

ORIGINAL

INFLUENCIA DE FACTORES PERSONALES, PROFESIONALES Y TRANSNACIONALES EN EL SÍNDROME DE BURNOUT EN PERSONAL SANITARIO HISPANOAMERICANO Y ESPAÑOL (2007)

Armand Grau (1, 2), Daniel Flichtentrei (3), Rosa Suñer (1, 4), María Prats (3) y Florencia Braga (3)

(1) Instituto de Investigación Biomédica de Girona.

(2) Unidad Coordinadora de Calidad, Formación e Investigación, Fundación Salud Empordà.

(3) www.Intramed.net. Argentina.

(4) Departamento de Enfermería, Universidad de Girona. España.

RESUMEN

Fundamento: La aparición del síndrome de burnout se relaciona con factores ambientales, culturales y personales. Los objetivos de este estudio son comparar la prevalencia de burnout entre profesionales sanitarios de países de habla hispana y explorar su asociación con las características sociodemográficas y profesionales de los trabajadores y con sus percepciones.

Métodos: Se ha estudiado el síndrome de burnout en 11.530 profesionales de la salud de habla hispana (51% varones, edad media de 41,7 años). Se utilizó el *Maslach Burnout Inventory* y un cuestionario de elaboración propia vía online desde el portal sanitario Intramed. El período de estudio fue desde diciembre del 2006 hasta septiembre del 2007. Las asociaciones entre variables se estudiaron mediante pruebas de regresión logística.

Resultados: La prevalencia de burnout en los profesionales residentes en España fue de 14,9%, del 14,4% en Argentina, y del 7,9% en Uruguay. Los profesionales de México, Ecuador, Perú, Colombia, Guatemala y El Salvador presentaron prevalencias entre 2,5% y 5,9%. Por profesiones, Medicina tuvo una prevalencia del 12,1%, Enfermería del 7,2%, y Odontología, Psicología y Nutrición tuvieron cifras inferiores al 6%. Entre los médicos el burnout predominaba en los que trabajaban en urgencias (17%) e internistas (15,5%), mientras que anestesistas y dermatólogos tuvieron las prevalencias más bajas (5% y 5,3% respectivamente). Fueron variables protectoras la mayor edad (OR=0,96), tener hijos (OR=0,93), la percepción de sentirse valorado (OR=0,53), el optimismo (OR=0,80), la satisfacción profesional (OR=0,80) y la valoración económica (OR=0,91).

Conclusiones: La prevalencia del burnout es mayor en España y Argentina y los profesionales que más lo padecen son los médicos. La edad, tener hijos, la percepción de sentirse valorado, el optimismo, la satisfacción laboral y la valoración económica, son variables protectoras de burnout.

Palabras Clave: Burnout profesional. Personal de salud. Salud laboral. Hispanoamérica. Factores socioeconómicos.

ABSTRACT

Influence of Personal, Professional and Cross-National Factors in Burnout Syndrome in Hispanic Americans and Spanish Health Workers (2007)

Background: Burnout syndrome is related to cultural and individual factors. The aim of this study was to compare the frequency of burnout and the scores for its three components with the perceptions and the demographic and professional characteristics of the workers.

Methods: Burnout syndrome was studied in 11,530 Hispanic Americans and Spanish healthcare professionals (51% male, mean age 41.7 years). The Maslach Burnout Inventory and a previously drawn up questionnaire were administered online from the Intramed website from December 2006 to September 2007. Associations were tested using multiple logistic regression.

Results: The frequency of burnout in professionals resident in Spain was 14.9%, in Argentina 14.4%, and in Uruguay 7.9% whereas professionals in Mexico, Ecuador, Peru, Columbia, Uruguay, Guatemala and El Salvador presented frequencies of burnout of between 2.5% and 5.9%. By professions, doctors had a prevalence of burnout of 12.1%, nurses 7.2%, and dentists, psychologists and nutritionists of <6%. Amongst doctors, burnout predominated amongst doctors working in emergency departments (17%) and internal medicine departments (15.5%) whereas anaesthetists and dermatologists had the lowest prevalence (5% and 5.3%, respectively).

Older age (OR=0.96), having children (OR=0.93), the perception of feeling valued (OR=0.53), optimism (OR=0.80), job satisfaction (OR=0.80), and satisfaction with salary (OR=0.91) are variables which protect against burnout.

Conclusions The expression of burnout varies among nations and professions. Age (older age), having children, the perception of feeling valued, optimism, job satisfaction and satisfaction with salary are protective variables of burnout.

Key words: Professional burnout. Health Personnel. Occupational health. Latin America. Socioeconomic factors.

Correspondencia:

Armand Grau Martín.

Unidad Coordinadora de Calidad, Formación e Investigación
Fundación Salud Empordà.

Rector Aroles, s/n. Figueres. 17600 Girona. España.

Correo electrónico: grauma@comg.es

INTRODUCCIÓN

El síndrome de burnout, conocido en la literatura de habla hispana como síndrome de desgaste profesional^{1,2} y más recientemente como síndrome de quemarse por el trabajo³ fue descrito por Freudenberger en los años setenta⁴. Aunque existen múltiples definiciones, la más conocida es la de Maslach y Jackson, elaborada al desarrollar el cuestionario de medida Maslach Burnout Inventory (MBI) en los años ochenta⁵, que lo caracteriza como la presencia de altos niveles de agotamiento emocional (AE) y despersonalización (DP) y una reducida realización personal (RP). El síndrome de burnout aparece cuando fracasan los mecanismos compensatorios de adaptación ante situaciones laborales con un estrés sostenido. Se observa con mayor frecuencia en trabajos con un desajuste entre las demandas y los recursos, y especialmente en personas con unas expectativas idealistas que encuentran una realidad frustrante⁶.

Las cifras de prevalencia del síndrome de burnout comunicadas en la literatura varían según el cuestionario utilizado, los puntos de corte aplicados pueden provenir de diferentes fuentes y la interpretación de los resultados puede ser muy variable (desde considerar caso de burnout con una sola dimensión alterada hasta requerir la alteración de las tres dimensiones)^{3,7-10}.

En el desarrollo del síndrome de burnout intervienen factores ambientales, culturales y personales¹¹⁻¹⁴. Entre los factores ambientales se ha observado que los trabajadores del sector servicios y los profesionales sanitarios y docentes, son los que presentan mayores prevalencias de burnout. Además, entre los profesionales sanitarios se han hallado diferencias en la intensidad del síndrome de burnout entre las distintas profesiones, y en el seno de una misma profesión hay variabilidad según contextos sociales, culturales, económicos y políticos¹⁵. Algunos autores han

observado que la sociedad occidental, generadora de competitividad y materialismo, predispone a experimentar burnout¹⁶, otros consideran que no sólo implica a sociedades del bienestar y que es un problema transnacional y transcultural¹⁷. Determinados investigadores preconizan estudiar la cultura subjetiva del burnout en las diferentes poblaciones, tanto nacionales como profesionales, porque consideran que los aspectos sociales, económicos y culturales son relevantes en el síndrome de burnout, tanto en su génesis como en sus repercusiones¹⁸. Respecto a los factores individuales relacionados con menor presencia de burnout se han estudiado diversos rasgos de la personalidad, el optimismo, la afectividad, o la autoestima¹⁹⁻²¹. Se han publicado estudios contradictorios respecto a la influencia de diversas variables, algunas de ellas persistentemente valoradas, como la edad y el sexo^{13,14,22,23}, como consecuencia de diferencias en la composición de las muestras y del bajo tamaño muestral de la mayoría de los estudios.

