

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA



TESIS DOCTORAL

***Evaluación del síndrome de burnout en cirujanos bucales e
implantólogos en España***

MEMORIA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTORA

PRESENTADA POR

Lucía Gutiérrez Sánchez

DIRECTORES

José María Martínez González
Fernando Fernández Cáliz
Cristina Barona Dorado

Madrid

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA



TESIS DOCTORAL

EVALUACIÓN DEL SÍNDROME DE BURNOUT EN CIRUJANOS BUCALES E
IMPLANTÓLOGOS EN ESPAÑA

MEMORIA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR

PRESENTADA POR

LUCÍA GUTIÉRREZ SÁNCHEZ

DIRECTOR

PROF.DR. JOSÉ MARÍA MARTÍNEZ GONZÁLEZ
PROF.DR. FERNANDO FERNÁNDEZ CÁLIZ
PROF.DRA. BARONA DORADO

A mis padres, pilar fundamental de mi vida. Gracias por haberos dedicado en cuerpo y alma a ayudarme a crecer, tanto personal como académicamente. Sin vuestro apoyo incondicional esto no hubiera sido posible.

Os estaré eternamente agradecida.

AGRADECIMIENTOS

Al Prof. José M^a Martínez González, por su rigor académico, científico e investigador, así como por su paciencia infinita, que han hecho que este proyecto haya podido llegar a término. Para mí es un honor que aceptara dirigir esta tesis, ya que ha sido mi mentor en el campo de la Cirugía Bucal y espero poder seguir contando con su apoyo durante el resto de mi andadura profesional.

Al Dr. Fernando Fernández Cáliz, por su ayuda a lo largo de todos estos años para conseguir culminar una de tantas metas que hemos alcanzado juntos. Gracias por tu esfuerzo en momentos de agotamiento, y por haber confiado en que esto sería posible.

A la Dra. Cristina Barona Dorado, por mostrarme la importancia de estar bien formada en este mundo quirúrgico, y ser una inspiración para entender que mujer y continuidad en la formación no tienen por qué estar reñidas.

Al Dr. Pedro Cuesta, del Centro de Procesado de Datos de la Universidad Complutense de Madrid, por facilitarme la comprensión de los datos estadísticos a través de esa cercanía y accesibilidad que transmite al realizar su trabajo.

A mis hijos, Álvaro y Elena, quienes, a pesar de ocupar su sitio preferente en mi vida, han tenido que sobrellevar situaciones de ausencias y esperas, pero han demostrado ser lo suficientemente maduros como para renunciar a sus necesidades ayudándome a cumplir este objetivo, dándome todo su apoyo y comprensión a través de su cariño.

A Elena, mi hermana, esa otra mitad que me complementa y me anima a seguir alcanzando los retos de la vida. Su entusiasmo y la confianza que deposita en mí, siempre hacen que crea que se puede llegar donde te propongas.

A mis amigas, que han hecho más llevadero este ciclo, en especial a Nuria, quien me ha ayudado de manera incondicional a recorrer este largo, pero fructífero camino.

ÍNDICE

RESUMEN	15
SUMMARY	21
I. ANTECEDENTES Y JUSTIFICACIÓN	25
II. INTRODUCCIÓN	
II.1. ¿QUÉ ES EL BURNOUT?.....	27
II.2. EL DESCUBRIMIENTO DEL BURNOUT. HISTORIA.....	34
II.3. DIFERENCIACIÓN RESPECTO A OTROS CONSTRUCTOS.....	40
II.4. MODELOS DE DESARROLLO DEL SÍNDROME.....	42
II.5. ORIGEN DEL SÍNDROME.....	45
II.6. ¿QUIÉN DESARROLLA EL SÍNDROME?.....	51
II.7. EVALUACIÓN DE LA NECESIDAD DE ESTUDIOS PARA VALORAR LA PREVALENCIA, INCIDENCIA Y LOS COSTES DEL BURNOUT A LAS SOCIEDADES DESARROLLADAS.....	52
II.8. LIMITACIONES DEL SÍNDROME.....	54
II.9. CRITERIOS DIAGNÓSTICOS.....	58
II.10. ESTUDIOS CLÍNICOS DEL SÍNDROME DE BURNOUT EN PROFESIONALES DE LA SALUD.....	74
III. HIPÓTESIS DE TRABAJO Y OBJETIVOS	77
IV. MATERIAL Y METODOLOGÍA	
IV.1. MATERIALES	
IV.1.1. MUESTRA.....	79
IV.1.2. INSTRUMENTO PARA LA RECOGIDA DE DATOS.....	87
IV.2. METODOLOGÍA	
IV.2.1. DISEÑO DEL ESTUDIO.....	87

IV.2.2. CRITERIOS DE INCLUSIÓN/ EXCLUSIÓN.....	88
IV.2.3. REALIZACIÓN DE LA ENCUESTA.....	90
IV.2.4. TRATAMIENTO ESTADÍSTICO.....	90
V. ANÁLISIS DE RESULTADOS	
V.1. ANÁLISIS DESCRIPTIVO	
V.1.2. EDAD.....	93
V.1.2. SEXO.....	94
V.1.3. ESTADO CIVIL.....	95
V.1.4. NÚMERO DE HIJOS.....	96
V.1.5. TIPO DE CLÍNICA EN LA QUE TRABAJA LA MAYORÍA DE LOS DÍAS.....	97
V.1.6. NÚMERO DE DÍAS / SEMANA QUE TRABAJA.....	98
V.1.7. NÚMERO DE HORAS/ SEMANA QUE TRABAJA.....	99
V.1.8. AÑOS QUE LLEVA EJERCIENDO COMO CIRUJANO BUCAL.....	100
V.1.9. ¿ESTÁ EN TRATAMIENTO CON ANSIOLÍTICOS?.....	101
V.1.10. ¿EN QUÉ TURNO DESARROLLA SU TRABAJO?.....	102
V.1.11. TIPO DE CONTRATACIÓN.....	103
V.1.12.¿EN CUÁNTAS CONSULTAS TRABAJA?.....	104
V.1.13.¿EN CUÁNTAS CIUDADES TRABAJA?.....	105
V.1.14.¿EN QUÉ CIUDADES TRABAJA?.....	107
V.1.15. DESCRIPCIÓN DE LOS 9 ÍTEMS QUE MIDEN EL CANSANCIO EMOCIONAL.....	124
V.1.16. DESCRIPCIÓN DE LOS 5 ÍTEMS QUE MIDEN LA DESPERSONALIZACIÓN.....	135
V.1.17. DESCRIPCIÓN DE LOS 8 ÍTEMS QUE MIDEN LA REALIZACIÓN PERSONAL.....	152

