). Mindfulness and meditation. En W. R. Miller (Ed.), *Integrating spirituality into treatment*. Washington, DC: American Psychological Association.

- Martín C, Santiago I, Rodríguez F, Moreno MT, de Andrés P, Casadevall

A, et al.(2006) Estrés relacionado con el trabajo y exposición laboral en enfermeras de Castilla y León. *Enferm Clin.*2006; 16(3):119-26.

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

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

- Maslach C: *Burnout (1982): The cost of caring* New York: Prentice-Hall Press; 1982.

- Maslach C. y Jackson SE. (1986). *Maslach Burnout Inventory Manual*. 2ª ed. Palo Alto, California: Consulting Psychologists Press.

- Maslach C (1986 b): Stress, burnout and workaholism. In *Professionals in distress: issues, syndromes and solutions in psychology* (pp.) Edited by: Killberg RR, Nathan PE, Thoreson RW. Washington, DC: American Psychological Association; 1986:53-73.

- Maslach, C., Jackson, S.E., Leiter, M.P. (1996). *Maslach Burnout Inventory*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologist Press.

- Maslach C, Jackson SE.(1997) MBI. *Inventario Burnout de Maslach. Síndrome del quemado por estrés laboral asistencial*. Madrid: Editor TEA.Manual; 1997.

- Maslach, C; Goldberg, J 1998. *Prevention of burnout: New perspectives* *Applied & Preventive Psychology* 7:63-74 (1998) Cambridge University Press

- Maslach, C. (1999). Progress in understanding teacher burnout. En R. Vandenberghe y A.M. Huberman (Eds.), *Understanding and preventing teacher burnout* (pp. 211-222). Nueva York: Cambridge University Press.

- Maslach, C. y Leiter, M.P. (1999). Teacher burnout: A research agenda. En R.Vandenberghe y A.M. Huberman (Eds.), *Understanding and preventing teacher burnout* (pp. 295-303).Nueva York: Cambridge University Press

- Maslach C. Schaufeli W.B. y Leiter M.P. (2001) *Job burnout*.

- Masten, A.S. y Powell, J.L. (2003). A resilience framework for research, policy, and practice. En S.S. Luthar (Ed.), Resilience and vulnerability. Adaptation in the context of childhood adversities (pp. 1-25). Cambridge, RU:Cambridge University Press.
- Matía Cubillo, AC; Cordero Guevara, J; Mediavilla Bravo, J y Pereda Riguera, MJ (2005). Prevalencia de burnout y variables asociadas en los médicos de atención primaria de Burgos. Aten Primaria. 2006;38(1).
- Matthews, D.B. (1990). A comparison of burnout in selected occupational fields. Career Development Quarterly, 38(3), 230-239.
- Matud, M. P., García, M. A. y Matud, M.J. (2002). Estrés laboral y salud en el profesorado: un análisis diferencial en función del género y del tipo de enseñanza. Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud/International Journal of Clinical and Health Psychology, 2, 451-465
- McIntyre, T.C. (1981). Faculty development for prior learning programs: The essential ingredients. New Directions for Experiential Learning, 14, 121-132
- McKinney M: Tipología constructiva y teoría social. (Spanish translation of Constructive typology and social theory) Buenos Aires: Amorrortu; 1966:23.
- Merz, EL; Roesch, SC.(2011) Modeling trait and state variation using multilevel factor analysis with PANAS daily diary data. J Res Pers. 2011 February 1; 45(1): 2–9. doi:10.1016/j.jrp.2010.11.003.
- Molina Siguero, A; García Pérez, MA; Alonso González, M y Cecilia Cermeño, P.(2003) Prevalencia de desgaste profesional y psicopatología en médicos de atención primaria de un área sanitaria de Madrid. Aten Primaria 2003;31(9):564-74.
- Molina JM, Ábalos F, Jiménez I. (2005) Burnout en enfermería y atención hospitalaria. Enferm Clin. 2005;15(5):275-82.