Los objetivos de esta investigación son, por una parte comparar la prevalencia de burnout y de los valores de las tres dimensiones del MBI entre profesionales sanitarios de diferentes países de habla hispana, y por otra parte explorar la asociación del síndrome de burnout y del nivel alto de las dimensiones que lo integran con las características sociodemográficas de los profesionales y sus percepciones.

SUJETOS Y MÉTODOS

Se realizó un estudio transversal desde diciembre del 2006 hasta septiembre del 2007.

Participantes

Entendiendo como burnout la alteración en las tres dimensiones del MBI, y asu-

miendo una prevalencia esperada del 7,5% (basada en un estudio anterior¹⁴) para conseguir una precisión del 1,0% en la estimación de una proporción mediante un intervalo de confianza al 95% bilateral, el tamaño muestral del estudio debía ser superior a 2.665 participantes. La muestra del estudio fue de 11.530 profesionales de la salud de habla hispana residentes en España y Latinoamérica. El muestreo fue oportunístico, permitiendo la participación de todos los profesionales sanitarios de países de habla hispana registrados en el portal de Internet "Intramed", que obtuvieron las claves de acceso en la dirección www.intramed.net. Los cuestionarios se cumplimentaron vía online, accediendo mediante identificación de usuario y contraseña. Una vez completada y validada la encuesta, el acceso quedaba bloqueado impidiendo que una misma persona registrada la cumplimentara más de una vez. Todos los participantes recibieron información previa sobre los objetivos y las características metodológicas del estudio y mostraron su acuerdo con el contenido del consentimiento informado. Existen en la literatura científica artículos que han verificado la validez de las encuestas online, comparando los resultados de estudios conducidos en la web con estudios idénticos realizados con los métodos clásicos²⁴⁻²⁶.

Cuestionario de elaboración propia

El cuestionario (anexo 1) recogió variables sociodemográficas, preguntas sobre la situación laboral y las horas semanales dedicadas al ocio. Se exploró el sentimiento de ser valorado en su vida laboral por los pacientes, los familiares de los pacientes, los compañeros de profesión y los superiores, mediante respuestas dicotómicas Si o No. La adjudicación de un punto por cada respuesta afirmativa y la posterior suma de las puntuaciones permitió crear la variable cuantitativa Valoración Laboral con valores que oscilan de 0 a 4 puntos. También

mediante preguntas dicotómicas se interrogaba sobre el padecimiento de alguna enfermedad crónica y de la existencia de una baja laboral durante el último año. La valoración de la situación económica, de la propia experiencia profesional (Satisfacción Profesional) y del grado de optimismo se realizó mediante una escala numerada del 1 al 10, considerando el valor 1 como "nada satisfactoria" o como "nada optimista" y el valor 10 como "muy satisfactoria" o "totalmente optimista". La profesión, especialidad y país de procedencia son datos que se recuperaban automáticamente del registro a Intramed.

Maslach Burnout Inventory (MBI)

Se utilizó el cuestionario MBI para el estudio del síndrome de burnout. Se obtuvo autorización de la empresa licenciataria "CPP, Inc." para la utilización de este cuestionario. El MBI consta de 22 ítems con respuestas en una escala de Likert de 7 opciones en relación con la frecuencia con la que se experimentan ciertas sensaciones relacionadas con el trabajo y con una puntuación posible de 0 a 6 para cada ítem. Este cuestionario tiene tres dimensiones: Agotamiento Emocional (AE) con 9 ítems, refleja la sensación de estar exhausto emocionalmente a causa del trabajo y con menor capacidad de entrega a los demás. Despersonalización (DP) con 5 ítems, describe una respuesta impersonal y fría hacia los pacientes. Y Realización Personal (RP) con 8 ítems expresa sentimientos de competencia y éxito y, en contraste con los dos componentes previos, en esta última dimensión los valores bajos son indicativos del síndrome de burnout^{5,27}.

Análisis estadístico

Los resultados se han descrito mediante frecuencias y porcentajes cuando la variable es cualitativa, y con la media y desvia-

ción típica si es cuantitativa. Siguiendo las recomendaciones de las autoras del MBI se consideró caso de burnout cuando la persona participante expresaba un alto nivel de AE y DP (quedando ubicado en el tercil superior de ambos), y un bajo nivel de RP (ubicado en el tercil inferior de RP). La clasificación por tertiles se realizó según los resultados obtenidos en la muestra sujeta a estudio, sin recurrir a puntos de corte “normativos” de otras poblaciones.

La estimación del efecto de las variables relacionadas con el síndrome de burnout se realizó mediante regresión logística múltiple. Se estudió la asociación con cada dimensión del MBI y con el caso de burnout. En el caso de AE y DP la variable dependiente fue pertenecer al tercil superior de la dimensión del MBI estudiada en contraposición a la pertenencia al tercil inferior o medio, mientras que en RP se consideraba la pertenencia al tercil inferior. Los resultados se expresan mediante la odds ratio (OR) y sus intervalos de confianza al 95%. La OR cruda representa la asociación individual de la variable independiente con la variable dependiente. La OR ajustada incluye en el modelo a todas las demás variables estudiadas. El procesamiento de los datos se realizó con el paquete estadístico SPSS versión 12.0.

RESULTADOS

Cumplimentaron el cuestionario 11.530 profesionales de la salud. En la tabla 1 se han descrito las frecuencias y las medias de las variables sociodemográficas y profesionales más relevantes de la muestra. El 49% eran mujeres, la edad media fue de 41,7 años y la experiencia profesional media cercana a los 16 años. El país de residencia fue Argentina en el 65,1%, México en el 9,8%. Ecuador, Perú, Colombia, Uruguay, Guatemala, España y El Salvador tuvieron una participación superior al 1%. En el grupo Otros Países se incluye-

Tabla 1

Características sociodemográficas y profesionales de la muestra de trabajadores sanitarios de Latinoamérica (n=11.530)

Sexo		
Hombre	5.882	51 %
Mujer	5.648	49 %
Edad (años)	41,74	10,8
Años de Profesión	15,90	10,6
Años en actual trabajo	10,86	9,6
Estado Civil		
Casado o pareja	7.628	66,2 %
Soltero	2.440	21,2 %
Separado	1.151	10,0 %
Viudo	311	2,7 %
Número de hijos*	2	2
País de Residencia		
Argentina	7.503	65,1 %
México	1.125	9,8 %
Ecuador	593	5,1 %
Perú	494	4,3 %
Colombia	337	2,9 %
Uruguay	305	2,6 %
Guatemala	199	1,7 %
España	175	1,5 %
El Salvador	121	1,0 %
Otros Países	678	5,9 %
Profesión		
Medicina	9.849	85,4 %
– General	1.998	20,3 %
– Pediatría	1.686	17,1 %
– Interna	1.447	14,7 %
– Tocoginecología	671	6,8 %
– Cirugía	634	6,4 %
– Cardiología	482	4,9 %
– Psiquiatría	345	3,5 %
– Familia	258	2,6 %
– Gastroenterología	228	2,3 %
– Emergencias	221	2,2 %
– Ortopedia	193	2,0 %
– Anestesiología	179	1,8 %
– Oftalmología	155	1,6 %
– Dermatología	152	1,5 %
– Infectología	147	1,5 %
– Neurología	123	1,2 %
– Nefrología	117	1,2 %
– Otras	813	8,4 %
Enfermería	461	4,0 %
Odontología	264	2,3 %
Psicología	232	2,0 %
Nutrición	152	1,3 %
Otras Profesiones	572	5,0 %

Los resultados se expresan en frecuencia y porcentaje, o en media y desviación típica.