V.1.18. GRÁFICAS DE COMPARACIÓN DE RIESGOS Y DE ÍTEMS DE LAS TRES SUBESCALAS.....	154
V.2. ANÁLISIS INFERENCIAL	
V.2.1. DESCRIPCIÓN DE LAS VARIABLES ESTADÍSTICAMENTE SIGNIFICATIVAS PARA EL CANSANCIO EMOCIONAL.....	161
V.2.2. DESCRIPCIÓN DE LAS VARIABLES ESTADÍSTICAMENTE SIGNIFICATIVAS PARA LA DESPERSONALIZACIÓN.....	170
V.2.3. DESCRIPCIÓN DE LAS VARIABLES ESTADÍSTICAMENTE SIGNIFICATIVAS PARA LA REALIZACIÓN PERSONAL.....	174
V.3. ANÁLISIS MULTIVARIANTE	
V.3.1. DESCRIPCIÓN DE LA INFLUENCIA DE LAS VARIABLES MÁS REPRESENTATIVAS EN EL CANSANCIO EMOCIONAL.....	178
V.3.2. DESCRIPCIÓN DE LA INFLUENCIA DE LAS VARIABLES MÁS REPRESENTATIVAS EN LA DESPERSONALIZACIÓN.....	181
V.3.3. DESCRIPCIÓN DE LA INFLUENCIA DE LAS VARIABLES MÁS REPRESENTATIVAS EN LA REALIZACIÓN PERSONAL.....	184
VI. DISCUSIÓN.....	208
VII. CONCLUSIONES.....	211
VIII. BIBLIOGRAFÍA.....	223

RESUMEN

EVALUACIÓN DEL SÍNDROME DE BURNOUT EN CIRUJANOS BUCALES EN IMPLANTÓLOGOS EN ESPAÑA

INTRODUCCIÓN

El síndrome de burnout es un fenómeno que fue descrito por primera vez en 1974 por Freudenberger, en EEUU. Dos años más tarde, una psicóloga americana, C. Maslach le pone nombre, y aporta un dato fundamental para la comprensión de la evolución del mismo: explica que es un síndrome tridimensional, en el que el profesional que lo padece sufre cansancio emocional, despersonalización y falta de realización personal, y que afecta a aquellas personas que son entusiastas con su trabajo y que desempeñan labores asistenciales. Esta autora crea una escala para poder evaluar el síndrome, el Maslach burnout Inventory, y aunque ha sufrido múltiples adaptaciones para poder aplicarlo en diferentes campos, sigue siendo el “gold standard” para evaluarlo.

OBJETIVOS

1. OBJETIVO PRINCIPAL

El objetivo principal de este estudio es evaluar la prevalencia del síndrome de burnout en cirujanos bucales e implantólogos en España.

2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Los objetivos específicos son:

1. Determinar si existe algún tipo de relación entre la edad del cirujano y la aparición de las manifestaciones del síndrome.
2. Analizar si el estado civil puede influir en el desarrollo del síndrome.
3. Evaluar si existe algún tipo de relación entre el número de horas de trabajo semanales y la aparición de manifestaciones del síndrome, así como entre el lugar de trabajo y la evolución del mismo.
4. Establecer si los años de experiencia como cirujano bucal pueden desencadenar el síndrome.

MATERIAL Y MÉTODO

El desarrollo de este trabajo se llevó a cabo mediante la difusión de la encuesta MBI de Maslach acompañada de un cuestionario sociodemográfico, vía mail y manual. Se administraron 450 encuestas, y siguiendo los criterios de inclusión establecidos, se seleccionaron un total de 238 para el estudio. Se trata de un diseño transversal analítico, y para el análisis de los resultados obtenidos se utilizó el sistema SPSS25.

RESULTADOS

En la subescala del cansancio emocional, son significativas las variables:

- Horas trabajadas/semana: el incremento de riesgo de padecer cansancio emocional es directamente proporcional al número de horas/ semana trabajadas.
- Años que lleva el profesional ejerciendo como implantólogo: los profesionales que llevan entre 10-15 años de ejercicio profesional los que más cansancio emocional sufren.
- Ingesta de ansiolíticos: el riesgo se duplica respecto a los profesionales que no están en tratamiento.

En la subescala de la despersonalización, encontramos significación para las siguientes variables:

- Edad del profesional: a mayor edad, menor riesgo de sufrirla.
- Tipo de consulta: mayor despersonalización en aquellos profesionales que trabajan en franquicias.
- Horas/ semana trabajadas: el riesgo de despersonalización aumenta, a medida que se incrementan el número de horas de trabajo.
- Años que lleva ejerciendo como cirujano/ implantólogo: aquellos profesionales con más años de experiencia laboral sufren menor despersonalización.

En la subescala de la realización personal, los profesionales con hijos sienten mayor realización personal que aquellos que no los tienen, y el incremento de las horas trabajadas provoca una disminución de la misma.

CONCLUSIONES

1.- Alrededor del 60% de la población de cirujanos bucales e implantólogos, analizados en este estudio, tienen un riesgo medio-alto de padecer el síndrome de burnout.