- Montero-Marin J, Garcia-Campayo J, Andres E (2008): Analisis exploratorio de un modelo clinico basado en tres tipos de burnout. Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace 2008, 88:41-49.

- Montero-Marín, J.;García-Campayo, J.;Mosquera Mera, D.;López del Houo, Y. (2009) A new definition of burnout base don Farber’s proposal. Journal of occupational Medicine and Toxicology 2009, 4:31.

- Montero-Marín, J.; García-Campayo, J.J.; Andrés, E. (2009). Validez Factorial de la estructura del Cuestionario Breve de Burnout (CBB). Revista de Psicopatología y Psicología Clínica, 14 (2), 123-132.

- Montero-Marín, J.;García-Campayo, J (2010). A newer and broarder definition of burnout: Validation of the “Burnout Clinical Subtype Qetionnaire (BCSQ-36). BMC Public Health 2010, 10:302.

- Montero-Marín, J.; Skapinakis, P.; Araya, R.; Gili, M.; García Campayo,J. (2011) Towards a brief definition of burnout síndrome by subtypes: Development of the “Burnout Clinical Subtypes Questionnaire BCSQ-12). Health and Quality of Live Outcomes. 2011, 9:74.

- Moreno Jiménez, B.; Bustos, R.;Matallana, A.;Miralles,T.(1997). La evaluación del burnout. Problemas y alternativas. El CBB como evaluación de los elementos del proceso. Revista de Psicología del Trabajo y las Organizaciones. 1997,13,2,pp 185-207.

- Moreno Jiménez, B; Garrosa, E: González, J.L. (2000). La evaluación del estrés y el burnout del profesorado. El CBP-R. Revista de Psicología del Trabajo y las Organizaciones 2000, 16, (1), pp 341-349.

- Moreno Jiménez, B; Garrosa, E: González, J.L. (2000). El desgaste profesional de enfermería. Desarrollo y validación factorial del CDPE. Archivos Prevención de Riesgos Laborales 2000, 3, 1 pp 18-28.

- Moreno Jiménez, B; González Gutiérrez; JL; Garrosa Hernández, E.(2002). Variables sociodemográficas en el proceso de desgaste profesional de enfermería. Revista de ROL de Enfermería. 25,11, 18-26, 2002.
- Moriana (2002). Estudio epidemiológico de la salud mental del profesorado. Córdoba: Servicio de Publicaciones Universidad de Córdoba.
- Moriarty, V., Edmonds, S., Martin, C. y Blatchford, P. (2001). Teaching Young Children: Perceived Satisfaction and Stress. Educational-Research, 43, 33-46.
- Muthén, B. and D. Kaplan, (1992) A comparison of some methodologies for the factor analysis of non-normal Likert variables: A note on the size of the model. Br J Math Stat Psychol, 1992. 45: p. 19-30.
- Nagy, S. y Nagy, M.C. (1992). Longitudinal examination of teachers burnout in a school district. Psychological Reports, 71(2): 523-531.
- Navarro, E., Tomás, J.M. y Oliver, A. (2006). Factores personales, familiares y académicos en niños y adolescentes con baja autoestima. Boletín de Psicología, 88, 7-25.
- Navarro-González, D; Ayechu-Díaz, A y Huarte-Labiano, I.(2015) Prevalencia del síndrome del burnout y factores asociados a dicho síndrome en los profesionales sanitarios de Atención Primaria. Semergen. 2015;41(4):191---198.
- Neff, K. D. (2003). Development and validation of a scale to measure self-compassion. Self and Identity, 2, 223-250.
- Nelson, D. L. & Simmons, B. L. (2003). Health psychology and work stress: A more positive approach. In J. C. Quick & L. Tetrick (Eds.), Handbook of occupational health psychology (pp. 97-119) Washington, DC: American Psychological Association.
- Neves de Jesús, S. y Esteve, J.M. (2000). Programa de formación para la prevención del malestar docente. Revista Galego-Portuguesa de Psicoloxía e Educación, 5, 43-54.