* Valor en mediana y rango intercuartil.

ron en orden decreciente Venezuela, Bolivia, Panamá, Chile, Honduras, Nicaragua, Costa Rica y otros, todos ellos con una participación inferior al 1%. La profesión más representada ha sido Medicina (85,4%) con una amplia distribución de especialidades, seguida por Enfermería, Odontología, Psicología y Nutrición. Den-

tro del grupo de Otras Profesiones se incluyen bioquímicos, técnicos, farmacéuticos, kinesiólogos y fonoaudiólogos, con menos de 100 participantes.

Valor de las dimensiones del Maslah Burnout Inventory y factores asociados

Agotamiento emocional. El valor de la media en esta dimensión fue de 24,5, con

una desviación típica de 12,7. Quedaron situados en el tercil inferior los participantes que puntuaron por debajo de 17, en el tercil medio los que puntuaron entre 17 y 31, y en el tercil superior aquellos que puntuaron por encima de 31. Como puede observarse en las tablas 2 y 3 las mujeres puntuaron 26,3 en AE y los hombres 22,8, con una probabilidad en las mujeres de pertenecer al nivel alto de AE un 12% mayor que los hombres. Los individuos

Tabla 2

Valor de las dimensiones del Maslah Burnout Inventory según características sociodemográficas y profesionales

	AE		DP		RP		Burnout %
	Med	DT	Med	DT	Med	DT	
Sexo							
Hombre	22,8	12,7	7,8	6,3	38,6	7,8	9,9
Mujer	26,3	12,5	7,4	6,0	36,8	7,9	12,9
Estado Civil							
Casado o pareja	24,0	12,8	7,3	6,1	38,0	7,9	10,4
Soltero	25,7	12,5	8,8	6,3	36,6	8,0	14,6
Separado	25,5	12,7	7,2	6,1	38,3	7,4	11,3
Viudo	24,2	13,0	7,6	6,6	38,9	7,6	10,6
País							
Argentina	27,0	12,4	8,3	6,4	36,6	8,0	14,4
México	17,5	11,8	5,5	5,1	40,6	7,0	4,2
Ecuador	18,1	11,6	6,0	5,2	41,4	6,3	4
Perú	18,0	11,0	6,1	5,3	39,9	6,9	4,3
Colombia	22,8	12,1	7,3	6,0	40,0	7,1	5,9
Uruguay	24,7	11,9	6,6	5,7	37,6	7,5	7,9
Guatemala	18,7	11,8	6,2	5,0	40,6	7,3	4,5
España	26,1	12,8	8,5	6,4	35,7	8,2	14,9
El Salvador	18,4	10,8	6,6	5,4	41,0	6,5	2,5
Otros	22,7	12,5	7,0	6,0	39,2	7,4	9
Profesión							
Medicina	24,7	12,8	7,8	6,2	37,7	8,0	12,1
– General	23,7	12,8	8,3	6,4	38,3	7,9	11,5
– Pediatría	24,6	12,5	7,3	6,0	37,3	8,1	11,7
– Interna	26,5	13,1	8,4	6,3	37,2	8,0	15,5
– Tocoginecología	24,8	12,9	7,4	6,2	37,9	8,1	10,9
– Cirugía	23,1	12,8	8,1	6,3	37,7	7,8	12
– Cardiología	25,5	13,0	7,7	6,3	37,2	8,3	12,6
– Psiquiatría	26,1	12,6	6,7	5,8	38,8	7,4	7,5
– Familia	24,1	12,1	7,4	5,4	37,7	7,5	12
– Gastroenterología	24,5	12,6	6,9	6,0	38,1	7,7	12,3
– Emergencias	26,0	12,2	9,0	6,6	36,1	8,2	17
– Ortopedia	24,5	13,5	10,2	7,6	37,0	8,7	14,5
– Anestesiología	21,7	12,0	6,0	5,4	38,3	8,1	5
– Oftalmología	24,8	12,4	8,2	6,0	38,0	7,3	10,3
– Dermatología	23,5	12,2	6,4	5,2	39,3	6,6	5,3
– Infectología	24,9	11,7	7,7	6,2	36,4	8,2	14,3
– Neurología	25,5	12,4	8,2	6,2	38,6	7,1	8,9
– Nefrología	24,0	12,8	7,9	6,3	37,4	8,4	12,8
Enfermería	23,1	11,9	6,9	5,6	38,1	7,6	7,2
Odontología	21,7	13,3	5,7	5,4	39,2	6,9	4,5
Psicología	22,2	12,3	5,4	5,4	39,2	6,1	5,6
Nutrición	22,5	10,9	6,8	5,4	38,8	6,6	5,3
Otras Profesiones	25,0	12,9	7,0	5,8	36,8	8,7	10,3

Los resultados se expresan en media (Med), desviación típica (DT) y porcentaje (%).

AE: Agotamiento Emocional.

DP: Despersonalización.

RP: Realización Personal

Tabla 3

Variables asociadas al tercil superior de Agotamiento Emocional

	OR cruda	OR ajustada ^a
Sexo		
Hombre	1	1
Mujer	1,52 (1,41-1,65)	1,12 (1,01-1,23)
Estado Civil		
Casado o pareja	1	1
Soltero	1,25 (1,13-1,37)	1,01 (0,89-1,15)
Separado	1,25 (1,09-1,42)	1,22 (1,05-1,42)
Viudo	1,06 (0,83-1,36)	1,07 (0,81-1,41)
Guardias		
No	1	1
Sí	1,65 (1,53-1,79)	1,22 (1,10-1,35)
Enfermedad crónica		
No	1	1
Sí	1,61 (1,48-1,75)	1,49 (1,35-1,64)
Valoración laboral	0,52 (0,50-0,54)	0,62 (0,60-0,65)
Edad	0,98 (0,97-0,98)	0,98 (0,96-0,99)
Hijos	0,86 (0,83-0,88)	0,97 (0,93-1,01)
Años de Profesión	0,98 (0,97-0,98)	1,01 (0,99-1,02)
Años en el actual trabajo	0,98 (0,97-0,98)	1,00 (0,99-1,01)
Baja laboral	1,82 (1,67-1,98)	1,56 (1,41-1,72)
Horas de ocio	0,99 (0,99-1,00)	0,99 (0,99-1,00)
Valoración Optimismo	0,72 (0,70-0,73)	0,82 (0,80-0,84)
Valoración Economía	0,76 (0,74-0,78)	0,88 (0,86-0,90)
Satisfacción Profesional	0,65 (0,63-0,67)	0,84 (0,81-0,87)
País		
Argentina	1	1
México	0,27 (0,23-0,32)	0,40 (0,33-0,48)
Ecuador	0,28(0,23-0,36)	0,44 (0,34-0,57)
Perú	0,23 (0,18-0,30)	0,27 (0,20-0,36)
Colombia	0,50 (0,39-0,64)	0,64 (0,48-0,85)
Uruguay	0,68 (0,53-0,88)	0,65 (0,49-0,86)
Guatemala	0,33 (0,22-0,48)	0,46 (0,30-0,69)
España	0,93 (0,68-1,27)	1,10 (0,78-1,56)
El Salvador	0,22 (0,13-0,39)	0,27 (0,15-0,50)
Otros	0,61 (0,49-0,70)	0,66 (0,54-0,80)
Profesión		
Medicina	1	1
Enfermería	0,70 (0,56-0,86)	0,56 (0,44-0,71)
Odontología	0,78 (0,59-1,02)	1,15 (0,84-1,57)
Psicología	0,66 (0,49-0,89)	0,65 (0,46-0,91)
Nutrición	0,51 (0,34-0,76)	0,43 (0,27-0,67)
Otras Profesiones	1,00 (0,84-1,20)	0,81 (0,66-0,99)

OR: odds ratio.