2.- La edad no es un factor influyente en el cansancio emocional, sin embargo, los profesionales de mayor edad tienen menor riesgo de despersonalización y mayor sensación de realización personal.

3.- El estado civil no afecta al cansancio emocional y a la despersonalización; si bien, los profesionales divorciados sufren más falta de realización personal.

4.- Los profesionales que trabajan más de 35 horas semanales presentan mayor riesgo de padecer el síndrome.

5.- Los trabajadores de las franquicias dentales se ven afectados por una mayor despersonalización que aquellos que trabajan en consultas privadas y en clínicas de

aseguradoras. Sin embargo, no existen diferencias en las subescalas del cansancio emocional ni de la realización personal entre los diferentes tipos de clínicas.

6.- Los años de ejercicio profesional influyen en el cansancio emocional y en la despersonalización, siendo el primero mayor en el grupo que lleva trabajando entre 10 y 15 años y la segunda menor en el grupo que lleva más de 16 años ejerciendo como cirujano bucal o implantólogo.

SUMMARY

EVALUATION OF BURNOUT SYNDROME IN ORAL SURGEONS IN IMPLANTOLOGISTS IN SPAIN

INTRODUCTION

Burnout syndrome is a phenomenon that was first described in 1974 by Freudenberger, in the US. Two years later, an American psychologist, C. Maslach puts its name, and provides a fundamental data for the understanding of the evolution of it: she explains that it is a three-dimensional syndrome, in which the professional who suffers from emotional fatigue, depersonalization and lack of personal realization, and that affects those people who are enthusiastic about their work and who perform care work. This author creates a scale to be able to evaluate the syndrome, the Maslach Burnout Inventory, and although she has undergone multiple adaptations to be able to apply it in different fields, it is still the "gold standard" to evaluate it.

OBJECTIVES

1. MAIN OBJECTIVE

The main objective of this study is to evaluate the prevalence of burnout syndrome in oral surgeons and implantologists in Spain.

2. SPECIFIC OBJECTIVES

The specific objectives are:

1. Determine if there is any kind of relationship between the age of the surgeon and the onset of manifestations of the syndrome.
2. Analyze whether marital status can influence the development of the syndrome.
3. Assess whether there is any kind of relationship between the number of weekly working hours and the occurrence of manifestations of the syndrome, as well as between the workplace and the evolution of the syndrome.
4. Establish whether years of experience as an Oral Surgeon can trigger the syndrome.

MATERIAL AND METHOD

The development of this work was carried out through the dissemination of the Maslach MBI survey accompanied by a sociodemographic questionnaire, via mail and manual. 450 surveys were administered, and following the established inclusion criteria, a total of 238 were selected for the study. It is an analytical cross-cutting design, and the SPSS25 system was used for the analysis of the results obtained.

RESULTS

In the subscale of emotional tiredness, the variables are significant:

- Hours worked/week: The increased risk of emotional fatigue is directly proportional to the number of hours/week worked.
- Years the professional has been practicing as an implantologist: professionals who have been exercising between 10-15 years of professional exercise who suffer the most emotional fatigue.
- Anxiolytic intake: the risk is doubled compared to professionals who are not being treated.

In the subscale of depersonalization, we find significance for the following variables:

- Age of the professional: at an older age, the lower the risk of suffering from it.
- Type of consultation: greater depersonalization in those professionals who work in franchises.
- Hours/week worked: The risk of depersonalization increases as the number of working hours increases.
- Years he has been practicing as a surgeon/implantologist: those professionals with more years of work experience suffer less depersonalization.

In the subscale of personal fulfillment, professionals with children feel greater personal fulfillment than those who do not, and the increase in hours worked causes a decrease of it.

CONCLUSIONS

1.- About 60% of the population of oral surgeons and implantologists, analyzed in this study, have a medium-high risk of burnout syndrome.

2.- Age is not an influential factor in emotional fatigue, however, older professionals have a lower risk of depersonalization and a greater sense of personal fulfillment.

3.- Civil status does not affect emotional tiredness and depersonalization; although divorced professionals suffer more lack of personal fulfillment.

4.- Professionals working more than 35 hours per week are at increased risk of developing the syndrome.

5.- Workers in dental franchises are affected by greater depersonalization than those working in private consultations and insurance clinics. However, there are no differences in the subscales of emotional fatigue or personal fulfillment between different types of clinics.

6.- Years of professional exercise influence emotional tiredness and depersonalization, being the first largest in the group that has been working between 10 and 15 years and the second minor in the group that has been practicing as a oral surgeon or implantologist for more than 16 years.

I. ANTECEDENTES Y JUSTIFICACIÓN

La sociedad contemporánea está sufriendo múltiples cambios que generan la aparición de grandes exigencias de adaptación de las empresas, provocando transformaciones en los sistemas de trabajo y en la actividad de los trabajadores (1).

Esta sociedad emergente es mucho más exigente con el trabajador, ya que no sólo demanda una asistencia laboral, sino que también reclama asistencia emocional. Estos cambios, unidos a los sociales y demográficos, también repercuten sobre la percepción de la vida laboral, sobre los comportamientos y sobre la reacción emocional del propio trabajador, tanto dentro como fuera de su entorno laboral.

El síndrome de burnout fue descrito, inicialmente, como un desorden psicosocial, en lugar de psicofisiológico, es decir, se han estudiado la interacción entre las características de la personalidad y estresores ambientales. De esto se puede deducir, que la naturaleza del burnout cambiará si así lo hacen las presiones sociales.

El síndrome de burnout provoca resentimiento hacia las demandas constantes de la vida, problemas interpersonales, dificultades familiares, irritabilidad, cansancio físico y emocional, cinismo y sentimiento de atrapamiento en esa situación que están viviendo.

El tipo de burnout de hace dos décadas es muy diferente al actual; antes estaba basado en una sensación de tristeza interior, de no conseguir los objetivos que para uno mismo tenían sentido a nivel personal y social. Sin embargo, el burnout de la sociedad actual está generado por la competencia exagerada con los compañeros o por el deseo de ganar más dinero, o por la sensación de que se está siendo privado de algo que realmente se merece (2).

