

Burnout en el personal de un hospital de crónicos

Maria Jose Merino-Plaza^{1,II}, Francisco Javier Carrera-Hueso^I, Nuria Arribas-Boscá^I, Amparo Martínez-Asensi^I, Emilia Trull-Maravilla^{III}, Narjis Fikri-Benbrahim^{II}

^I Hospital Doctor Moliner. Serra. Valencia, España

^{II} Universidad de Granada. Granada, España

^{III} Unidad de Salud Mental de Foios. Hospital Clínico. Valencia, España

RESUMEN

OBJETIVO: Estimar la prevalencia de Burnout en un hospital de media-larga estancia, monitorizar su evolución y evidenciar la importancia de los puntos de corte utilizados para evitar sesgos en la interpretación de los resultados.

MÉTODOS: Se realizaron dos estudios transversales (2013–2016), aplicando la versión española del cuestionario Maslach Burnout *Inventory* al personal de un hospital de crónicos (n = 323). Fueron variables resultado: prevalencia de Burnout y alto grado de afectación de las subescalas y variables predictoras: características sociodemográficas y factores desencadenantes y moduladores del síndrome. La asociación entre variables se cuantificó mediante *odds ratio*.

RESULTADOS: El índice de participación pasó del 31,5% al 39,3%. Los profesionales presentaron un nivel medio de Burnout en ambos momentos, observándose menor grado de afectación de las subescalas de despersonalización y realización personal en el corte realizado en 2016. La puntuación media de las subescalas en 2016 fue 21,5 para el cansancio emocional, 4,7 para la despersonalización y 41,7 para la realización personal, frente a los valores de cansancio emocional = 21,6, despersonalización = 6,9 y realización personal = 36,3 obtenidos en 2013. La puntuación de la escala de cansancio emocional fue ligeramente superior al valor promedio de los estudios nacionales (19,9), mientras que el resto de valores fueron similares a los valores promedio de los estudios considerados. La prevalencia de Burnout y la interpretación de los resultados variaron significativamente en función de los puntos de corte considerados. En ambos estudios, las variables sociodemográficas mostraron escasa significación, mientras que el apoyo social y las relaciones interpersonales se asociaron al grado de Burnout de los profesionales.

CONCLUSIONES: Nuestra prevalencia de Burnout fue similar a la de otros estudios consultados, aunque el componente emocional es más marcado en nuestro medio. La interpretación de los resultados varió significativamente en función de los puntos de corte aplicados, debido a las diferencias transculturales.

DESCRIPTORES: Agotamiento Profesional, clasificación. Grupo de Atención al Paciente. Hospitales Públicos, Recursos Humanos. Condiciones de Trabajo. Factores Socioeconómicos.

Correspondencia:

María José Merino Plaza
Hospital Dr Moliner
Carretera de PortaCoeli s/n
46118-Serra
Valencia, España
E-mail: merino_mjo@gva.es

Recibido: 18 may 2017

Aprobado: 30 jul 2017

Cómo citar: Merino-Plaza MJ, Carrera-Hueso FJ, Arribas-Boscá N, Martínez-Asensi A, Trull-Maravilla E, Fikri-Benbrahim N. Burnout en el personal de un hospital de crónicos. Rev Saude Publica. 2018;52:45.

Copyright: Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la licencia Atribución Creative Commons, lo que permite el uso ilimitado, distribución y reproducción en cualquier medio, siempre que el autor y la fuente originales se acrediten.



INTRODUCCIÓN

El Burnout o Síndrome de Quemarse en el Trabajo aparece por una respuesta inadecuada a estresores laborales crónicos de carácter interpersonal, con consecuencias negativas a nivel personal, laboral y organizacional¹. Afecta principalmente a profesionales que prestan sus servicios en contacto directo con el receptor de sus cuidados, como personal sanitario, maestros o policías. Su origen es ocupacional, pero su etiología es multifactorial y depende de factores individuales, sociales y organizacionales.

El *Maslach Burnout Inventory* (MBI)² es el instrumento más utilizado para su evaluación y contribuye a sistematizar la investigación sobre el constructo. Sus subescalas no se identificaron desde un modelo teórico basado en la observación clínica, sino que se dedujeron a partir de estudios exploratorios realizados para confirmar la validez factorial de la herramienta^{3,4}.

Christina Maslach considera el Burnout un síndrome tridimensional, aunque algunos autores proponen una estructura bidimensional y otros plantean una estructura factorial de cuatro o más dimensiones⁵. Sin embargo, todos consideran el cansancio emocional como núcleo principal del síndrome, y es el componente más estable y predictivo de sus consecuencias^{1,6}. La disparidad en los resultados sobre la estructura factorial y propiedades psicométricas del MBI se debe a la heterogeneidad de las muestras utilizadas en los diferentes estudios. No existe un criterio unánime sobre los puntos de corte a utilizar para diagnosticar el Burnout y calcular su prevalencia, sino que el instrumento se ha adaptado a distintos idiomas para evitar sesgos en la interpretación de los resultados^{5,7,8}. Gil-Monte y Peiró validaron la estructura factorial del MBI para la población española en 1999 y establecieron los puntos de corte para dicha población en 2000⁹.

El entorno sanitario conlleva, entre otras, tres características que son factores de riesgo para la aparición de Burnout: un gran esfuerzo mental y físico, continuas interrupciones y reorganización de tareas, que incrementan la carga y esfuerzo mental, y el trato con el paciente, en circunstancias complejas de ansiedad y dolor. Además, el sistema sanitario es cada vez más complejo y sujeto a cambios organizacionales y tecnológicos que hacen que los profesionales deban adaptarse continuamente, incrementándose el estrés laboral percibido y el riesgo de aparición del síndrome.

Se han realizado múltiples estudios sobre Burnout en atención primaria, especializada, hospitales de agudos y áreas y servicios específicos a nivel nacional e internacional^{6,10}. Sin embargo, no existen investigaciones realizadas en hospitales de media-larga estancia, donde, debido a la gran vulnerabilidad de sus pacientes, se puede producir mayor implicación emocional del personal que en otro tipo de instituciones sanitarias.

El objetivo del presente estudio fue estimar la prevalencia de Burnout en un Hospital de media-larga estancia, monitorizar su evolución y evidenciar la importancia de los puntos de corte utilizados para evitar sesgos en la interpretación de resultados.

MÉTODOS

La población estudiada fue el personal del hospital Doctor Moliner, un hospital público de media-larga estancia de 183 camas ubicado en la provincia de Valencia, España. Se realizaron dos estudios observacionales seriados en marzo de 2013 y 2016 para conocer la prevalencia de Burnout. La participación fue voluntaria y anónima.