^aAjustada por todas las variables independientes que se muestran en la columna de la izquierda.

separados (incluyendo los divorciados) mantenían una mayor probabilidad de ubicarse en el tercil superior de AE con una OR ajustada de 1,22.

Trabajar realizando turnos de guardia (OR=1,22), padecer una enfermedad crónica (OR=1,49) y haber estado de baja laboral por cualquier causa durante el año precedente (OR=1,56) se asociaron de manera independiente con la ubicación en

el tercil superior de AE. La valoración laboral junto con la percepción de sentirse valorado por quienes le rodean, se ha mostrado como variable protectora de AE (OR=0,62). También han actuado como factores protectores el grado de optimismo (OR=0,82), la satisfacción profesional (OR=0,84) y la valoración de la situación económica personal (OR=0,88). A mayor edad, más años de ejercicio profesional o más años en el puesto de trabajo actual,

menor probabilidad de encontrarse en el tercil superior de AE. La variable edad mantuvo la significación estadística en el estudio multivariado (OR=0,98).

Respecto al país de residencia de los profesionales de la salud, el valor medio más alto de AE se observó en Argentina con 27 puntos, seguido de España (26,1) y Uruguay (24,7). El valor medio de AE en México, Ecuador, Perú, Guatemala y El Salvador fue de 8 a 9 puntos menos que en Argentina. Los profesionales residentes de todos los países de habla hispana estudiados, excepto en España (OR=1,10), tenían menos probabilidad de ubicarse en el tercil alto de AE que los residentes en Argentina (OR entre 0,27 y 0,66). Por profesión, el valor medio más alto de AE se encontró en el grupo Otras Profesiones con 25 puntos, seguido por medicina (24,7) y enfermería (23,1). Dentro de las diversas especialidades médicas analizadas, medicina interna (26,5 puntos), psiquiatría (26,1) y emergencias (26) obtuvieron los valores medios más elevados, mientras que anestesiología tuvo el valor más bajo (21,7). En comparación con Medicina, las profesiones de Enfermería, Psicología y Nutrición se manifestaron protectoras para un nivel alto de AE (OR de 0,43 a 0,65).

Despersonalización. La media en esta dimensión tuvo el valor 7,6, con una desviación típica de 6,2. Se situaron en el tercil inferior los participantes con puntuación por debajo de 4, en el tercil medio los que puntuaron entre 4 y 9 y en el tercil superior aquéllos con puntuación por encima de 9. Los resultados en DP se muestran en las tablas 2 y 4. Ser mujer mostraba un efecto protector con una OR ajustada de 0,56. Los individuos solteros tenían valores medios de DP (8,8) más altos que los participantes con otra situación en el estado civil. Hacer guardias y haber estado de baja laboral durante el año precedente al estudio se asociaban a

un nivel alto de DP con una OR respectiva de 1,35 y 1,25. La valoración laboral tuvo un fuerte efecto protector ante la DP con una OR de 0,67. Tener hijos (OR=0,93), el optimismo (OR=0,87) y la satisfacción profesional (OR=0,84) también fueron protectores, mientras que la valoración de la situación económica personal perdió la asociación en el análisis multivariado. A mayor edad menor probabilidad de encontrarse en el tercil superior de DP (OR de 0,96).

Los países con el valor medio más alto de DP fueron España con 8,5 y Argentina con 8,3. Los profesionales residentes en España tuvieron una mayor probabilidad de expresar niveles altos de DP (OR=1,79). El resto de los países estudiados tuvieron menos probabilidad de ubicarse en el tercil alto de DP que los residentes en Argentina, aunque la OR de Uruguay y Guatemala llegó a incluir la unidad y no alcanzó la significación. Por profesión, el valor medio más alto de DP se encontraba en el grupo de medicina con 7,8. Dentro de las especialidades médicas el valor más alto lo manifestó ortopedia (10,2), seguido por emergencias (9) y de nuevo fue anestesiología la que obtuvo el valor más bajo con 6 puntos. En comparación con medicina, los profesionales de enfermería y psicología tuvieron menos probabilidades de encontrarse en un nivel alto de DP con un OR de 0,71 y 0,47 respectivamente.

Realización personal. Se obtuvo una media de 37,7 con una desviación típica de 7,9. Los participantes fueron situados en el tercil inferior si puntuaron por debajo de 36, en el tercil medio si puntuaron entre 36 y 42, y en el tercil superior si puntuaron por encima de 42. Las tablas 2 y 5 exponen los resultados obtenidos en RP. Las mujeres percibían una menor RP que los hombres (OR=1,16). Las personas solteras expresaron valores más bajos de RP (36,6 puntos) que el resto de participantes.

Tabla 4

Variables asociadas al tercil superior de Despersonalización

	OR cruda	OR ajustada ^a
Sexo		
Hombre	1	1
Mujer	0,90(0,83-0,97)	0,56 (0,51-0,62)
Estado Civil		
Casado o pareja	1	1
Soltero	1,58 (1,44-1,74)	1,12 (0,99-1,27)
Separado	1,05 (0,92-1,20)	1,31 (1,13-1,52)
Viudo	1,05 (0,82-1,34)	1,25 (0,96-1,64)
Guardias		
No	1	1
Sí	2,15 (1,99-2,33)	1,35 (1,23-1,49)
Enfermedad crónica		
No	1	1
Sí	0,98 (0,90-1,06)	1,06 (0,96-1,17)
Valoración laboral	0,57 (0,55-0,60)	0,67 (0,64-0,70)
Edad	0,95 (0,95-0,96)	0,96 (0,95-0,97)
Hijos	0,78 (0,76-0,81)	0,93 (0,89-0,97)
Años de Profesión	0,95 (0,95-0,96)	1,00 (0,98-1,01)
Años en el actual trabajo	0,95 (0,95-0,96)	1,00 (0,99-1,00)
Baja laboral	1,30 (1,19-1,42)	1,25 (1,14-1,38)
Horas de ocio	1,00 (0,99-1,00)	1,00 (0,99-1,00)
Valoración Optimismo	0,79 (0,78-0,81)	0,87 (0,85-0,90)
Valoración Economía	0,85 (0,83-0,87)	1,00 (0,98-1,02)
Satisfacción Profesional	0,69 (0,67-0,71)	0,84 (0,81-0,87)
País		
Argentina	1	1
México	0,38(0,33-0,45)	0,46 (0,38-0,55)
Ecuador	0,48(0,39-0,59)	0,58 (0,46-0,72)
Perú	0,52 (0,42-0,64)	0,55 (0,44-0,69)
Colombia	0,55 (0,42-0,72)	0,57 (0,43-0,77)
Uruguay	0,79 (0,63-1,00)	0,79 (0,61-1,03)
Guatemala	0,63 (0,46-0,87)	0,71 (0,50-1,00)
España	1,28(0,94-1,73)	1,79 (1,28-2,49)
El Salvador	0,57 (0,38-0,86)	0,58 (0,37-0,91)
Otros	0,65 (0,55-0,77)	0,65 (0,53-0,78)
Profesión		
Medicina	1	1
Enfermería	0,79 (0,64-0,97)	0,71 (0,57-0,89)
Odontología	0,54 (0,40-0,72)	0,77 (0,56-1,07)
Psicología	0,41 (0,29-0,58)	0,47 (0,32-0,67)
Nutrición	0,78 (0,55-1,11)	0,81 (0,55-1,19)
Otras Profesiones	0,79 (0,65-0,95)	0,69 (0,55-1,19)

OR: odds ratio.