Esto es lo que ha cambiado el sentido del trabajo; lo que se busca ahora es el beneficio personal, principalmente el económico, y ya no importa cuánto puede aportar a nivel personal el trabajo. Lo que importa hoy en día es “¿Cuánto me van a pagar por el trabajo?”

El síndrome de burnout es un fenómeno creciente, tanto que en la actualidad, en Pubmed, al introducir las palabras clave burnout y síndrome, aparecen 13367 artículos científicos y el primer artículo referenciado data de 1973 (3). Esto evidencia que el síndrome de burnout ha sido capaz de atraer la atención de investigadores, clínicos y de la sociedad en general, a pesar de que en los inicios se creyera que no tenía importancia, y que se trataba de un tema de moda o una invención cultural (4). En abril de 2019 ha pasado a ser considerado como enfermedad por la OMS, lo que ha supuesto un cambio en la percepción de su importancia y repercusiones en la sociedad.

Hasta la fecha, no se han encontrado pruebas científicas concluyentes sobre las causas del burnout, entre otras cosas, porque se ha descrito como un proceso dinámico, pero sí hay descritos factores de riesgo que pueden favorecer la aparición del síndrome, tales como la sobrecarga laboral, conflictos en el trabajo, reducción de recursos, inseguridad laboral, entre otros (3).

A día de hoy, el burnout es un reto tanto para los investigadores como para los clínicos, ya que existen muchas lagunas y desconocimiento del mismo.

La prioridad debería ser conseguir un consenso en lo que a la unificación de definiciones del síndrome y criterios diagnósticos del mismo se refiere. Sólo de esta manera podrán establecerse afirmaciones sobre la prevalencia, incidencia y factores de riesgo del burnout. Los pacientes afectados necesitan tener ayuda competente y sentir que son tenidos en cuenta (4).

Existen numerosos estudios sobre la aparición del síndrome y sus consecuencias en diferentes campos laborales, tales como la docencia, medicina, enfermería, policía..., sin embargo, en la odontología son muy escasos los artículos encontrados al respecto, y la mayoría de ellos, hacen referencia a grupos de estudiantes de grado o postgrado (5). Creemos que, dentro del ámbito de la Odontología, la Cirugía Bucal, es una especialidad que genera unos picos de estrés mantenido importantes, debido no solo al trato directo

con el usuario, como en cualquiera de las otras especialidades, sino también por la necesidad de tomar decisiones rápidas y resolutivas para solventar imprevistos que pueden surgir en determinadas cirugías, en las que el profesional tiene mucha responsabilidad.

De igual manera, en los últimos años han surgido grupos de clínicas muy diferentes a las tradicionales, en las que existe una jerarquía organizacional que en ocasiones entorpece la toma de decisiones al profesional, y en las que, muchas veces, la carga de pacientes es excesiva.

Así mismo, los usuarios del servicio cada vez son más exigentes, y en muchas ocasiones culpan al profesional y a los trabajos que éste les realiza, de sus problemas.

Creemos que si encontramos las causas que influyen en la aparición del síndrome en este grupo de profesionales, podremos hacer frente al mismo con unas medidas de prevención que podemos empezar a enseñar antes de que dichos profesionales salgan al mercado laboral, es decir, durante su formación en la facultad, como ya describen algunos autores en relación a otras profesiones (5).

De esta forma, consideramos justificado la realización de un trabajo de investigación sobre este síndrome, en el marco de la Odontología, y en concreto, en los profesionales que desarrollan su actividad como cirujanos bucales e implantólogos.

II. INTRODUCCIÓN

¿QUÉ ES EL BURNOUT?

El diccionario define la expresión "burn-out", como una caída, como el sentimiento de agotamiento extremo debido a una demanda excesiva de energía, fuerza y recursos (6).

En un principio, el burnout era un concepto difícil de explicar, ya que no existía una definición aceptada universalmente, y existían múltiples opiniones sobre qué era y cómo podía tratarse. Se empleó el término para referirse a conceptos diferentes, así que no resultó fácil, en los inicios, generar una base sólida para establecer una comunicación sobre los problemas y las soluciones al mismo. En cualquier caso, en lo que sí existía un consenso, era en la existencia de las tres dimensiones que conformaban el síndrome: el cansancio emocional, la despersonalización y la falta de realización personal, y de esta existencia derivó el desarrollo de la teoría de Maslach, de tratar el constructo como si fuese tridimensional, con sus tres subescalas (7).

EL DESCUBRIMIENTO DEL BURNOUT. HISTORIA.

El término burnout, referido a la psicología-psiquiatría, fue acuñado por Freudenberg en 1974, en su artículo "Staff Burnout" (6). Es considerado el padre del síndrome de burnout, ya que lo describió tras experimentarlo de forma personal. En su artículo, el autor relataba como él trabajaba en una clínica en Nueva York, destinada a la desintoxicación de drogadictos (Free Clinic de Nueva York), en donde la mayor parte de los empleados eran voluntarios jóvenes, idealistas y muy motivados con su trabajo. Observó cómo algunos de ellos sufrían una pérdida de energía, de motivación y una falta de compromiso, acompañadas de una serie de síntomas mentales y físicos. Pudo comprobar que esta situación tenía lugar, habitualmente al año de haber empezado a trabajar en la clínica. El clínico utilizó el término "Burnout" para referirse a este estado,

porque era el utilizado, coloquialmente hablando, para referirse al efecto que provocaban las drogas (6).

Dos años más tarde, Maslach (8), una psicóloga dedicada a la investigación, comenzó a interesarse por la forma en la que los empleados de los servicios asistenciales hacían frente a las situaciones emocionales que vivían en sus trabajos. Ella utilizó el término Burnout, porque era el empleado por los abogados de oficio de California, para describir el proceso de agotamiento gradual, cinismo, y falta de compromiso de los compañeros con los que trabajaban.