El Instrumento de evaluación utilizado fue la versión española de la segunda edición del *Maslach Burnout Inventory-Human Services Survey* (MBI-HSS)¹¹, dirigido a profesionales de la salud.

El cuestionario aplicado constaba de tres partes. La primera recogía características sociodemográficas de los encuestados. La segunda recababa información sobre factores desencadenantes y moduladores descritos en la literatura¹. Los factores desencadenantes evaluados fueron: relaciones interpersonales entre profesionales y pacientes (autopercepción de la valoración por familiares y pacientes), relaciones interpersonales en el trabajo (autopercepción de la valoración por compañeros y jefes) y valoración del profesional de los ingresos percibidos. Los factores moduladores evaluados fueron: formación, apoyo social, percepción de la propia experiencia profesional y ciertas variables personales, como autoeficacia y optimismo. La formación y las relaciones interpersonales (valoración por pacientes, familiares, compañeros y superiores), se evaluaron con una escala dicotómica (sí, no). La experiencia profesional y las percepciones sobre autoeficacia, optimismo, ingresos y apoyo social, se valoraron mediante una escala discreta de uno a 10. La tercera parte del cuestionario incluía las 22 preguntas del test MBI-HSS que evaluaban el grado de afectación de las subescalas que definen el síndrome – cansancio emocional (CE), despersonalización (DP) y baja realización personal (RP). Esas preguntas se respondían mediante una escala Likert de siete grados que van de cero (nunca) a seis (todos los días).

Los cuestionarios se consideraron válidos si se respondían todas las preguntas del test MBI-HSS, aunque faltase alguna respuesta a las variables recogidas en la primera y segunda parte del cuestionario.

Para categorizar a los profesionales en individuos con niveles altos, medios y bajos de afectación de las subescalas en 2013, se calcularon los percentiles 33 y 66 para cada una, según los criterios propuestos por Maslach y Jackson² y se utilizaron como puntos de corte propios en ambos momentos. Además, para comprobar si existían diferencias o sesgos de interpretación de los resultados en función de los puntos de corte aplicados, se utilizaron los puntos de corte descritos en cinco estudios de referencia respecto al Burnout entre profesionales sanitarios^{2,9,11-13}.

No se predeterminó el tamaño muestral, ya que se enviaron los cuestionarios por correo interno a todo el personal en ambos cortes. El procedimiento empleado para el muestreo y la recogida de datos fue el mismo en los dos estudios. En ambos momentos, se entregó junto a la encuesta, una carta que explicaba los objetivos del estudio y solicitaba la colaboración de los profesionales. El cuestionario fue autogestionado. Se distribuyó en febrero y las respuestas se recogieron en marzo a través de los buzones de sugerencias para asegurar el anonimato. La plantilla era de 323 empleados en 2013; se recibieron 318 acuses de recibo. Los cinco restantes no recibieron la encuesta por distintos motivos (baja laboral, vacaciones, etc.). Se obtuvieron 125 respuestas (39,3% de los participantes), de las cuales 100 fueron válidas (índice de participación = 31,5%). En 2016, la plantilla era de 312 empleados, pero solo se recibieron 257 acuses de recibo. Se obtuvieron 121 respuestas (47,1% de los participantes), de las cuales 101 fueron válidas (índice de participación = 39,3%).

Se utilizaron medidas de posición (media) y de dispersión (desviación estándar) para describir las variables cuantitativas y medidas de frecuencia (porcentajes) para las variables categóricas. Las variables independientes fueron las características sociodemográficas de los trabajadores y su percepción sobre los factores desencadenantes y moduladores evaluados. Las variables resultado fueron el grado de afectación de las subescalas (puntuación \geq a los puntos de corte considerados) y la presencia de Burnout (alto grado de afectación de las tres subescalas).

Para comprobar la distribución normal de las variables, se usó el test de Shapiro-Wilk, utilizando modelos paramétricos si se cumplía o sus equivalentes no paramétricos en caso contrario. En el análisis bivalente, se utilizó el test de chi-cuadrado para relacionar variables cualitativas, el test t-Student para variables cuantitativas y el test de ANOVA de un factor para variables cuantitativas frente a variables cualitativas de tres o más categorías, con la corrección *post hoc* de Bonferroni.

Tabla 1. Características sociodemográficas de la plantilla del Hospital y de los respondedores a la encuesta (2013–2016).