^aAjustada por todas las variables independientes que se muestran en la columna de la izquierda.

Hacer guardias y la baja laboral durante el año anterior se asociaron a un nivel bajo de RP con OR respectiva de 1,28 y 1,17. La valoración laboral fue altamente protectora de baja RP, ya que reducía casi a la mitad la probabilidad de encontrarse en el tercil inferior de RP por cada nivel de valoración (OR=0,61). El optimismo (OR=0,76), la satisfacción profesional (OR=0,76), en menor medida la valoración económica personal (OR=0,92), y también los años de

edad (OR=0,97) y el número de hijos (OR=0,92), se asociaron a una mayor RP.

El país de residencia en donde los profesionales de la salud valoraron menos la RP fue España (35,7) seguido de Argentina (36,6) y Uruguay (37,6). Los profesionales residentes en el resto de los países estudiados tuvieron una menor probabilidad de ubicarse en el tercil inferior de RP que los residentes en Argentina con OR que oscila

Tabla 5

Variables asociadas al tertil inferior de Realización Personal

	OR cruda	OR ajustada ^a
Sexo		
Hombre	1	1
Mujer	1,55 (1,43-1,67)	1,16 (1,05-1,27)
Estado Civil		
Casado o pareja	1	1
Soltero	1,33 (1,21-1,46)	0,93 (0,81-1,06)
Separado	0,95 (0,83-1,09)	0,90 (0,77-1,05)
Viudo	0,86 (0,67-1,10)	0,82 (0,61-1,09)
Guardias		
No	1	1
Sí	1,74 (1,61-1,88)	1,28 (1,16-1,41)
Enfermedad crónica		
No	1	1
Sí	1,16(1,07-1,26)	1,02 (0,92-1,13)
Valoración laboral	0,49 (0,47-0,51)	0,61 (0,58-0,63)
Edad	0,97 (0,97-0,97)	0,97 (0,96-0,98)
Hijos	0,81 (0,79-0,84)	0,92 (0,88-0,96)
Años de Profesión	0,97 (0,97-0,97)	1,02 (1,01-1,04)
Años en el actual trabajo	0,97 (0,96-0,97)	0,99 (0,98-1,00)
Baja laboral	1,39 (1,28-1,52)	1,17 (1,05-1,29)
Horas de ocio	1,00 (1,00-1,00)	1,00 (0,99-1,00)
Valoración Optimismo	0,67 (0,65-0,68)	0,76 (0,74-0,78)
Valoración Economía	0,77 (0,76-0,79)	0,92 (0,90-0,95)
Satisfacción Profesional	0,59 (0,57-0,61)	0,76 (0,74-0,79)
País		
Argentina	1	1
México	0,39(0,33-0,45)	0,68 (0,57-0,82)
Ecuador	0,28(0,22-0,35)	0,48 (0,37-0,62)
Perú	0,38 (0,31-0,48)	0,49 (0,38-0,63)
Colombia	0,81 (0,64-1,03)	0,83 (0,63-1,09)
Uruguay	0,41 (0,31-0,54)	0,51 (0,38-0,69)
Guatemala	0,36 (0,25-0,52)	0,54 (0,35-0,81)
España	1,22 (0,90-1,65)	1,26 (0,89-1,79)
El Salvador	0,28 (0,17-0,47)	0,44 (0,26-0,76)
Otros	0,53 (0,44-0,63)	0,62 (0,51-0,77)
Profesión		
Medicina	1	1
Enfermería	0,88 (0,72-1,08)	0,78 (0,62-0,98)
Odontología	0,72 (0,55-0,95)	1,00 (0,73-1,37)
Psicología	0,59 (0,44-0,81)	0,60 (0,43-0,85)
Nutrición	0,72 (0,50-1,04)	0,62 (0,41-0,94)
Otras Profesiones	1,20 (1,01-1,43)	1,08 (0,88-1,32)

OR: odds ratio.

^aAjustada por todas las variables independientes que se muestran en la columna de la izquierda.

ban de 0,48 a 0,68, excepto los profesionales que residían en España o Colombia, cuya OR ajustada incluía la unidad. Por profesión, el valor medio más bajo de RP se encontró en Otras Profesiones (36,8), seguido por medicina con un valor de 37,7. Dentro de las especialidades médicas, emergencias con 36,1 e infectología con 36,4 obtuvieron los valores medios más bajos, mientras que dermatología (39,3) obtuvo el valor más alto. En comparación con medi-

cina, las profesiones de enfermería con OR de 0,78, Psicología (OR=0,60) y nutrición (OR=0,62), fueron protectoras para un nivel bajo de RP. Ni el grupo mixto ni odontología se diferenciaban de medicina en el análisis ajustado.

Prevalencia de burnout y factores asociados. La prevalencia global de burnout de la muestra fue del 11,4 %. Aunque la prevalencia era mayor en las mujeres

Tabla 6
Variables asociadas al caso de burnout

	OR cruda	OR ajustada ^a
Sexo		
Hombre	1	1
Mujer	1,34 (1,19-1,50)	0,88 (0,76-1,01)
Estado Civil		
Casado o pareja	1	1
Soltero	1,46 (1,28-1,67)	1,09 (0,91-1,31)
Separado	1,09 (0,89-1,33)	1,23 (0,98-1,54)
Viudo	1,02 (0,70-1,47)	1,19 (0,79-1,79)
Guardias		
No	1	1
Sí	2,41 (2,13-2,73)	1,58 (1,36-1,84)
Enfermedad crónica		
No	1	1
Sí	1,37 (1,21-1,54)	1,30 (1,13-1,50)
Valoración laboral	0,43 (0,41-0,45)	0,53 (0,50-0,57)
Edad	0,96 (0,96-0,97)	0,96 (0,95-0,98)
Hijos	0,78 (0,74-0,81)	0,93 (0,87-0,99)
Años de Profesión	0,96 (0,95-0,97)	1,01 (0,99-1,03)
Años en el actual trabajo	0,96 (0,95-0,97)	1,00 (0,99-1,02)
Baja laboral	1,79 (1,58-2,02)	1,58 (1,38-1,82)
Horas de ocio	1,00 (1,00-1,00)	1,00 (0,99-1,00)
Valoración Optimismo	0,69 (0,67-0,71)	0,80 (0,77-0,82)
Valoración Economía	0,74 (0,72-0,76)	0,91 (0,88-0,94)
Satisfacción Profesional	0,60 (0,58-0,63)	0,80 (0,76-0,83)
País		
Argentina	1	1
México	0,26 (0,19-0,35)	0,43 (0,31-0,60)
Ecuador	0,25(0,16-0,38)	0,42 (0,27-0,66)
Perú	0,26 (0,17-0,41)	0,36 (0,22-0,57)
Colombia	0,50 (0,33-0,77)	0,47 (0,29-0,76)
Uruguay	0,37 (0,23-0,59)	0,46 (0,27-0,76)
Guatemala	0,28 (0,14-0,55)	0,38 (0,18-0,81)
España	1,03 (0,68-1,58)	1,47 (0,90-2,39)
El Salvador	0,15 (0,04-0,47)	0,20 (0,06-0,66)
Otros	0,58 (0,44-0,77)	0,67 (0,49-0,91)
Profesión		
Medicina	1	1
Enfermería	0,56 (0,39-0,80)	0,50 (0,34-0,74)
Odontología	0,34 (0,19-0,62)	0,51 (0,27-0,97)
Psicología	0,43 (0,24-0,75)	0,56 (0,31-1,03)
Nutrición	0,40 (0,19-0,82)	0,41 (0,19-0,91)
Otras Profesiones	0,83 (0,63-1,10)	0,70 (0,51-0,96)

Burnout: profesional ubicado en el tercil superior de Agotamiento Emocional y Despersonalización y en el tercil inferior de Realización Personal.