El hecho de que este síndrome no se definiera hasta los años setenta, no quiere decir que no existiese hasta la fecha, ya que existen registros históricos a lo largo del tiempo y de las diferentes culturas (desde el Antiguo Testamento hasta las obras de Shakespeare) (9)(8). Autores como Schwartz y Will (10) habían publicado un caso, el de Miss Jones, una enfermera de psiquiatría absolutamente desencantada con su trabajo, que es el caso más citado en la literatura; de igual manera, algunos guionistas, antes de los años 70 reflejaron personajes de ficción que presentaban una sintomatología que coincidía con el síndrome descrito por Maslach y Freudenberger, lo que ocurría es que se le había dado otro nombre diferente (11).

Gracias al “descubrimiento”, más o menos simultáneo, del síndrome, por parte del clínico Freudenberger y de la investigadora Maslach, se crean dos vías de avance independientes: una clínica, que se centra en el asesoramiento, en la prevención y en el tratamiento de los síntomas, y otra científica, centrada en la investigación y teoría de la evolución del síndrome (7).

Debido a la aparición de múltiples artículos, se pudo describir el fenómeno, adjudicarle un nombre, y mostrar al mundo, que este síndrome no se trataba de un fenómeno aberrante de gente con algún tipo de trastorno psicológico, sino que era más frecuente de lo que se creía, y cualquier persona que trabajase en servicios asistenciales podía sufrirlo.

La pregunta que nos surge es: ¿por qué no atrajo este síndrome la atención pública hasta tanto tiempo después? La mayoría de los autores coinciden en que esto es debido a que la sociedad sufrió en esa época unos cambios sociales, económicos e históricos importantes. En la sociedad de hace treinta años, reinaba el idealismo, mientras que, con el paso del tiempo, la motivación para trabajar de manera intensa, fue cambiando: alcanzar un estatus económico y social superior, se convirtieron en los objetivos de los trabajadores. La rentabilidad del trabajo realizado, los resultados y el éxito inmediato, son conceptos que se escuchan en todos los campos laborales, incluso en aquellos que son asistenciales; frases como “es lo mismo”, “no importa” “qué más da”, muestran el sentimiento de desapego de la sociedad actual y la pérdida de valores éticos, que se tenían en los años setenta. Además, todas las sociedades en general, y la americana, en concreto, en lo que al entorno laboral se refiere, se ha vuelto muy tecnológica, lo que ha hecho que tanto el trabajo como las relaciones interpersonales hayan sufrido cambios importantes, tales como la supresión de parte del contacto con compañeros para tratar temas de trabajo, debido a la existencia de los correos electrónicos para comunicarnos, así como invertir el tiempo de descanso en el ordenador, en lugar de interactuar con los profesionales del entorno de trabajo. A consecuencia de esto, los trabajadores contemporáneos se han ido aislando más de su entorno laboral, familiar y social.

El tipo de burnout de la sociedad actual ha cambiado; el que se diagnosticaba hace dos décadas, estaba basado en un desencanto con uno mismo, con la sensación de no conseguir los objetivos de trabajo establecidos por el propio individuo; sin embargo, el actual, está provocado por la presión de conseguir objetivos marcados por otros, por la competitividad establecida frente a otros compañeros, por el deseo de conseguir más dinero, o por la sensación de estar siendo privado de algo que se merece (2).

La combinación de las altas expectativas en el entorno laboral, sumada a la escasez de recursos para afrontar la frustración laboral, es la semilla perfecta para la aparición del síndrome de burnout.

Las organizaciones laborales se han vuelto cada vez más intervencionistas, y los usuarios de los servicios tienen, cada vez, necesidades más altas, lo que conlleva que sea más difícil para los profesionales encontrar una satisfacción profesional en los trabajos sociales, y la desilusión y el burnout son, en la actualidad, más frecuentes.

Autores como Chernis (12), utilizan como argumento para justificar la aparición de este síndrome, la idea de que la sociedad actual tiende a una individualización que conlleva un aumento de la presión en los servicios sociales, ya que el tejido social que aportaba estabilidad al individuo se está desintegrando, y los problemas que antes eran resueltos por familiares, vecinos, amigos, entre otros, ahora tienen que ser atendidos por profesionales. A esta demanda creciente, se suma el hecho de que los gobiernos no han aumentado de forma proporcional la aportación económica para la dotación de personal para dichos servicios, lo que provoca la sobrecarga de trabajo para la gente dedicada a este sector. Así mismo, este autor remarca la pérdida de autoridad de los profesionales en las últimas décadas, y la educación que reciben antes de llegar a sus puestos de trabajo, en la que, en muchas ocasiones, se les crean falsas expectativas que chocan con la realidad del trabajo diario.

Los cinco años siguientes a la descripción del síndrome, surgió mucha literatura al respecto. Los primeros artículos estaban basados en las experiencias de personas que trabajaban en servicios asistenciales y de la salud, en los que el trabajo consiste en ofrecer ayuda a personas que la necesitan. En este tipo de profesiones, los factores estresores personales y emocionales son un riesgo añadido (6,8). El fenómeno de burnout había generado más interés en los profesionales dedicados a la práctica clínica, y no tanto en aquellos dedicados a la investigación, lo que provocó que la literatura de esos comienzos fuese muy poco empírica.

Desde el punto de vista clínico, los estudios se centraban en los síntomas de burnout y en los problemas mentales (bienestar emocional y psicológico). También se analizó la relación proveedor-receptor, en lo que a contexto de trabajo se refiere. La

investigación llevada a cabo en un inicio era descriptiva, ya que se empleaban entrevistas, casos clínicos y estudios de campo, pero pronto se vio que era necesario ahondar en el desarrollo empírico del fenómeno (7).