Plantilla 2013 Media (DE)/n (%)	Plantilla 2016 Media (DE)/n (%)	Características poblacionales de los respondedores a la encuesta	2013 (n = 100) ^a	2016 (n = 101) ^a	Significación estadística p (IC95%)
Edad: 44,25 (8,2)	Edad: 48,4 (8,7)	Edad (años) - media (DE)	45,1 (8,96)	47,2 (9,68)	p = 0,50
Mujer: 262 (81,2)	Mujer: 251 (80,4)	Sexo - n (%)			p = 0,71
		Mujeres	80 (81,6)	82 (83,7)	
Tipo de contrato	Tipo de contrato	Tipo de contrato - n (%):			p = 0,99 ^a
Fijo: 78 (24,2)	Fijo: 80 (25,6)	Fijo	38 (38,0)	41 (41,4)	
No fijo: 245 (75,8)	No fijo: 232 (74,4)	Interino	53 (53,0)	48 (48,5)	OR = 0,84 (0,47–1,51)
		Acúmulo de tareas	1 (1,0)	0 (0,0)	No evaluable
		Eventual	8 (8,0)	10 (10,1)	OR = 1,16 (0,41–3,24)
Categoría profesional	Categoría profesional	Categoría profesional - n (%):			p = 0,02^{a,b}
Facultativos: 25 (7,7)	Facultativos: 25 (8)	Facultativos	6 (6,1)	16 (16,0)	
DUE: 96 (29,7)	DUE: 92 (29,5)	DUE	39 (39,4)	44 (44,0)	OR = 0,42 (0,15–1,19)
Auxiliar enfermería: 91 (28,2)	Auxiliar enfermería: 89 (28,5)	Auxiliares de enfermería	37 (37,4)	33 (33,0)	OR = 0,33 (0,12–0,95)
Celadores: 42 (13)	Celadores: 41 (13,1)	Celadores	11 (11,1)	5 (5,9)	OR = 0,17 (0,04–0,70)
Otros: 69 (21,4)	Otros: 65 (20,7)	Otros	6 (6,1)	2 (2,0)	OR = 0,13 (0,02–0,80)
		Antigüedad laboral, años - n (%):			p = 0,03^{a,b}
		< 5	8 (8,0)	4 (4,0)	
		5–9	20 (20,0)	17 (17,0)	OR = 1,70 (0,44–6,65)
		10–14	26 (26,0)	19 (19,0)	OR = 1,46 (0,38–5,57)
		15–19	21 (21,0)	21 (21,0)	OR = 2,00 (0,52–7,67)
		≥ 20	25 (25,0)	39 (39,0)	OR = 3,12 (0,85–11,4)
		Antigüedad en el puesto, años - n (%):			p = 0,90 ^a
		< 5	42 (42,4)	40 (39,6)	
		5–9	29 (29,3)	30 (29,7)	OR = 1,09 (0,56–2,12)
		10–14	18 (18,2)	8 (7,9)	OR = 0,47 (0,18–1,19)
		15–19	5 (5,1)	7 (6,9)	OR = 1,47 (0,43–5,01)
		≥ 20	5 (5,1)	7 (6,9)	OR = 1,47 (0,43–5,01)
		Estado civil - n (%):			p = 0,43 ^a
		Soltero	19 (19,0)	14 (14,6)	
		Casado o en pareja	66 (66,0)	67 (69,8)	OR = 1,38 (0,64–2,97)
		Divorciado	12 (12,0)	12 (12,5)	OR = 1,36 (0,47–3,90)
		Viudo	2 (2,0)	3 (3,1)	OR = 2,04 (0,30–13,85)
		Bajas en el último año - n (%)	23 (23,0)	17 (16,8)	p = 0,27
		Enfermedad crónica - n (%)	30 (30,6)	25 (24,8)	p = 0,36
		Ha recibido formación específica - n (%)	71 (72,4)	61 (61,0)	p = 0,09
		Se siente valorado por los pacientes - n (%)	71 (83,5)	80 (92,0)	p = 0,09
		Se siente valorado por los familiares - n (%)	62 (73,8)	72 (86,7)	p = 0,04^b
		Se siente valorado por los compañeros - n (%)	78 (85,7)	78 (84,8)	p = 0,86
		Se siente valorado por los jefes - n (%)	59 (66,3)	64 (68,8)	p = 0,72
		¿Cuál es su valoración global de su experiencia profesional? - media (DE)	7,73 (1,78)	7,55 (1,72)	p = 0,48
		¿Se considera una persona optimista? - media (DE)	7,79 (1,91)	7,83 (1,65)	p = 0,87
		¿Cuál es la valoración de sus ingresos en relación con el trabajo que desempeña? - media (DE)	4,79 (2,51)	4,89 (2,29)	p = 0,77
		¿Cree que se desempeña bien en su trabajo diario (autoeficacia)? - media (DE)	8,43 (1,41)	8,37 (1,16)	p = 0,74
		¿Se siente apoyado en su vida personal (amigos, familia etc.)? - media (DE)	8,55 (1,65)	8,90 (1,17)	p = 0,09

DE: desviación estándar; DUE: diplomado universitario de enfermería; OR: odds ratio

^a Test de Mantel-Hanzel.^b p < 0,05

La categoría de referencia es la primera.

Se resaltan en negrita los valores con significación estadística.

Se compararon las puntuaciones medias de las subescalas con las obtenidas en siete estudios similares realizados en España en los últimos años^{7,10,14-18}.

Para transformar las variables evaluadas mediante escala discreta en variables categóricas, se creó una nueva variable denominada “alta percepción”, considerándose que se alcanzaba este nivel cuando su puntuación era superior a ocho. Para las subescalas del Burnout, se codificó una nueva variable denominada ‘alta afectación’, considerando que se alcanzaba este nivel cuando se superaban los puntos de corte de Gil-Monte⁹. Se utilizó la *odds ratio* (OR) y su intervalo de confianza (IC) del 95% para cuantificar el grado de asociación de las variables independientes con las subescalas de Burnout. El análisis ajustado se realizó mediante regresión logística binaria, incluyendo en el modelo las variables potencialmente confundidoras según el criterio de Maldonado-Greeland¹⁹.

El análisis estadístico se realizó con el programa IBM SPSS Statistics, versión 19.0.

El estudio fue aprobado por la Dirección y de las Comisiones de Calidad, Bioética y Docencia e Investigación. Para la aplicación del instrumento, no se requirió el consentimiento explícito de los participantes, ya que al ser la participación voluntaria y anónima, el responder y entregar la encuesta cumplimentada, llevaba implícito dicho consentimiento y así constaba en la información previa aportada a los trabajadores.

RESULTADOS

Los datos sociodemográficos de plantilla y las características de los profesionales respondedores a la encuesta se presentan en la Tabla 1. Se observan diferencias significativas respecto a la categoría profesional y la antigüedad laboral de los participantes en ambos momentos del estudio, con un incremento en la participación del colectivo de facultativos y de los profesionales con más de 20 años de antigüedad laboral. En cuanto a los factores desencadenantes y moduladores, se observó mejor autopercepción de la valoración por los familiares en el corte realizado en 2016.

Las puntuaciones medias de las subescalas en ambos momentos y sus percentiles 33 y 66 se presentan en la Tabla 2. Los valores obtenidos, sitúan a nuestros profesionales en un nivel medio de desgaste profesional, aunque el desgaste observado en 2016 fue inferior, con diferencias significativas entre ambos momentos para la DP y la RP.

Tabla 2. Puntuaciones Medias y percentiles 33 y 66 de las subescalas obtenidos en el estudio, 2013–2016.

Subescalas		2013	2016	Diferencia (IC95%)*	Significación estadística p*
Agotamiento emocional	Media (DE)	21,6 (10,7)	21,5 (12,9)	-0,07 (-3,37–3,23)	-
	Percentil 33	17	14	-3,0 (-0,3–6,3)	-
	Percentil 66	25	26	1 (-2,3–4,3)	-
Despersonalización	Media (DE)	6,9 (5,2)	4,7 (5,2)	-2,20 (-3,65– -0,76)	0,003
	Percentil 33	4	4	0 (-1,44–1,44)	-
	Percentil 66	8	6	-2 (0,56–3,44)	< 0,05
Realización personal	Media (DE)	36,3 (8,0)	41,7 (6,8)	5,34 (3,27–7,40)	< 0,001
	Percentil 33	38	46	8 (5,94–10,1)	< 0,05
	Percentil 66	34	40	6 (3,94–8,06)	< 0,05

DE: Desviación estándar

* Diferencias = 2016 menos 2013; (t de Student).

Se resaltan en negrita los valores con significación estadística.