OR: odds ratio.

^aAjustada por todas las variables independientes que se muestran en la columna de la izquierda.

(12,9%) y en las personas solteras (14,6%) (la tabla 2), el sexo y el estado civil no mantuvieron una asociación estadísticamente significativa con el caso de burnout en el estudio multivariado (tabla 6). Trabajar realizando turnos de guardia (OR=1,58), haber estado de baja laboral (OR=1,58) y padecer una enfermedad crónica (OR=1,30) se asociaron de manera independiente con el caso de burnout. La

valoración laboral se mostró altamente protectora de burnout (OR de 0,53), de modo que cada nivel de valoración disminuía a la mitad la probabilidad de tenerlo. A mayor edad, más años de ejercicio profesional o más años en el puesto de trabajo actual, menor probabilidad de burnout, siendo edad la variable que mantuvo la significación en el estudio multivariado (OR=0,96). Tener hijos tuvo efecto protec-

tor con una OR de 0,93. También actuaron como protectores el grado de optimismo (OR=0,80), la satisfacción profesional (OR=0,80) y la valoración de la situación económica personal (OR=0,91).

Por países de residencia, la prevalencia de burnout fue más alta en España (14,9%) y Argentina (14,4%), con diferencias de un 10% sobre la mayoría de los restantes países de habla hispana. Mediante la OR ajustada se comprobó el efecto independiente del país de residencia sobre el burnout, de modo que los profesionales residentes en los países estudiados, excepto en España, tuvieron menos probabilidad de tener burnout que los residentes en Argentina con OR que oscilaban de 0,20 a 0,67. Por profesiones, la mayor prevalencia de burnout se encontró en los médicos (12,1%), los cuales mostraban heterogeneidad en la prevalencia según las especialidades, siendo más alta en los emergencistas (17%) e internistas (15,5%), mientras que los anestesistas y dermatólogos tenían las prevalencias más bajas (5% y 5,3% respectivamente). En comparación con Medicina, el resto de las profesiones expresaron una menor asociación con burnout con OR de 0,41 a 0,70, aunque en el caso de Psicología se perdió el efecto protector en el estudio multivariado.

DISCUSIÓN

Los resultados identifican importantes diferencias en la prevalencia de burnout y en las puntuaciones de las tres dimensiones del MBI según el país de residencia, ya que Argentina y España expresan mayores niveles de síndrome de burnout que el resto de los países de habla hispana con una muestra representativa en el estudio. Una posible explicación de estas diferencias se encontraría en la situación social y económica que rodea al profesional sanitario. Así, los países con menor desarrollo económico según el producto interior

bruto, con menor acceso a la sanidad, mayor tasa de mortalidad infantil y menor esperanza de vida, tienen en este estudio prevalencias inferiores de burnout respecto a los países con más desarrollo económico y sanitario²⁸, y mayor sensibilización de los derechos laborales. En nuestra opinión, las diferencias transnacionales apoyan la influencia del contexto social en la génesis del burnout como modulador de la situación laboral y personal en que se halla inmerso el trabajador. Así, condiciones laborales y personales que podrían considerarse más “duras” pueden ser percibidas como menos estresantes en los países con unos niveles de bienestar inferiores y, en todo caso, manifestarse por trastornos físicos y mentales diferentes al burnout, al ser atribuidos al contexto macrosocial más que al laboral. La relación con los usuarios también es diferente, ya que los miembros de las sociedades con menor bienestar y protección social suelen tener menos expectativas y ser menos demandantes. Sin embargo, el diseño de nuestro estudio no permite profundizar en las características de las diferencias transnacionales y su influencia sobre el burnout, siendo necesarias futuras investigaciones sociales y antropológicas.

La ausencia de un criterio consensuado de “caso de burnout” y las numerosas variaciones metodológicas hacen imposible comparar correctamente prevalencias de burnout^{8,9,29,30}. A pesar de ello, mediante la comparación de las medias de las dimensiones del MBI en 20 estudios realizados en España con profesionales sanitarios^{23,31-33} se comprueba que las medias del presente estudio se encuentran dentro de las oscilaciones publicadas (de 18,6 a 29 para CE, de 6,4 a 10,8 para DP y de 28 a 40,6 para RP) y son casi iguales al promedio de las medias de todos ellos en DP (8,4) y RP (35,8), aunque ligeramente mayor en AE (23 de promedio en la bibliografía). Por lo tanto, los valores obtenidos en la muestra española se corresponden con los

habituales. En otros países de habla hispana se han publicado menos estudios comparables y representativos. Los resultados publicados en Perú dan validez a los observados en la presente investigación, con una prevalencia de burnout de 3,85% utilizando el mismo criterio que nosotros aunque con diferentes puntos de corte³⁴, o con valores de 14,4 en AE, de 4,6 en DP y de 44,3 en RP (incluso mejores que en nuestra casuística)³⁵. En Colombia la prevalencia de burnout en enfermería fue del 1,9%³⁶ y en México del 6,8 %³⁷ o del 2%³⁸ con el criterio de alteración en las tres dimensiones. En Argentina, un estudio con enfermeras expone valores medios de AE similares a los de enfermería de nuestro estudio, con peor DP y mejor valoración en RP³⁹; y en un estudio con pediatras argentinos se obtuvieron valores similares en CE (24,4) y DP (8,2), y más bajos en RP (33,2) comparado con los valores obtenidos en los médicos en general, y los pediatras en particular, en el presente estudio⁴⁰.

En relación a la profesión, se observa una mayor prevalencia de síndrome de burnout entre los médicos. Estos resultados son coincidentes con una investigación previa en los trabajadores de cinco hospitales de agudos en España donde los médicos tuvieron las peores valoraciones en las tres dimensiones del MBI, excepto en RP donde fueron superados por el grupo mixto por la contribución de los técnicos¹⁴. El gran número de profesionales de la medicina que han contestado el cuestionario permite la evaluación diferencial de muchas especialidades médicas que han incluido a más de 100 participantes. Nuestros resultados indican que emergencias, medicina interna, infectología y ortopedia, son las especialidades con más síndrome de burnout y, en contraposición, anestesia y dermatología son las especialidades con menos. En España se ha publicado un estudio comparativo entre internistas, intensivistas, traumatólogos, oncólogos y radiólogos, en el cual se observó una mayor

probabilidad de presentar CE entre los oncólogos y de alta DP en los traumatólogos⁴¹. En esta línea, un estudio finlandés que comparó también los niveles de burnout entre diferentes especialidades médicas observó mayores niveles de burnout en los médicos de atención primaria y de salud ocupacional⁴². Entre los especialistas en anestesia hay trabajos que comunican alta prevalencia de burnout⁴³, y otros que establecen una menor prevalencia respecto a otras especialidades^{44,45}. En general, los mayores índices de síndrome de burnout se han relacionado con las especialidades médicas de atención primaria, salud mental, emergencias, cuidados intensivos, oncología y paliativos^{32,46-48}.