El primer inconveniente con el que nos encontramos es que el concepto aún no había sido desarrollado, y se encuadraban dentro de él diferentes patologías que no tenían mucho que ver. Autores como Perlman y Hartman (13), revisaron 48 artículos publicados entre 1974 y 1981, y comprobaron que tan sólo cinco de ellos tenían validez científica. Los académicos consideraban que, al no existir teorías sobre el burnout, no podía existir un marco conceptual para integrar y evaluar los diversos hallazgos y las posibles soluciones al problema.

En la siguiente fase de los años 80, los trabajos sobre el burnout entraron en una fase más focalizada y organizada, más empírica. Surgieron métodos para evaluar el síndrome, reconocidos a nivel mundial, tales como cuestionarios e investigaciones metodológicas de poblaciones grandes. El Maslach Burnout Inventory (MBI-HHS) y el Tedium Measure, cuya primera versión se publicó en 1981 (14), son los más populares, y facilitaban a los investigadores definiciones más precisas y material metodológico, para explicar la presencia del síndrome en profesionales dedicados a servicios asistenciales. De esta manera, aumentaron las publicaciones de artículos en revistas de investigación.

Hasta los años 80, los únicos estudios que existían eran americanos, y no seguían una sistemática de investigación adecuada y homogénea. De manera progresiva, el interés por este fenómeno fue extendiéndose a países angloparlantes, como Canadá y el Reino Unido; a raíz de esta situación, todos los libros y escalas de medida fueron traducidos a diferentes idiomas, y ya, en estos países, el síndrome empezó a describirse con el material necesario para poder estudiarlo, y no de la forma caótica que había surgido en EEUU.

Para todos los investigadores que utilizaron la escala de MBI, el síndrome constaba de tres subescalas:

1. Cansancio emocional.
2. Despersonalización
3. Falta de realización personal

El cansancio emocional se refiere a un estado de pérdida de los recursos mentales y psicológicos, que influyen en el estado de humor, provocando un agotamiento de la energía mental. Esta dimensión es la que más peso tiene dentro del síndrome, y es considerada clave en el mismo. Parece que es la precursora de la despersonalización y de la baja realización personal, además de ser un instrumento de medida de la tensión laboral, ya que puede aportar información sobre la satisfacción laboral y sobre las intenciones de abandono del trabajo (15). Su presencia es necesaria para la aparición del síndrome, pero debemos aclarar que no es suficiente, es decir, deben aparecer valores altos en dos de las tres subescalas (7).

La siguiente subescala, la de la despersonalización, se define como la actitud negativa hacia las relaciones personales en el entorno laboral. El individuo crea barreras, bien sea con los propios compañeros, o con los receptores del servicio que presta. Las demandas de los usuarios del servicio son más manejables cuando se considera a los receptores del servicio como objetos impersonales. La despersonalización fue descrita, como un mecanismo de defensa psicológico frente al estrés crónico (16) y es el mecanismo de distanciamiento que tiene el individuo cuando siente un agotamiento emocional extremo, lo que hace que se haya considerado que estas variables tienen un fuerte vínculo, demostrado por los diferentes estudios llevados a cabo. La despersonalización pudo ser estudiada mejor en el momento en el que surgieron los estudios de campo, como complemento a las entrevistas, porque así se pudo comprobar “in situ”, cuáles eran los problemas en el trabajo, tales como: sobrecarga laboral, escasez de recursos al alcance del profesional , y una falta de reconocimiento por parte del receptor del servicio (7).

La falta de realización personal, genera una disminución de la autoestima y provoca una sensación de ineficacia para conseguir los objetivos en el trabajo. Esta variable no tiene una relación lineal con las otras dos del síndrome, ya que no todas las personas que sienten cansancio emocional y despersonalización tienen baja realización personal (16). La falta de realización personal suele ir ligada a la escasez de recursos, mientras que el cansancio emocional y la despersonalización surgen a consecuencia de una sobrecarga de trabajo y a conflictos sociales en el entorno del mismo (7)

En los años 90, el concepto de burnout se empieza a utilizar para describir situaciones de agotamiento emocional en profesiones diferentes a las asistenciales y aparecen los primeros casos en profesionales de la educación. A partir de este momento, se mejora la investigación en este campo, ya que surgen herramientas estadísticas y metodológicas más desarrolladas (17).

Esto llevó a los autores a crear una segunda edición del Maslach Burnout Inventory en 1986 para explicar que era necesario crear otra forma del MBI, conocida como el MBI-ES (Educators Survey), para analizar poblaciones no asistenciales. Insistía en que el síndrome era un proceso profesional que podía derivarse de cualquier actividad profesional e incluso no profesional (17,18).

Pocos años más tarde, surgen los estudios en grupos no investigados hasta el momento, describiéndose el síndrome en deportistas (19-21), directivos de empresas (22) e incluso en las relaciones parentales (23) y en las maritales (24,25). Así mismo, se mejoran las definiciones del síndrome y se modifica el MBI, apareciendo el MBI-GS (General Survey), en la tercera edición de la obra, en 1996, en la que surgen ligeras modificaciones de los ítems, y se conceptualizan las tres subescalas del término de manera más amplia en lo que al trabajo en sí se refiere, no solo centrándose en las relaciones personales derivadas del trabajo. Esta escala modificada, mide el burnout en profesionales no asistenciales ni dedicados a la educación (25).

En esta fase más avanzada en la investigación, comienzan a aparecer estudios para la prevención y el tratamiento del síndrome. Gracias a la aparición de estudios longitudinales se pueden evaluar las relaciones entre el entorno de trabajo en un momento determinado, y los pensamientos y sentimientos del individuo más tarde.

En la actualidad, el síndrome fue reconocido como enfermedad en mayo de 2019 por la OMS, lo que deja constancia de la importancia creciente del mismo.