- Nishimura K, Nakamura F, Takegami M, Fukuhara S, Nakagawara J, Ogasawara K, Ono J, Shiokawa Y, Miyachi S, Nagata I, Toyoda K, Matsuda S, Kataoka H, Miyamoto Y, Kitaoka K, Kada A, Iihara K; J-ASPECT Study Group. (2014). Cross-sectional survey of workload and burnout among Japanese physicians working in stroke care: the nationwide survey of acute stroke care capacity for proper designation of comprehensive stroke center in Japan (J-ASPECT) study. *Circ Cardiovasc Qual Outcomes*. 2014 May;7(3):414-22. doi: 10.1161/CIRCOUTCOMES.113.000159. Epub 2014 May 13.

- Notario-Pacheco B, Solera-Martínez M, Serrano-Parra M, Bartolomé-Gutiérrez R, Carcía-Campayo J, Martínez-Vizcaíno V. Reliability and validity of the Spanish version of the 10-item Connor-Davidson Resilience Scale (10-item CD-RISC) in young adults. *Health and Quality of Life Outcomes* 2011, 9:63.

- NTP 318, El estrés, proceso de generación en el ámbito laboral. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo.

- NTP 702, El proceso de evaluación de los factores psicosociales. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo.

- NTP 704, Síndrome de estar quemado por el trabajo o “burnout” (I): definición y proceso de generación. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo.

- NTP 705, Síndrome de estar quemado por el trabajo o “burnout” (II): consecuencias, evaluación y prevención. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo.

- Nyanaponika, T. (1972). *The power of mindfulness*. San Francisco: Unity Press.

- NYSUT (1980). *Disruptive students cause stress*. Nueva York: Information Bulletin New York State United Teachers.

- Oates WE (1971): *Confessions of a Workaholic: The facts about work addiction* New York: World; 1971.

- Okena, BS; Chamine, I; Wakeland, W (2015) A systems approach to stress, stressors and resilience in humans. *Behavioural Brain Research* 282 (2015) 144–154.

- Oigny, M. (1994). “Quemarse” en la profesión policial. *Revista Internacional de Policía Criminal*. Interpol, ene-feb., 22-25.

- Olivares Faúndez, Víctor E.; Gil-Monte Pedro R. (2009) Análisis de las Principales Fortalezas y Debilidades del "Maslach Burnout Inventory" (MBI)
www.cienciaytrabajo.cl | Año 11 | Número 33 | Julio / Septiembre 2009.
- Ortiz, V.M. (1995). Los riesgos de enseñar: la ansiedad de los profesores.
Salamanca: Amarú.
- Osca A, González-Camino G, Bardera P, Peiró JM. Estrés de rol y su influencia sobre el bienestar psíquico y físico en soldados profesionales. *Psicothema* 2003; 15(1): 54-57.
- Parry, C. and j. McArdle, (1991) An applied comparison of methods for least-squares factor analysis of dichotomous variables. *Appl Psychol Meas*, 1991. 15: p. 35-46.
- Partlak Günüşen N, Ustün B, Erdem S. (2014) Work stress and emotional exhaustion in nurses: the mediating role of internal locus of control. *Res Theory Nurs Pract*. 2014;28(3):260-8.
- Payne, B.D. y Manning, B.H. (1990). The effect of cognitive self-instructions on preservice teachers anxiety about teaching. *Contemporary Educational Psychology*, 15, 261-267.
- Pearlin, L.I. (1989). The sociological study of stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 30, 241-256.
- Peiró Silla, JM (Lección Magistral) Nuevas tendencias en la investigación sobre estrés laboral y sus implicaciones para el análisis y prevención de los riesgos psicosociales. En internet.
- Petrie, L.M. (2001). The relationship between teacher stress and counseling referrals in elementary schools. *Dissertation Abstract International, Section A: Humanities and Social Sciences*, 62, 467.
- Pilowski, L; O'Sullivan, G.(1989) Mental illness in doctors. *BMJ* 1989 Feb 4;298 (6669):269-70.
- Pines, A., Aronson, E. y Kafry, D. (1981). *Burnout: From tedium to personal growth*. New York: Free Press.