Tabla 3. Frecuencia de Burnout y grado de afectación de las subescalas (MBI-HSS) obtenidas en el estudio según los puntos de corte propuestos por diferentes autores (2013–2016).

Criterios normativos	Subescala	Puntos de corte	Grado de afectación n (%)	2013	2016	Significación estadística
	Media (DE)			n (%)	p*	
Puntos de corte propios por terciles, según las recomendaciones de Maslach Corte 2013 (n = 100)	Cansancio emocional 21,6 (10,7)	≤ 17	Bajo	37 (37,0)	46 (45,5)	0,69
		18–25	Medio	31 (31,0)	20 (19,8)	
		> 25	Alto	32 (32,0)	35 (34,7)	
	Despersonalización 6,9 (5,2)	≤ 4	Bajo	33 (33,0)	57 (56,4)	0,007
		5–8	Medio	35 (35,0)	28 (27,7)	
		> 8	Alto	32 (32,0)	16 (15,8)	
	Realización personal 36,3 (8,0)	> 38	Bajo	34 (34,0)	75 (74,2)	< 0,001
		34–38	Medio	33 (33,0)	14 (13,9)	
		≤ 34	Alto	33 (33,0)	12 (11,9)	
	Burnout		n (%)	5 (5,0)	3 (3,0)	0,46
Puntos de corte de Maslach y Jackson EEUU, 1986 (personal sanitario) (n = 11.067)	Cansancio emocional 21,0 (10,7)	< 17	Bajo	32 (32,0)	41 (40,6)	0,24
		17–26	Medio	41 (41,0)	25 (24,8)	
		≥ 27	Alto	27 (27,0)	35 (34,7)	
	Despersonalización 8,7 (5,9)	< 7	Bajo	49 (49,0)	76 (75,2)	0,62
		7–12	Medio	40 (40,0)	16 (15,8)	
		≥ 13	Alto	11 (11,0)	9 (8,9)	
	Realización personal 34,6 (7,1)	≥ 39	Bajo	34 (34,0)	75 (74,3)	0,01
		32–38	Medio	45 (45,0)	20 (19,8)	
		< 32	Alto	21 (21,0)	6 (5,9)	
	Burnout		n (%)	3 (3,0)	1 (1,0)	0,31
Puntos de corte de Seisdedos España, 1997 (muestra multiocupacional) (n = 1.138)	Cansancio emocional 22,2 (9,3)	< 15	Bajo	25 (25,0)	36 (35,6)	0,60
		15–24	Medio	39 (39,0)	25 (24,8)	
		≥ 25	Alto	36 (36,0)	40 (39,6)	
	Despersonalización 7,2 (5,2)	< 4	Bajo	27 (27,0)	56 (55,4)	0,07
		4–9	Medio	47 (47,0)	29 (28,7)	
		≥ 10	Alto	26 (26,0)	16 (15,8)	
	Realización personal 36,5 (7,3)	≥ 40	Bajo	29 (29,0)	70 (69,3)	0,002
		33–39	Medio	49 (49,0)	24 (23,8)	
		< 33	Alto	22 (22,0)	7 (6,9)	
	Burnout		n (%)	7 (7,0)	3 (3,0)	0,19
Puntos de corte de Gil-Monte y Peiró España, 2000 (muestra multiocupacional) (n = 1.188)	Cansancio emocional 20,4 (11,0)	< 16	Bajo	30 (30,0)	39 (38,6)	0,60
		16–24	Medio	34 (34,0)	22 (21,8)	
		≥ 25	Alto	36 (36,0)	40 (39,6)	
	Despersonalización 6,4 (5,3)	< 4	Bajo	27 (27,0)	56 (55,4)	0,01
		4–8	Medio	41 (41,0)	28 (27,7)	
		≥ 9	Alto	32 (32,0)	17 (16,8)	
	Realización personal 36,0 (7,3)	≥ 40	Bajo	29 (29,0)	70 (69,3)	< 0,001
		36–39	Medio	30 (30,0)	15 (14,9)	
		< 36	Alto	41 (41,0)	16 (15,8)	
	Burnout		n (%)	14 (14,0)	5 (5,0)	0,03
Puntos de corte de Neira Argentina, 2004 (personal sanitario) (n = 1.152)	Cansancio emocional 18,7 (11,4)	< 12	Bajo	17 (17,0)	23 (22,8)	0,61
		12–21	Medio	42 (44,0)	33 (32,7)	
		≥ 22	Alto	41 (41,0)	45 (44,6)	
	Despersonalización 6,1 (5,8)	< 3	Bajo	20 (20,0)	45 (44,6)	< 0,001
		3–6	Medio	29 (29,0)	31 (30,7)	
		≥ 7	Alto	51 (51,0)	25 (24,8)	
	Realización personal 37,3 (7,8)	≥ 41	Bajo	29 (29,0)	70 (69,3)	< 0,001
		36–40	Medio	30 (30,0)	15 (14,9)	
		< 36	Alto	41 (41,0)	16 (15,8)	
	Burnout		n (%)	20 (20,0)	5 (5,0)	0,001
Puntos de corte de Schaufeli Holanda, 1995 (muestra multiocupacional diagnosticada de Burnout) (n = 142)	Cansancio emocional 28,6 (10,1)	< 26	Bajo	17 (17,0)	23 (22,8)	0,61
		26–33	Medio	42 (42,0)	33 (32,7)	
		≥ 34	Alto	41 (41,0)	45 (44,6)	
	Despersonalización 9,3 (4,9)	< 6	Bajo	40 (40,0)	66 (65,3)	0,15
		6–11	Medio	42 (42,0)	24 (23,8)	
		≥ 12	Alto	18 (18,0)	11 (10,9)	
	Realización personal 27,0 (5,7)	≥ 29	Bajo	86 (86,0)	98 (97,0)	0,11
		26–28	Medio	6 (6,0)	0 (0,0)	
		< 26	Alto	8 (8,0)	3 (3,0)	
	Burnout		n (%)	3 (3,0)	1 (1,0)	0,31*

DE: desviación estándar; MBI-HSS: *Maslach Burnout Inventory*

* Diferencias en el alto grado de afectación de las subescalas y la prevalencia de Burnout (2016 versus 2013) (Test de chi-cuadrado).

Se resaltan en negrita los valores con significación estadística.

Tabla 4. Diferencias en la interpretación de los resultados de "alto grado de afectación de las subescalas" y prevalencia de Burnout según los criterios normativos considerados.