DIFERENCIACIÓN RESPECTO A OTROS CONSTRUCTOS

Gil Monte (1), hace referencia en su libro "El síndrome de quemarse por el trabajo" a un artículo de Arntz y Picht, en el que se define la palabra concepto como "una unidad de pensamiento que abarca una serie de características comunes asignadas a los objetos, y que no están vinculadas a determinadas lenguas, aunque reciben la influencia social y cultural de cada momento". Los conceptos son elementos clave para la comprensión de los fenómenos, nos ayudan a entender lo que son y lo que no son. Los términos a su vez, son unidades de forma y contenido, y tanto los conceptos, como los términos, son fundamentales para desarrollar el conocimiento (1).

La finalidad más importante del lenguaje científico es transmitir conocimientos de forma precisa. Esta precisión puede verse afectada en aquellos casos en los que los términos empleados presenten sinonimia, polisemia u homonimia (26). Si para denominar un mismo fenómeno existen diferentes sinónimos, puede llevar a confusiones, ya que puede hacernos pensar que estamos trabajando sobre cuestiones diferentes.

La expresión originaria para describir el síndrome, es de origen anglosajón, "Burnout Modelo f", y ha sido traducida de 17 formas diferentes al castellano, existiendo,

por tanto, distintas denominaciones para un mismo concepto. Estas 17 denominaciones se pueden clasificar en tres grandes grupos:

Un primer grupo que toma como referencia para la denominación en castellano el término anglosajón. Dentro de este primer grupo, todas las denominaciones que incluyen el término “síndrome” parecen más acertadas, ya que nos dan información sobre que se trata de una patología constituida por diferentes síntomas que será necesario diagnosticar para poder hablar de la patología propiamente dicha y poder tratarla. También es muy importante resaltar que el síndrome lo padece el trabajador, pero que la consecuencia de la aparición del mismo es el entorno laboral, no el propio trabajador, evitando, de esta manera, que el trabajador pueda ser estigmatizado y así ser más vulnerable en su entorno laboral. Así, las definiciones del término más acertadas son aquellas en las que se usa la preposición “por” y no “en”. De esta manera, queda más que aclarado que la aparición del síndrome es causada directamente por el entorno laboral.

Otra ventaja de referirse a esta patología como “síndrome de estar quemado por el trabajo”, es que ayuda a establecer diferencias con aquellas personas que simplemente hablan de estar quemadas, esto es, contempla la verdadera sintomatología, la cronicidad del síndrome y la intensidad de sus manifestaciones en aquellos estadios más avanzados del síndrome, pudiendo de esta manera establecer diferencias claras con las personas que pueden sentirse agobiadas, cansadas, o tristes en su trabajo durante un período de tiempo, siendo estos síntomas el inicio del síndrome, y no el final de un proceso como ellos creen.

Existe un segundo grupo, que, para referirse al síndrome de estar quemado por el trabajo, utiliza el contenido semántico de la palabra. La mayoría de las publicaciones con esta terminología las encontramos en revistas científicas y documentos dirigidos a profesionales del sector de la medicina y la enfermería, pero no en las revistas de psicología.

Estas denominaciones hablan de desgaste, agotamiento y cansancio, tanto a nivel profesional como emocional, pero no siempre el profesional que está cansado o desgastado emocional y profesionalmente, padece el síndrome, ya que hay otras situaciones descritas en psicología, como puedan ser el acoso o mobbing, en la que también aparecen estas manifestaciones.

Un tercer grupo de autores considera el síndrome como un sinónimo de estrés laboral. Este último grupo es quizás el más inexacto. No es fácil distinguir el síndrome de otros conceptos, ya que no existen límites claros en las definiciones de los mismos, por eso debemos prestar especial atención a los pequeños detalles que los diferencian. La falta de éxito terapéutico es el primer factor de estrés laboral entre los terapeutas, mientras que el burnout aparece cuando hay una falta de reciprocidad en la relación de atención y entrega al paciente (27).

El estrés laboral está claramente relacionado, por tanto, con las exigencias y presiones que conlleva el puesto de trabajo. Será más bajo cuanto más alta sea la capacidad del trabajador para adaptar sus conocimientos y su capacidad. También es más bajo siempre que el trabajador sienta apoyo social y tenga autoridad para tomar decisiones en el trabajo. De hecho, autores como Selye (28), ya referían de que la exposición a un factor de estrés provoca un síndrome de adaptación, que conlleva tres fases: 1. Fase de alarma, 2. Fase de resistencia y 3. Fase de agotamiento. Este autor defendía que después de una exposición prolongada al estrés, los recursos psicológicos no son capaces de soportar la carga, y se genera un daño irreversible para el organismo.

El estrés se define, por tanto, como un proceso de adaptación temporal a una situación, y va acompañado de síntomas físicos y psíquicos, mientras que el burnout se refiere a un colapso de la capacidad de adaptación, unida a un fallo crónico de la misma.

El estrés es difícil de evaluar y de definir, pero, lo que sí que parece estar claro a día de hoy, es que el síndrome de quemarse por el trabajo puede ser una consecuencia del estrés laboral mantenido a largo plazo, y de un fallo del individuo en la adaptación al mismo, pero esta consecuencia es tan sólo una entre todas las que puede generar el estrés, por lo tanto, equiparar los significados sería empobrecer el término estrés y sus afectaciones. También podemos afirmar que el estrés además de ser perjudicial, puede ser beneficioso, siempre y cuando se alterne con momentos de relajación. En ocasiones, las situaciones de estrés pueden llevar al profesional a sacar lo mejor de sí mismo. Sin embargo, el síndrome de quemarse por el trabajo sólo tiene consecuencias negativas para el sujeto y su entorno.

El estrés puede aparecer en cualquier ámbito de la vida de una persona, mientras que el síndrome de quemarse por el trabajo sólo puede generarse en el contexto laboral, aunque luego afecte a otros planos de la vida del individuo.

A la hora de definir el síndrome, es importante también poder diferenciar entre el concepto de burnout y fatiga física, depresión, tedio, insatisfacción laboral y acontecimientos de la edad media de la vida. ¿Cómo podemos diferenciar el síndrome de otros constructos psicológicos? ¿Es el síndrome de burnout un fenómeno nuevo o es uno antiguo con una nueva etiqueta?