- Pines, A.M. (1993). Burnout: "An existential perspective". En W.B. Schaufeli, C. Maslach y T. Marek (Eds.), *Profesional burnout: Recent development in theory and research* (pp. 33-51). Londres: Taylor & Francis
- Piñuel JL: Epistemología, metodología y técnicas del análisis de contenido. *Estudios de Sociolingüística* 2002, 3:1-42.
- Polaino-Lorente, A. (1982). El estrés de los profesores: estrategias psicológicas de intervención para su manejo y control. *Revista Española de Pedagogía*, 157, 17-44.
- Poncet MC, Toullic P, Papazian L, Kentish-Barnes N, Timsit JF, Pochard F, et al. (2007) Burnout syndrome in critical care nursing staff. *Am J Respir Crit Care Med*. 2007;175(7):698-704.
- Porter G (1996): Organizational impact of workaholism: Suggestions for researching the negative outcomes of excessive work. *J Occup Health Psychology* 1996, 1:70-84.
- Porter G (2001): Workaholic tendencies and the high potential for stress among co-workers. *Intern J Stress Manag* 2001, 8:147-164.
- Portoghese, I; Galletta, M; Coppola, RC; Finco, G; Campagna, M (2014) Burnout and Workload Among Health Care Workers: The Moderating Role of Job Control. *Safety and Health at Work* 5 (2014) 152e157.
- Pozo, A. (2000). Repercusiones de la depresión de los docentes en el ámbito escolar. *Revista Complutense de Educación*, 11, 85-103.
- Prieto Albino, L;. Robles Agüero, E; Salazar Martínez, LM y Daniel Vega, E (2002) Burnout en médicos de atención primaria de la provincia de Cáceres. *Aten Primaria* 2002. 31 de marzo. 29 (5): 294-302.
- Puialto Durán, MJ., *Antolín Rodríguez, R., **Moure Fernández, L.(2006) Prevalencia del Síndrome del quemad@ y estudio de factores relacionados en los enfermer@s del CHUVI (Complejo Hospitalario Universitario de Vigo). *Enfermería Global* N° 8 Mayo 2006.

- Rathus, S.A. (1972). An experimental investigation of assertive training in a group setting. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 3, 81-86.
- Raykov, T., Estimation of composite reliability for congeneric measures. *App Psychol Meas*, 1997. 2: p. 173-184.
- Richardson, G.E., Nigier, B.L., Jensen, S. y Kumpfer, K.L. (1990). The resilience model. *Health Education*, 21, 33-39.
- Riesgos psicosociales en Aragón. Equipo de Investigación Psicosocial de la Facultad de Ciencias Sociales y del Trabajo Coordinadora: Yolanda López del Hoyo.
- Rosenberg, M. (1989). *Society and the adolescent self-image* (Revised edition). Middletown, CO: Wesleyan University Press.
- Rudow, B. (1990). Empirische Untersuchungen zur Belastung und Beanspruchung im Lehrerberuf. *Zeitschrift für Pädagogische Psychologie*, 4, 75-85.
- Rudow, B. (1999). Stress and burnout in the teaching profession: European studies, issues and research perspectives. En R. Vandenberghe y A.M. Huberman, *Understanding and preventing teacher burnout* (pp. 38-59). Nueva York: Cambridge University Press.
- Ruiz, FJ; Herrera, IL; Luciano, C; Cangas, AJ; Beltrán, I. (2013). Measuring experiential avoidance and psychological inflexibility: The Spanish version of the Acceptance and Action Questionnaire – II. *Psicothema* 2013, Vol. 25, No. 1, 123-129 doi: 10.7334/psicothema2011.239.
- Salanova, M; Schaufeli, W B; Llorens, S; Peiró, JM; Grau, R. (2000). Desde el “burnout” al “engagement”: ¿una nueva perspectiva? *Revista de Psicología del Trabajo y las Organizaciones*. 2000. Volumen 16, nº 2. Págs. 117-134.
- Salanova, M; Schaufeli, WB (2004). El engagement de los empleados, un reto emergente para la dirección de los recursos humanos. *Estudios financieros* 261. Núm 62/2004.