Criterios normativos	Cansancio emocional		Despersonalización		Realización personal		Burnout	
	2013	2016	2013	2016	2013	2016	2013	2016
	n (N)	n (N)	n (N)	n (N)	n (N)	n (N)	n (N)	n (N)
Gil-Monte (Categoría de referencia)	36 (64)	40 (61)	32 (68)	17 (84)	41 (59)	16 (85)	14 (86)	5 (96)
Maslach	27 (73) 0,17*	35 (66) 0,467*	11 (89) < 0,001*	9 (92) 0,09*	21 (79) 0,002*	6 (95) 0,02*	3 (97) 0,005*	1 (100) 0,09*
Seisdedos	36 (64) 1*	40 (61) 1*	26 (74) 0,35*	16 (85) 0,85*	22 (78) 0,003*	7 (94) 0,04*	7 (93) 0,1*	3 (98) 0,47*
Neira	41 (59) 0,46*	45 (56) 0,47*	51 (49) 0,006*	25 (76) 0,16*	41 (59) 1*	16 (85) 1*	20 (80) 0,25*	5 (96) 1*
Schaufeli	41 (59) 0,46*	45 (56) 0,47*	18 (82) 0,02*	11 (90) 0,22*	8 (92) < 0,001*	3 (98) 0,001*	3 (97) 0,005*	1 (100) 0,09*

* Significación estadística de las diferencias observadas en los resultados de alto grado de afectación de las subescalas y prevalencia de Burnout (criterios de Gil-Monte frente al resto de criterios normativos considerados) (Test de chi-cuadrado).

n: Número de individuos con alto grado de afectación de la subescala (3).

N: Número de individuos con nivel medio o bajo de afectación de la subescala (1, 2).

Se resaltan en negrita los valores con significación estadística.

Tabla 5. Asociación de las variables sociodemográficas, desencadenantes y moduladoras con las subescalas de Burnout según los puntos de corte de Gil-Monte (2013–2016).

Variable	Cansancio emocional		Despersonalización		Realización personal		Burnout			
	Alta afectación/ total; n (%)	OR ajustada (IC95%)	Alta afectación/ total; n (%)	OR ajustada (IC95%)	Burnout/ total n (%)	OR ajustada (IC95%)	Burnout/ total n (%)	OR ajustada (IC95%)		
Edad (años)	2013	< 50	26/65 (40,0)	2,5 ^a	22/65 (33,8)	2,1 ^a	28/65 (43,1)	5,9 ^{a,b}	9/65 (13,8)	2,6 ^a
		≥ 50	6/25 (24,0)	(0,8–8,1)	6/25 (24)	(0,6–6,9)	6/25 (24,0)	(1,5–23,9)	3/25 (12,0)	(0,4–15,8)
	2016	< 50	26/58 (44,8)	1,7 ^a	14/62 (22,6)	7,4 ^a	10/60 (16,7)	1,0 ^a	5/63 (7,9)	No
		≥ 50	8/25 (32,0)	(0,6–5,2)	1/28 (3,6)	(0,8–66,1)	10/27 (11,1)	(0,2–4,7)	0/28 (0)	valorable
Formación específica	2013	No	8/27 (29,6)	0,7 ^f	8/27 (29,6)	0,8 ^f	14/27 (51,9)	2,1 ^f	4/27 (14,8)	1,3 ^f
		Si	27/71 (38,0)	(0,3–2,2)	23/71 (32,4)	(0,3–2,4)	26/71 (36,6)	(0,8–6,0)	9/71 (12,7)	(0,3–5,7)
	2016	No	15/34 (44,1)	1,4 ^f	7/38 (18,4)	0,5 ^f	10/38 (26,3)	4,5 ^{f,g}	3/39 (7,7)	1,5 ^f
		Si	21/58 (36,2)	(0,5–4,0)	9/62 (14,5)	(0,1–2,1)	5/59 (8,5)	(1,1–17,9)	2/62 (3,2)	(0,2–13,5)
Valorado por pacientes	2013	No	7/14 (50,0)	3,7 ^f	7/14 (50,0)	3,2 ^f	10/14 (71,4)	5,3 ^{f,g}	4/14 (28,6)	4,2 ^f
		Si	22/71 (31,0)	(0,9–15,6)	18/71 (25,4)	(0,8–13,5)	23/71 (32,4)	(1,2–24,8)	6/71 (8,5)	(0,8–22,9)
	2016	No	5/6 (83,3)	8,4 ^f	2/7 (28,6)	3,1 ^f	4/7 (57,1)	4,4 ^f	2/7 (28,6)	15,4 ^f
		Si	24/76 (31,6)	(0,9–82,0)	11/81 (13,6)	(0,4–26,1)	10/77 (13,0)	(0,7–27,0)	2/81 (2,5)	(0,9–26,0)
Valorado por familiares	2013	No	11/22 (50,0)	4,2 ^{f,g}	10/22 (45,5)	2,9 ^f	13/22 (59,1)	3,1 ^f	6/22 (27,3)	4,6 ^{f,g}
		Si	18/62 (29,0)	(1,2–14,7)	16/62 (25,8)	(0,9–0,8)	21/62 (33,9)	(0,9–10,5)	5/62 (8,1)	(1,01–21)
	2016	No	8/10 (80,0)	5,7 ^{f,g}	4/11 (36,4)	2,5 ^f	5/11 (45,5)	5,4 ^{f,g}	3/11 (27,3)	24,4 ^{f,g}
		Si	20/68 (29,4)	(1,1–32,5)	8/73 (11,0)	(0,4–15,3)	8/70 (11,4)	(1,1–29,0)	1/73 (1,4)	(1,3–45,0)
Valorado por superiores	2013	No	8/30 (26,7)	0,6 ^f	8/30 (26,7)	0,9 ^f	13/30 (43,3)	1,4 ^f	4/30 (13,3)	1,0 ^f
		Si	24/59 (40,7)	(0,2–1,8)	18/59 (30,5)	(0,3–2,7)	22/59 (37,3)	(0,5–3,8)	7/59 (11,9)	(0,2–4,7)
	2016	No	14/25 (56,0)	3,3 ^{f,g}	6/28 (21,4)	1,3 ^f	9/29 (31,0)	9,7 ^{f,g}	5/29 (17,2)	No
		Si	18/60 (30,0)	(1,1–10,1)	10/65 (15,4)	(0,3–4,8)	4/61 (6,6)	(1,7–54,3)	0/65 (0)	valorable
Experiencia profesional	2013	↑Percepción	11/31 (35,5)	1,1 ^c	9/31 (29,0)	1,1 ^c	5/31 (16,1)	0,3 ^{c,g}	4/31 (12,9)	1,2 ^c
		Resto	24/68 (35,3)	(0,4–2,8)	23/68 (33,8)	(0,4–2,9)	35/68 (51,5)	(0,08–0,8)	10/68 (14,7)	(0,3–4,8)
	2016	↑Percepción	5/21 (23,8)	0,6 ^c	1/26 (3,8)	0,4 ^c	2/26 (7,7)	0,2 ^c	0/26 (0)	No
		Resto	31/71 (43,7)	(0,2–2,2)	15/74 (20,3)	(0,04–3,5)	13/71 (18,3)	(0,03–2,1)	5/75 (6,7)	valorable
Optimismo	2013	↑Percepción	16/45 (35,6)	1,0 ^e	13/45 (28,9)	0,7 ^e	9/45 (20,0)	0,2 ^{e,g}	5/45 (11,1)	0,6 ^e
		Resto	19/54 (35,2)	(0,4–2,5)	19/54 (35,2)	(0,3–1,9)	31/54 (57,4)	(0,07–0,6)	9/54 (16,7)	(0,2–2,2)
	2016	↑Percepción	8/31 (25,8)	0,3 ^e	6/35 (17,1)	1,6 ^e	3/33 (9,1)	0,3 ^e	0/35 (0)	No
		Resto	28/61 (45,9)	(0,1–1,0)	10/65 (15,4)	(0,4–5,8)	12/64 (18,8)	(0,07–1,8)	5/66 (7,6)	valorable
Apoyo social	2013	↑Percepción	20/63 (31,7)	0,4 ^e	19/63 (30,2)	0,9 ^e	21/63 (33,3)	0,3 ^{e,g}	7/63 (50,0)	0,4 ^e
		Resto	16/37 (43,2)	(0,2–1,1)	13/37 (35,1)	(0,3–2,7)	20/37 (54,1)	(0,1–0,9)	7/37 (18,9)	(0,1–1,6)
	2016	↑Percepción	19/59 (32,2)	0,6 ^e	8/65 (12,3)	1,1 ^e	4/63 (6,3)	0,07 ^{e,g}	1/65 (1,5)	0,2 ^e
		Resto	17/33 (51,5)	(0,2–1,6)	7/34 (20,6)	(0,3–3,8)	10/33 (30,3)	(0,01–0,4)	3/35 (8,6)	(0,02–2,1)