Respecto a las principales variables sociodemográficas, como el sexo, la edad y el estado civil, se han publicado resultados diversos o contradictorios^{13,14,22,23,49,50}. Consideramos que esta investigación puede aportar evidencia al menos dentro del ámbito cultural de habla hispana en el estudio de los factores asociados al burnout, por su tamaño muestral y por su carácter transnacional y transprofesional. Las mujeres han presentado valores superiores en la dimensión AE y inferiores en RP, con un porcentaje global de burnout mayor que los hombres, pero con menores niveles de despersonalización, resultados similares al de un trabajo realizado en España con 1021 médicos⁴¹. Este hecho puede estar relacionado con su situación en los países de habla hispana, con mayores exigencias domésticas y menor reconocimiento laboral y social. La asociación del burnout con la enfermedad (baja laboral y enfermedad crónica) y con las peores condiciones de trabajo (hacer guardias)⁵¹ han sido también estadísticamente significativas. Se confirma la importancia de la edad, de la satisfacción profesional, del perfil optimista y positivo, del sentirse recompensado y sobre todo de la percepción de estar valorado, como factores que se oponen a la adquisición del síndrome de burnout^{20,41,52-55}.

Respecto a la metodología hemos utilizado los puntos de corte por tertiles y el criterio de burnout de las autoras del MBI para permitir la comparación con la literatura internacional. El criterio de “caso de burnout” asumido es válido para la comparación de los integrantes de nuestra muestra y para el estudio de los factores asociados. El tamaño y la heterogeneidad de nuestra muestra podría permitir establecer como normativos nuestros puntos de corte, al menos con la misma validez que los que se están utilizando. Sin embargo, no lo recomendamos porque creemos que el “caso de burnout” debería basarse en criterios clínicos y no estadísticos. Además, las diferencias que hemos obtenido entre los diferentes subgrupos estudiados según variables sociodemográficas, profesiones y países, demuestran que una población normativa para realizar puntos de corte que no se base en criterios clínicos ha de tener en cuenta cada una de estas variables. La recogida y análisis de los datos con la misma metodología proporciona a las posibles comparaciones entre los subgrupos de este estudio mayor fiabilidad que las comparaciones que se puedan realizar con la conjunción de datos obtenidos de diferentes muestras y con diferentes diseños.

Las limitaciones de este estudio estriban en un posible sesgo de selección, ya que la incorporación al mismo depende del interés que el síndrome de burnout le haya generado al participante. El predominio de los médicos sobre las otras profesiones sanitarias y de los participantes residentes en Argentina sobre los otros países de habla hispana pueden influir sobre los resultados globales, aunque hemos intentado minimizar este efecto al incluir estas variables en el análisis ajustado.

En conclusión, la mayor prevalencia de burnout se ha observado en los médicos que residen en España o Argentina, y por especialidades en los que trabajan en urgencias y los internistas. Otras variables asociadas a

burnout fueron tener menor edad, menor número de hijos, hacer guardias, haber estado de baja laboral o tener una enfermedad crónica, y las percepciones de menor valoración laboral, menor optimismo, menor satisfacción económica y profesional. Respecto a las dimensiones del MBI, el sexo femenino se asoció a mayor agotamiento emocional, menor despersonalización y menor realización personal.

BIBLIOGRAFIA

1. Mingote Adán JC. Síndrome «burnout». Síndrome de desgaste profesional. Monografías de Psiquiatría. 1977; 5: 1-44.
2. Moreno-Jiménez B, González JL, Garrosa E. Desgaste profesional (*burnout*), personalidad y salud percibida. En: Buendía J, Ramos F. Empleo, estrés y salud. Madrid: Psicología Pirámide; 2001.
3. Gil-Monte PR, Peiró JM. Un estudio comparativo sobre criterios normativos y diferenciales para el diagnóstico del síndrome de quemarse por el trabajo (*burnout*) según el MBI-HSS en España. Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones. 2000; 16 (2): 135-149.
4. Freudenberger HJ. Staff Burn-out. J Soc Issues. 1974; 30:159-165.
5. Maslach C, Jackson SE. Maslach Burn-out Inventory. Palo Alto: Consulting Psychologists Press; 1986.
6. Mingote JC. Síndrome burnout o síndrome de desgaste profesional. FMC. 1998; 5: 493-503.
7. Alarcón J, Vaz FJ, Guisado JA. Análisis del síndrome de burnout: psicopatología, estilos de afrontamiento y clima social (II). Rev Psiquiatr Fac Med Barc. 2002; 29: 8-17.
8. Grau A. Como prevenir el burnout: diferentes definiciones e interpretaciones. Gestión Práctica de Riesgos Laborales. 2007; 43: 18-27.
9. Grau A, Suñer R. El Síndrome de burnout en los trabajadores sociales. Agathos. 2008; 8 (1): 16-22.
10. Gil-Monte PR, Carretero N, Roldán MD, Núñez EM. Prevalencia del síndrome de quemarse por el trabajo (*burnout*) en monitores de taller para personas con discapacidad. Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones. 2005; 21: 107-123.

11. Pines A, Guendelman S. Exploring the relevance of burnout to mexican blue collar women. *J Vocat Behav.* 1995; 47: 1-20.
12. Leiter MP. The impact of family resources, control coping, and skill utilization on the development of burnout: a longitudinal study. *Hum Relat.* 1990; 43: 1067-1083.
13. Maslach C, Schaufeli B, Leiter MP. Job Burnout. *Annu Rev Psychol.* 2001; 52: 397-422.
14. Grau A, Suñer R, García MM. Desgaste profesional en personal sanitario y su relación con factores personales y ambientales. *Gac Sanit.* 2005; 19: 463-470.
15. Sarason SB. *Caring and compassion in clinical practice.* San Francisco: Jossey Bass; 1985.
16. Freudenberger HJ. Burnout: past, present and future concerns. *Loss Grief Care.* 1989; 3: 1-10.
17. Gil-Monte PR. El síndrome de quemarse por el trabajo (burnout) como fenómeno transcultural. *Informació Psicológica.* 2008; 91-92: 4-11.
18. Moreno B, Garrosa E, Benevides-Pereira AM, Gálvez M. Estudios transculturales del burnout: los estudios transculturales Brasil-España. *Rev Colombiana Psicol.* 2003; 12: 9-18.
19. Connolly JJ, Viswesvaran C. The role of affectivity in job satisfaction: a meta-analysis. *Pers Individ Dif.* 2000; 29: 265-281.
20. Grau A, Suñer R, García MM. El optimismo de los profesionales sanitarios y su relación con la calidad de vida, el burnout y el clima organizacional. *Rev Calidad Asistencial.* 2005; 20: 370-376.
21. Cebrià J, Segura J, Corbella S, Sos P, Comas O, García M, et al. Rasgos de personalidad y burnout en médicos de familia. *Aten Primaria.* 2001; 27: 459-68.
22. Garcés de los Fayos EJ. Variables predictoras, consecuencias y modelos explicativos del Burnout. Disponible en: <http://www.abacolombia.org.co/bv/organizaciones/Burnout3.pdf> Citado el 20 de enero del 2008.
23. Atance JC. Aspectos epidemiológicos del Síndrome de burnout en personal sanitario. *Rev Esp Salud Pública.* 1997; 71: 293-303.
24. Buchanan T, Smith JL. Using the Internet for psychological research: personality testing on the World Wide Web. *Br J Psychol.* 1999; 90: 125-144.
25. Nathanson AT, Reinert SE. Windsurfing injuries: results of a paper- and Internet-based survey. *Wilderness Environ Med.* 1999; 10: 218-225.
26. Schleyer TK, Forrest JL. Methods for the design and administration of web-based surveys. *J Am Med Inform Assoc.* 2000; 7: 416-425.
27. Gil-Monte PR, Peiró JM. Validez factorial del Maslach Burnout Inventory en una muestra multiocupacional. *Psicothema.* 1999; 11: 679-689.
28. United Nations Statistics Division. Common database. Country profiles. Disponible en http://unsstats.un.org/unsd/cdb/cdb_country_prof_select.asp; Citado el 11 de mayo del 2008.
29. Manzano G. Síndrome de burnout y riesgos psicosociales en personal de enfermería. Prevalencia e intervención. *Informació Psicológica.* 2008; 91-92: 23-31.
30. Gil-Monte PR, Marucco M. Prevalencia del "Síndrome de quemarse por el trabajo" (burnout) en pediatras de hospitales generales. *Revista de Saúde Pública.* 2008; 42 (3): 450-456. Disponible en: <http://www.scielo.br/>
31. Olivar C, González S, Martínez MM. Factores relacionados con la satisfacción laboral y el desgaste profesional en los médicos de atención primaria de Asturias. *Aten Primaria.* 1999; 24: 352-9.
32. Albaladejo R, Villanueva R, Ortega P, Astasio P, Calle ME, Domínguez V. Síndrome de Burnout en el personal de enfermería de un hospital de Madrid. *Rev Esp Salud Publica.* 2004; 78 (4): 505-516.
33. Esteva M, Larraz J, Jiménez F. La salud mental en los médicos de familia: efectos de la satisfacción y el estrés en el trabajo. *Rev Clin Esp.* 2006; 206: 77-83.
34. Gomero R, Palomino J, Ruiz F, Llapyesán, C. El Síndrome de Burnout en personal sanitario de los hospitales de la empresa minera de Southern Perú Copper Corporation: estudio Piloto. *Rev Med Hered.* 2005; 16 (4):233-238.
35. Dueñas M, Merma L, Ucharico R. Prevalencia de Burnout en médicos de la ciudad de Tacna. *CIMEL.* 2003; 8 (1): 33-37.
36. TUESCA R, IGUARÁN M, SUÁREZ M, VARGAS G, VERGARA D. Síndrome de Desgaste Profesional en enfermeras/os del área metropolitana de Barranquilla. *Salud Uninorte.* 2006; 22 (2): 84-91.