- Salanova M, Bakker AB, Llorens S (2006): Flow at work: evidence for an upward spiral of personal and organizational resources. *J Happiness Studies* 2006, 7:1-22
- Salanova M, del Libano M, Llorens S, Schaufeli WB (2009): La adicción al trabajo. Nota Técnica de Prevención (NTP 759). 2008 [http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/FichasTecnicas/NTP/Ficheros/701a750/ntp_732.pdf]. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo (INSHT) Extract dated 15 May 2009.
- Sánchez-Madrid, MA; Delgado-Martínez, AD; Alcalde-Pérez, D (2005) Prevalencia del síndrome de burnout o desgaste profesional en los cirujanos ortopédicos de España.
- Sandín, B. (1989). Estrés, coping y alteraciones psicofisiológicas. En B. Sandín y J. Bermúdez (Eds). *Procesos emocionales y salud* (pp 45-72). Madrid. UNED.
- Sandín, B; Chorot, P; Lostao, L; Joiner, TE; Santed, MA; Valiente, RM (1999). Escalas PANAS de afecto positivo y negativo: Validación factorial y convergencia transcultural. *Psicothema* 1999. Vol. 11 N° 1pp,37-51.
- Sandoval, J. (1993). Personality and burnout school psychologists. *Psychology in the Schools*, 30(4): 321-326.
- Sapolsky, R.M. (2008) ¿Por qué las cebras no tienen úlcera? La guía del estrés. Madrid: Alianza. (3ª edición).
- Schaufeli WB, Leiter MP, Kalimo R. (1995) The General Burnout Inventory: A self-reported questionnaire to assess burnout at the workplace. En: Leiter MP, ed. *Extending the burnout construct: Reflecting changing career paths*. Symposium APA/NIOSH Conference, Work, Stress, & Health=95: Creating a Healthier Workplace; 1995 sept; Washington, D.C.
- Schaufeli WB, Leiter MP, Maslach C, Jackson SE. 1996. The Maslach Burnout Inventory: General Survey (MBI-GS). En: Maslach C, Jackson SE, Leiter MP.

Maslach Burnout Inventory Manual. 3a ed. Palo Alto, California: Consulting Psychologists Press. p. 19-26.

- Schaufeli, W B; Salanova, M; González-Romá, V; Bakker, AB.(2002). The measurement of burnout and engagement: a two simple confirmatory factor analytic approach. *Journal of Happiness Studies* 3: 71–92, 2002.
- Schaufeli, WB; Bakker, AB (2004). Job demands, job resources and their relationship with burnout and engagement: A multi-sample study. *Journal of Organizational Behavior* 25, pag 293-315.
- Schaufeli, W.B., Bakker, A.B., Salanova, M. (2006). The measurement of work engagement with a short questionnaire. *Psychological Measurement*, 66(4):701-16.
- Schaufeli WB, Taris TW, Van Rhenen (2008) Workaholism, Burnout, and Work Engagement: Three of a Kind or Three Different Kinds of Employee Well-being? *Applied Psychology: An International Review* 57:173-203.2008.
- Schutte N, Toppinen S, Kalimo R, Schaufeli WB.(2000) The factorial validity of the Maslach Burnout Inventory-General Survey (MBI-GS) across occupational groups and nations. *J Occup Organ Psychol* 2000;73:53-66.
- Schwab R. 1986. Burnout in education. En: Maslach C, Jackson SE. *Maslach Burnout Inventory: Manual*. Palo Alto, California: Consulting Psychologists Press.
- Schwab, R.L. e Iwanicki, E.F. (1982a). Perceived role conflict, role ambiguity, and teacher burnout. *Educational Administration Quarterly*, 18, 60-74.
- Schwab, R.L. e Iwanicki, E.F. (1982b). Who are our burned out teachers? *Educational Research Quarterly*, 7, 5-16.
- Schwab RL, Jackson SE, Schuler RS: Educator burnout: sources and consequences. *Educational Research Quarterly* 1993, 10:14-30.