^a Ajustado para sexo, antigüedad en el puesto de trabajo, tipo de contrato y categoría profesional.

^b Ajustado para edad, antigüedad en el puesto de trabajo, tipo de contrato y categoría profesional.

^c Ajustado para edad, sexo, antigüedad en el puesto de trabajo y categoría profesional.

^d Ajustado para edad, sexo, tipo de contrato y antigüedad en el puesto de trabajo.

^e Ajustado para edad, sexo, tipo de contrato y categoría profesional.

^f Ajustado para edad, categoría profesional, tipo de contrato y antigüedad en el puesto de trabajo.

^g p < 0,05

↑Percepción: Elevada percepción de la variable moduladora considerada, considerándose que se alcanzaba este nivel cuando su puntuación era superior a 8. Se resaltan en negrita los valores con significación estadística.

Nuestra media para el CE en el corte de 2016 (21,5) fue superior al valor promedio de los siete estudios consultados (19,9). Nuestra media para la escala de RP también fue superior al valor promedio de dichos estudios ($RP_{2016} = 41,7$ frente a 34,4), mientras que nuestra puntuación en la escala de DP fue inferior al valor promedio ($DP_{2016} = 4,7$ frente a 7,1).

Los resultados de prevalencia de Burnout y grado de afectación de las subescalas variaron considerablemente en función de los criterios normativos aplicados. En la Tabla 3, se presentan los resultados obtenidos en ambos momentos, comparando su interpretación en función de los valores normativos considerados. El criterio más restrictivo fue el de Schaufeli.

Para el CE, no se observaron diferencias en la interpretación de resultados, mientras que para la DP, la RP y la prevalencia de Burnout, sí que se observaron diferencias transculturales en la interpretación de los resultados al aplicar los criterios de Gil-Monte frente al resto de puntos de corte considerados (Tabla 4).

Las variables sociodemográficas mostraron escasa asociación con las variables resultado, mientras que una alta percepción de algunas de las variables moduladoras, sí que mostró asociación con el Burnout y con la alta afectación de las subescalas que lo definen (Tabla 5).

DISCUSIÓN

Para calcular la prevalencia de Burnout, se han utilizado diferentes puntos de corte, evidenciando la importancia de la selección de valores normativos adecuados para evitar sesgos en la interpretación de los resultados. La prevalencia obtenida varió considerablemente en función de los puntos de corte utilizados. La causa de esta variabilidad es que, para definir los puntos de corte que evalúan el síndrome, Maslach y Jackson² proponen utilizar los percentiles 33 y 66, de modo que dividen la muestra en tres grupos iguales para cada subescala. Pero este método, proporciona puntos de corte diferentes en función de la población estudiada. Esta variabilidad se debe a las diferencias ocupacionales y transculturales de las muestras utilizadas en los distintos estudios. Los puntos de corte definidos por Maslach para la población americana son más altos para CE y DP que los europeos, mientras que sus valores normativos son más bajos para la RP, observándose diferencias significativas respecto a la aplicación de puntos de corte obtenidos en muestras de habla hispana. El criterio más restrictivo es el de Schaufeli, ya que al basarse en percentiles obtenidos sobre una muestra de profesionales con problemas de estrés ocupacional, es el único criterio validado clínicamente para el diagnóstico del Burnout. En el presente estudio, como en otros trabajos^{7,20}, obtuvimos prevalencias menores al aplicar este criterio, ya que estos puntos de corte sólo detectan los casos clínicamente relevantes.

El índice de participación fue inferior al 50%, aunque en estudios similares realizados mediante cuestionarios autogestionados y anónimos enviados al personal sanitario, es difícil superar esa tasa^{7,14}. Sin embargo, algunos autores obtuvieron índices superiores, por encima del 60%, en estudios realizados sobre colectivos más específicos o en el ámbito de atención primaria¹⁵. La tasa de participación se incrementó un 8% en el corte realizado en 2016, lo que indica cierto aumento en la adhesión al procedimiento.