37. Palmer Y, Prince R, Searcy R, Compean B. Prevalencia del síndrome de burnout en el personal de enfermería de 2 hospitales mexicanos. *Enferm Clín.* 2007; 17 (5): 256-260.
38. Aranda C, Pando M, Torres T, Salazar J, Franco S. Factores psicosociales y síndrome de burnout en médicos de familia. México. *An Fac Med.* 2005; 66 (3): 225-231.
39. Albanesi S, Morales C. Riesgo laboral del personal de enfermería. Federación Argentina de Medicina General. Disponible en <http://www.asmgfyf.org.ar/dmdocuments/pdfamg/011eb-011.pdf>. Citado el 11 de mayo del 2008.
40. Marucco MA, Gil-Monte PR, Flamenco E. Síndrome de quemarse por el trabajo (burnout) en pediatras de hospitales generales, estudio comparativo de la prevalencia medida con el MBI-HSS y el CESQT. *Informació Psicológica.* 2008; 91-92: 32-42.
41. Escribà-Agüir V, Artazcoz L, Pérez-Hoyos S. Efecto del ambiente psicosocial y de la satisfacción laboral sobre el síndrome de burnout en médicos especialistas. *Gac Sanit.* 2008; 22 (4): 300-308.
42. Olkinuora M, Asp S, Juntunen J, Kauttu K, Strid L. Stress symptoms, burnout and suicidal thoughts in Finnish physicians. *Soc Psychiatry Epidemiol.* 1990; 25 (2): 81-6.
43. Morais A, Maia P, Azevedo A, Amaral C, Tavares J. Stress and burnout among portuguese anaesthesiologist. *Eur J Anaesthesiol.* 2006; 23: 433-439.
44. Kluger MT, Townend K, Laidlaw T. Job satisfaction, stress and burnout in Australian specialist anaesthetists. *Anaesthesia.* 2003; 58: 339-345.
45. Fernández B, Roldán LM, Guerra A, Roldán T, Gutiérrez A, De las Mulas M. Prevalence of burnout among anesthesiologists at Hospital Universitario Virgen Macarena de Sevilla. *Rev Esp Anestesiol Reanim.* 2006; 53: 359-362.
46. Mingote JC, Moreno B, Gálvez M. Desgaste profesional y salud de los profesionales médicos: revisión y propuestas de prevención. *Med Clin (Barc).* 2004; 123: 265-270.
47. Moreno B, Garrosa E, Rodríguez R, Morante ME. El desgaste profesional o burnout en los profesionales de oncología. *Boletín de Psicología.* 2003; 79: 7-20.
48. Felton JS. Burnout as a clinical entity – its importance in health care workers. *Occup Med.* 1998; 48: 237-250.
49. Ortega C, López F. El burnout o síndrome de estar quemado en los profesionales sanitarios: revisión y perspectivas. *Int J Clin Health Psicol.* 2004, 4 (1): 137-160.
50. Ramos F, Buendía J. El síndrome de burnout: concepto, evaluación y tratamiento. En: Buendía J, Ramos F. Empleo, estrés y salud. Madrid: Pirámide; 2001. pp. 33-57.
51. Soler JK, Yaman H, Esteve M. Burnout in european general practice and family medicine. *Soc Behav Pers.* 2007; 35 (8): 1149-1150.
52. Chang EC, Rand KL, Strunk DR. Optimism and risk for job burnout among working college students: stress as a mediator. *Pers Individ Dif.* 2000; 29: 255-63.
53. Riolli L, Savicki V. Optimism an coping as moderators of the relation between work resources and burnout in information service workers. *Int J Stress Manag.* 2003; 10: 235-52.
54. Faragher EB, Cass M, Cooper CL. The relationship between job satisfaction and health: a meta-analysis. *Occup Environ Med.* 2005; 62: 105-112.
55. Gil-Monte PR, Peiró JM. Perspectivas teóricas y modelos interpretativos para el estudio del síndrome de quemarse por el trabajo. *Anales de Psicología.* 1999; 15: 261-268.

Anexo 1
Cuestionario general

Edad:

Sexo: Hombre Mujer

¿Cuál es su estado civil o de convivencia?:

1. Casado/a o vive con su pareja
 2. Soltero/a y no vive en pareja
 3. Separado/a o divorciado/a y no vive en pareja
 4. Viudo/a y no vive en pareja

Número de hijos:

Hace guardias: Sí No

Años de profesión:

Años en su actual centro de trabajo:

¿Ha tenido licencias durante el último año por algún problema de salud?: Sí No

¿Cuántos días ha estado de baja en el último año?

En su vida laboral se siente valorado por:

1. Sus pacientes: Sí No
2. Los familiares de sus pacientes: Sí No
3. Sus compañeros de profesión: Sí No
4. Sus superiores: Sí No

Tiene alguna enfermedad crónica: Sí No

Número de horas semanales que dedica al ocio:

¿Cuál es la valoración global de su experiencia profesional?
Marque la puntuación que crea más adecuada entre 1 y 10, considerando el valor 1 como "nada satisfactoria" y el valor 10 como "muy satisfactoria".

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

¿Se considera una persona optimista?
Marque la puntuación que crea más adecuada entre 1 y 10, considerando el valor 1 como "nada optimista" y el valor 10 como "totalmente optimista".

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

¿Cuál es la valoración de su situación económica?
Marque la puntuación que crea más adecuada entre 1 y 10, considerando el valor 1 como "nada satisfactoria" y el valor 10 como "muy satisfactoria".

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10