- Schwab, R.L., Jackson, S.E. y Schuler, R.A. (1986). Educator burnout: Sources and consequences. *Educational Research Journal*, 20, 14-30.

- Seidman, S.A. y Zager, J. (1986). A study of coping behaviours and teacher burnout. *Work & Stress*, 5(3), 205-216.

- Selye, H. (1954). *Stress*. Barcelona: Científico Médica. (Publicación original: 1950).

- Selye, H. (1960). *La tensión en la vida*. Buenos Aires: Cía. Gral. Fabril. (publicación original: 1956).

- Selye, H. (1974). *Stress without distress*. Londres: Hodder & Stoughton.

- Selye, H. The stress concept: past, present and future. En C.L. Cooper (Ed). *Stress research* (pp 1-20) Nueva York: Wiley.

- Seltzer, J. y Numerof, R.E. (1988). Supervisory Leadership and Subordinate Burnout. *Academy of Management Journal*, 31, 439-446.

- Sephton SE, Salmon P, Weissbecker I, Ulmer C, Floyd A, Hoover K, et al. (2007) Mindfulness meditation alleviates depressive symptoms in women with fibromyalgia: results of a randomized clinical trial. *Arthritis Rheum.* 2007;57:77-85.

- Shinn, M. y Morch, H. (1984). A tripartite model of coping with burnout. En B.A. Farber (Ed.), *Stress and burnout in human service professionals* (pp. 210-227). Nueva York: Cambridge University Press.

- Simon, R.W. y Nath, L.E. (2004). Gender and emotion in the United States: do men and women differ in self-reports of feelings and expressive behavior? *The American Journal of Sociology*, 109 (5), 1.137-1.177

- Simón, V (2010) Mindfulness y psicología: presente y futuro. *Información Psicológica* nº 100 • setembre-deseembre 2010 • pàgines 162-170.

- Solano Ruiz, MC; Hernández Vidal, P; Vizcaya Moreno, MF; Reig Ferrer, A (2002) Síndrome de Burnout en profesionales de enfermería de cuidados críticos. *Enferm Intensiva* 2002;13(1):9-16.

- Sos Tena, P; Sobrequés Soriano, J; Segura Bernal, J; Manzano Mulet, E; Rodríguez Muñoz, C; García García, M; Cebriá, J (2002) Desgaste profesional en los médicos de Atención Primaria de Barcelona. Vol. 12 – Núm. 10 – Diciembre 2002 MEDIFAM 2002; 12: 613-619.
- Speca M, Carlson LE, Goodey E, Angen M (2000). A randomized, wait-list controlled clinical trial: the effect of a mindfulness meditation-based stress reduction program on mood and symptoms of stress in cancer outpatients. *Psychosom Med.* 2000;62: 613-22.
- Spector, B.S. (1984). Case study of an innovation requiring teachers to change roles. *Journal of Research in Science Teaching*, 21, 563-574.
- Spence JT, Robins AS (1992): Workaholism: Definition, measurement, and preliminary results. *Journal of Personality Assessment* 1992, 58:160-178.
- Stearns, G.M. y Moore, R.J. (1990). Job Burnout in the Royal Canadian Mounted Police: Preliminary Findings from a Saskatchewan Sample. *Journal of Police Science and Administration*, 17 (3), 184-193.
- Sullivan MJL, Adams H, Horan S, Maher D, Boland D, Gross R (2008). The Role of Perceived Injustice in the Experience of Chronic Pain and Disability: Scale Development and Validation. *J Occup Rehab*, 18(3):249-61.
- Tage S. Kristensen, Marianne Borritz, Ebbe Villadsen, & Karl B. Christensen. (2005) The Copenhagen Burnout Inventory: A new tool for the assessment of burnout. *Work & Stress*, July_ September 2005; 19(3): 192_ 207.
- Takeda F, Ibaraki N, Yokoyama E, Miyake T, Ohida T. The Relationship of Job Type to Burnout in Social Workers at Social Welfare Offices. *J Occup Health* 2005; 47 (2): 119-125.
- Taylor, S. (2007). *Psicología de la salud*. México: McGraw Hill
- Travers, C.T. y Cooper, C.L. (1994). Psychophysiological responses to teacher stress: A move towards more objective methodologies. *European Review of Applied Psychology*, 44, 137-146.