Existen múltiples estudios sobre Burnout y estrés ocupacional en profesionales sanitarios, pero muchos presentan limitaciones metodológicas. Algunos trabajos refieren porcentajes bajos, medios y altos de CE, DP y RP, sin aportar las medias de las subescalas ni la prevalencia del síndrome²¹. Otros aportan el dato de la prevalencia de Burnout, pero es difícil comparar los resultados obtenidos por distintos investigadores. Esta dificultad se debe a que utilizan criterios normativos diferentes²², refiriendo los resultados en muchas ocasiones a puntos de corte estadounidenses¹⁶ o a valores de sus propios terciles¹⁷. Algunos clasifican como Burnout a los profesionales con un nivel medio o alto de afectación de las tres subescalas^{15,18}, o diagnostican el síndrome cuando están afectadas a alto nivel dos de las subescalas²³, sobredimensionando la prevalencia del síndrome. Otros estudios, al igual que el nuestro, se han realizado en muestras pequeñas o tienen bajas tasas de respuesta, por lo que es difícil

extrapolar los resultados²⁴. Sin embargo, casi todos los trabajos coinciden en que la principal manifestación del síndrome y la más estable en el tiempo es el CE¹⁶, hecho también observado en nuestro estudio. Se observaron diferencias significativas entre ambos momentos para las subescalas de DP y RP, pero el CE no mostró cambios significativos.

Hemos comprobado la variabilidad del criterio estadístico de los percentiles propuesto por Maslach para el cálculo de los puntos de corte poblacionales, ya que los valores obtenidos en 2016 fueron sensiblemente diferentes a los de 2013. Esa variabilidad corrobora la necesidad de establecer criterios normativos estandarizados, estables y acordes a las características de la población estudiada. En el MBI, al no definirse un criterio clínico de referencia que identifique claramente las personas que han desarrollado el síndrome, la clasificación resulta arbitraria y puede inducir a errores en la interpretación de los resultados, especialmente cuando las subescalas no presentan una distribución ajustada a la normalidad²⁰. Muchos autores proponen utilizar puntos de corte específicos por país y profesión^{9,12,25}, para evitar estos sesgos. En nuestro trabajo, para estudiar la asociación entre variables, hemos utilizado los criterios normativos definidos por Gil-Monte⁹ para una muestra multiocupacional española, ya que son los que mejor se adaptan a las características de la población estudiada.

Analizando la influencia de las variables sociodemográficas, se observó asociación entre la edad y la realización personal en el corte realizado en 2013, con mayor realización personal en los profesionales de más edad. Estos resultados difieren de los observados en otros estudios, en los que se observaba asociación entre ciertas variables sociodemográficas y la presencia de Burnout^{10,15,17,26}. No existe consenso en la configuración del perfil epidemiológico del síndrome^{15,18}. Respecto al sexo, existen trabajos en los que se encuentra mayor afectación en las mujeres^{26,27}, otros lo encuentran en los varones^{11,15} y otros que no hallan diferencias significativas, como fue nuestro caso.

Según nuestros resultados, el apoyo social actuaba como factor protector para la RP en los dos cortes realizados, probablemente porque amortigua el estrés laboral, hecho también descrito en la literatura²⁸. Por el contrario, actuaron como factores de riesgo respecto al CE, RP y la presencia de Burnout, la baja valoración por pacientes, familiares y superiores. La escala de DP no mostró asociación con ninguna de las variables consideradas, mientras que la RP fue la escala que mostró mayor número de asociaciones con las variables explicativas, igual que sucedía en otros estudios consultados^{10,14,17}. La falta de formación y una percepción negativa de la valoración por pacientes, familiares y superiores incrementaba el riesgo de afectación de la subescala, mientras que una alta percepción de experiencia profesional, optimismo y apoyo social actuaron como factores protectores.

Para algunos autores, ciertas características personales y laborales (ambiente caótico, malas relaciones interpersonales, sensación de inequidad) se asocian con niveles altos de Burnout^{15,29}. Otros han encontrado asociación entre Burnout y bajos niveles de empatía³⁰, pues si el ambiente es tóxico, se altera la dinámica laboral y se genera estrés.

Las características del presente estudio no permiten extraer conclusiones generales. Pero puede plantear la posibilidad de reducir el desgaste profesional aplicando medidas que permitan reducir el estrés laboral y mejorar la calidad de vida de los trabajadores. Es dudosa eficacia que pueden tener unos profesionales que a su vez están necesitando ayuda¹⁶. La vocación profesional, ciertos rasgos de personalidad y el trabajo en equipo bien planteado, con objetivos claros, realistas y asumidos por todos, son el mejor antídoto para el Burnout. Los profesionales con personalidad positiva, optimismo y autoeficacia, son menos propensos a quemarse¹⁰, hallazgos también observados en nuestro estudio.

Entre las limitaciones de nuestro estudio está su diseño transversal, que no permite extraer conclusiones de causalidad ni direccionalidad de las relaciones entre las variables estudiadas. Sería necesario realizar estudios longitudinales para analizar dichas relaciones. Existe un posible sesgo de selección, ya que al ser la participación voluntaria y anónima, los profesionales más proactivos suelen ser los más participativos. El bajo número de participantes es otra limitación, dado el pequeño tamaño de la organización, hecho que impide extrapolar los resultados obtenidos.

Nuestros profesionales presentan un nivel medio de desgaste profesional, similar al obtenido en otros estudios realizados en primaria o en hospitales de agudos, aunque el componente emocional afecta más en nuestro medio.

La prevalencia de Burnout varió significativamente en función de los puntos de corte aplicados. Esto confirma la importancia de utilizar valores normativos acordes a las características de la población estudiada para evitar sesgos transculturales en la interpretación de los resultados.