- Travers, C.T. y Cooper, C.L. (1997). El estrés de los profesores. La presión en la actividad docente. Barcelona: Paidós
- Valero, L. (1997). Comportamientos bajo presión: El burnout en los educadores. En M.I. Hombrados (Ed.), Estrés y Salud (pp. 213-237). Valencia: Promolibro
- Vallejo Pareja, MA (2006). Mindfulness. Papeles del psicólogo, 2006. Vol27(2), pp.92-99
- Vaughn G (1992): Workaholism Learning self-care to prevent burnout. AORN Journal 1992, 56:873-877.
- Vandenberghe, R. y Huberman, A.M. (1999). Understanding and preventing teacher burnout. Nueva York: Cambridge University Press
- Van Ginkel, A.J.H. (1987). Demotivatie bij leraren. Lisse: Swets y Zeitlinger
- Van Ham I, Verhoeven AA, Groenier KH, Groothoff JW, De Haan J (2006): Job satisfaction among general practitioners: a systematic literature review. Eur J General Pract 2006, 12:174-80.
- Van Horn, J.E. y Schaufeli, W.B. (1997). A canadian-dutch comparison of teachers' burnout. Psychological Reports, 81, 371-382
- Vilà Falgueras, M; Cruzate Muñoz, C; Orfila Pemas, F; Creixell Sureda, J; González López, MP y Davins Miralles, J. (2015) Burnout y trabajo en equipo en los profesionales de Atención Primaria. Aten Primaria. 2015;47(1):25---31.
- Watson, D. y Tellegen, A. (1985). Toward a consensual structure of mood. Psychological Bulletin, 98, 219-235
- Watson, D; Clark, LA; Tellegen, A. (1988). Development and Validation of Brief Measures of Positive and Negative Affect: The PANAS Scales. Journal of Personality and Social Psychology 1988. Vol. 54. No. 6, 1063-1070.
- Watson, D. y Clark, L.A. (1994). The PANAS-X. Manual for the positive and negative affect schedule. University of Iowa

- Whitehead JT.(1986): Job burnout and job satisfaction among probation managers. *Journal of Criminal Justice*; 14: 25-35.

- Wilski M, Chmielewski B, Tomczak M.(2015) *Int J Occup Med Environ Health*. Work locus of control and burnout in Polish physiotherapists: The mediating effect of coping styles. 2015;28(5):875-89. doi: 10.13075/ijomeh.1896.00287.

- Wilson, D. y Chiwakata, L. (1989).Locus of control and burnout among nurses in Zimbabwe. *Psychological Reports: Volume 65, Issue , pp. 426-426*.

- Worrall, N. y May, D. (1989). Towards a person-situation model of teacher stress. *British Journal o Educational Psychology*, 59, 174-186.

- Wulk, J. (1988). *Qualitative und quantitative Aspekte der psychischen und physischen Belastung von Lehrern. Eine arbeitspsychologische Untersuchung an Lehrern beruflicher Schulen*. Frankfurt: Lang.

- Yagil, D. (1998). If anything can go wrong it will: Occupational stress among inexperienced teachers. *International Journal of Stress Management*, 5, 179-188.

- Zsoldos, E; Mahmood, A; Ebmeier, K P(2014)Occupational stress, bullying and resilience in old age. *Maturitas* 78 (2014) 86–90