REFERENCIAS

1. Maslach C, Schaufeli WB, Leiter MP. Job burnout. *Annu Rev Psychol.* 2001;52:397-422. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.52.1.397>
2. Maslach C, Jackson SE. Maslach Burnout Inventory. 2.ed. Palo Alto: Consulting Psychologists Press; 1986.
3. Shirom A, Melamed S. A comparison of the construct validity of two burnout measures in two groups of professionals. *Int J Stress Manag.* 2006;13(2):176-200. <https://doi.org/10.1037/1072-5245.13.2.176>
4. Taris TW, Le Blanc PM, Schaufeli WB, Schreurs PJG. Are there causal relationships between the dimensions of the Maslach Burnout Inventory? A review and two longitudinal tests. *Work Stress.* 2005;19(3):238-55. <https://doi.org/10.1080/02678370500270453>
5. Loera B, Converso D, Viotti S. Evaluating the psychometric properties of the Maslach Burnout Inventory-Human Services Survey (MBI-HSS) among Italian nurses: how many factors must a researcher consider? *PLoS One.* 2014;9(12):e114987. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0114987>
6. Lee RT, Seo B, Hladkyj S, Lovell BL, Schwartzmann L. Correlates of physician burnout across regions and specialties: a meta-analysis. *Hum Resour Health.* 2013;11:48. <https://doi.org/10.1186/1478-4491-11-48>
7. Grau-Alberola E, Gil-Monte PR, García-Juesas JA, Figueiredo-Ferraz H. Incidence of burnout in Spanish nursing professionals: a longitudinal study. *Int J Nurs Stud.* 2010;47(8):1013-20. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2009.12.022>
8. Kim H, Juye Ji. Factor structure and longitudinal invariance of the Maslach Burnout Inventory. *Res Soc Work Pract.* 2009;19(3):325-39.
9. 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. *Rev Psicol Trab Organ.* 2000;16(2):135-49.
10. Cañadas-De la Fuente GA, Vargas C, San Luis C, García I, Cañadas GR, De la Fuente EI. Risk factors and prevalence of burnout syndrome in the nursing profession. *Int J Nurs Stud.* 2015;52(1):240-9. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2014.07.001>
11. Seisdedos-Cubero N. Versión española del Maslach Burnout Inventory. Madrid: Ediciones TEA; 1997
12. Schaufeli WB, Van Dierendonck D. A cautionary note about the cross-national and clinical validity of cut-off points for the Maslach Burnout Inventory. *Psychol Rep.* 1995;76(3 Pt 2):1083-90.
13. Neira MC. Cuando se enferman los que curan: estrés laboral y burnout en los profesionales de la salud. Buenos Aires: Gambacop; 2004.
14. Grau A, Suñer R, García MM. Desgaste profesional en el personal sanitario y su relación con los factores personales y ambientales. *Gac Sanit.* 2005 [citado 29 nov 2017];19(6):463-70. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/gsv19n6/original6.pdf>
15. Prieto Albino L, Robles Agüero E, Salazar Martínez LM, Daniel Vega E. Burnout en médicos de atención primaria de la provincia de Cáceres. *Aten Primaria.* 2002;29(5):294-302. [https://doi.org/10.1016/S0212-6567\(02\)70567-2](https://doi.org/10.1016/S0212-6567(02)70567-2)
16. 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 Pública.* 2004;78(4):505-16.
17. Pera G, Serra-Prat M. Prevalencia del síndrome del quemado y estudio de los factores asociados en los trabajadores de un hospital comarcal. *Gac Sanit.* 2002 [citado 29 nov 2017];16(6):480-6. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/gsv16n6/original2.pdf>

18. Jiménez Blanco S, Frutos LLanes R, Blanco Montagut LE. Síndrome de Burnout: estudio de la prevalencia y factores de riesgo en los profesionales de enfermería de Atención Primaria de Ávila. *Rev Enferm Cyl*. 2011 [citado 29 nov 2017];3(2):13-24. Disponible en: <http://www.revistaenfermeriacyl.com/index.php/revistaenfermeriacyl/article/view/60/47>
19. Maldonado G, Greenland S. Simulation study of confounder-selection strategies. *Am J Epidemiol*. 1993;138(11): 923-36.
20. Gil-Monte PR, Marucco MA. Prevalencia del “síndrome de quemarse por el trabajo” (burnout) en pediatras de hospitales generales. *Rev Saude Publica*. 2008;42(3):450-6. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102008000300009>
21. Caballero Martín MA, Bermejo Fernández F, Nieto Gómez R, Caballero Martínez F. Prevalencia y factores asociados al burnout en un área de salud. *Aten Primaria*. 2001;27(5):313-7.
22. Domínguez Fernández JM, Herrera Clavero F, Villaverde Gutiérrez MC, Padilla Segura I, Martínez Bagur ML, Domínguez Fernández J. Síndrome de desgaste profesional en trabajadores de atención a la salud en el área sanitaria de Ceuta. *Aten Primaria*. 2012;44(1):30-5. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2011.01.004>
23. Fonseca M, Sanclemente G, Hernández C, Visiedo C, Bragulat E, Miró O. Residentes, guardias y síndrome de burnout. *Rev Clin Esp (Barc)*. 2010;210(5):209-15. <https://doi.org/10.1016/j.rce.2009.12.006>
24. Reyna C, Bracco C. Síndrome de Burnout y estrategias de afrontamiento en acompañantes terapéuticos. *Rev Invest Psicol*. 2011;14(2):31-45. <https://doi.org/10.15381/rinvp.v14i2.2098>
25. Schaufeli WB, Bakker AB, Hoogduin K, Schaaap C, Kladler A. On the clinical validity of the Maslach burnout inventory and the burnout measure. *Psychol Health*. 2001;16(5):565-82. <https://doi.org/10.1080/08870440108405527>
26. Atance Martínez C. Aspectos epidemiológicos del síndrome de Burnout en personal sanitario. *Rev Esp Salud Publica*. 1997 [citado 29 nov 2017];71(3):293-303. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/resp/v71n3/burnout.pdf>
27. Teixeira C, Ribeiro O, Fonseca AM, Carvalho AS. Burnout in intensive care units: a consideration of the possible prevalence and frequency of new risk factors: a descriptive correlational multicentre study. *BMC Anesthesiol*. 2013;13(1):38. <https://doi.org/10.1186/1471-2253-13-38>
28. Mingote Adán JC, Moreno Jiménez B, Gálvez Herrer M. Desgaste profesional y salud de los profesionales médicos: revisión y propuestas de prevención. *Med Clin*. 2004;123(7):265-70.
29. Salanova M, Del Líbano M, Llorens S, Schaufeli WB. Engaged, workaholic, burned-out or just 9-to-5? Toward a typology of employee well-being. *Stress Health*. 2014;30(1):71-81. <https://doi.org/10.1002/smi.2499>
30. Yuguero O, Ramon Marsal J, Esquerda M, Vivanco L, Soler-González J. Association between low empathy and high burnout among primary care physicians and nurses in Lleida, Spain. *Eur J Gen Pract*. 2017;23(1):4-10. <https://doi.org/10.1080/13814788.2016.1233173>

Contribución de los Autores: MJMP: concepción y diseño del trabajo, análisis e interpretación de los datos, escritura y revisión del artículo; responsable y garante de que todos los aspectos del manuscrito han sido revisados y discutidos entre los autores. FJCH, NAB, ETM, AMA, NFB: colaboración en el diseño del trabajo, análisis de los datos, escritura y revisión del artículo y aprobación de la versión final para su publicación.

Conflicto de Intereses: Los autores declaran no haber conflicto de intereses.