Respecto a cómo diferenciar la fatiga física del síndrome de burnout, la característica clave es la duración del proceso de recuperación. En la fatiga este proceso es más rápido que en el síndrome de burnout, y además puede estar acompañada de sentimientos de realización personal y de éxito, gracias a un trabajo bien hecho.

En ocasiones, el síndrome de burnout puede confundirse con un proceso depresivo. En los inicios de la descripción del síndrome, autores como Meier (29) hablan de un solapamiento entre ambas patologías, sin embargo, la depresión estaba reconocida como una enfermedad mental, mientras que el síndrome de burnout, hasta mayo de 2019,

que ya fue reconocido como enfermedad por la OMS, era considerado únicamente, como factor que influía en el estado de salud (30).

A medida que se fue ahondando en las diferentes investigaciones, se comprobó que tanto la etiología como el desarrollo de ambas era diferente, a pesar de que los MBI tests mostrasen una relación entre el cansancio emocional y la depresión. Autores como Ahola y cols. (31), obtienen resultados en sus estudios en los que muestran cómo, casi el cincuenta por ciento de los participantes con burnout severo, tienen un trastorno depresivo. Este riesgo de sufrir un trastorno depresivo aumentaba cuando el burnout era muy severo, y disminuía si el burnout era más leve o inexistente. Este autor también demostró que los profesionales que habían sufrido un proceso depresivo severo tiempo atrás, estaban menos quemados que aquellos que estaban en pleno proceso depresivo.

La diferencia más importante, a tener en cuenta, entre la depresión y el síndrome de burnout es que éste último está claramente ligado al trabajo, mientras que la depresión afecta a todos los ámbitos de la vida de la persona. Además, en la depresión, el individuo tiene sentimiento de culpa, de tristeza, mientras en el burnout, siente ira y rabia hacia las personas que le rodean y que están involucradas en su entorno laboral.

En lo que sí parecen coincidir los diferentes autores, es en que los individuos con tendencias depresivas son más vulnerables a la hora de padecer el síndrome. A pesar de las similitudes que puedan existir entre las dos situaciones clínicas, no debemos olvidar que el tratamiento de ambas también es diferente (32).

Para poder diferenciar el síndrome de otros constructos, es fundamental tener en cuenta su multidimensionalidad, su relación con variables antecedentes-consecuentes y su proceso de desarrollo progresivo y continuo (30).

Aunque existen muchas diferencias entre las definiciones, en lo que a alcance y precisión del síndrome se refiere, todas ellas tienen en común 5 elementos:

1. Existe un predominio de síntomas de disforia, como cansancio emocional y mental, fatiga y depresión.
2. El acento está en los síntomas mentales y de comportamiento, aunque algunos autores describan síntomas atípicos también.
3. Los síntomas de burnout están relacionados con el trabajo
4. Los síntomas se manifiestan en personas que no sufrían ninguna alteración psíquica previa.
5. Los comportamientos y la actitud negativa reducen la efectividad y la calidad del trabajo.

Diferentes autores han intentado establecer diferencias entre el tedio-aburrimiento y el síndrome de burnout. El primero ha sido descrito como una experiencia general de agotamiento físico, emocional y mental, caracterizado por una depresión, hundimiento físico y emocional, burnout, y el desarrollo de actitudes negativas hacia el entorno, la propia vida y uno mismo (33,27,34).

En el caso de la satisfacción laboral, hay que explicar que es inversamente proporcional al cansancio emocional y a la despersonalización, pero suele estar ligada a la realización personal. Algunos autores han llegado a concluir que puede ser que el Burnout genere una falta de realización personal, o que sea la falta de realización personal la que genera el burnout, pero se ha analizado una tercera opción, que justifica que sean las condiciones laborales pobres, las que generen la falta de realización personal y el Burnout (7).

Otro constructo que puede ser confundido con el burnout es la crisis de la edad media de la vida; para establecer diferencias entre ellos es fundamental tener en cuenta la edad de aparición. La crisis de la edad media aparece en sujetos de mediana edad, y surge

al hacer balance de su situación laboral, y de sus éxitos y fracasos profesionales, mientras que el síndrome de burnout aparece, en la mayoría de los casos, en jóvenes que están desarrollando un trabajo y que no están preparados para afrontar las cargas emocionales que les plantea el mismo.

Para poder diferenciar el síndrome de otros constructos, es fundamental tener en cuenta su multidimensionalidad, su relación con variables antecedentes-consecuentes y su proceso de desarrollo progresivo y continuo (30).

MODELOS DE DESARROLLO DEL SÍNDROME

A lo largo de los años han surgido muchos modelos teóricos sobre el desarrollo del burnout. Sin embargo, la investigación para comprobar la fiabilidad de estas hipótesis ha sido escasa, debido a la dificultad de llevar a cabo estudios longitudinales, como se ha visto anteriormente. La mayor parte de los resultados relevantes han surgido de estudios transversales o de aquellos que han empleado modelos estadísticos causales. Los pocos estudios que han empleado medidas de repetición, lo han hecho en períodos de tiempo que oscilan entre unos meses y un año. El trabajo de Cherniss (12) marca una diferencia importante, ya que lleva a cabo un seguimiento, mediante el uso de entrevistas, desde el primer año de carrera hasta 12 años después. La literatura más reciente ha desarrollado análisis más sofisticados para identificar cómo los cambios en los estresores laborales pueden provocar cambios en el Burnout.

Surgieron múltiples teorías populares sobre el desarrollo del síndrome, a raíz de la fase inicial de investigación. Una de ellas defiende que son los mejores trabajadores y los más idealistas, los que experimentan el burnout: “sólo los que están en llamas se pueden quemar”. La explicación es que estas personas tan dedicadas al trabajo defienden tanto sus ideales que pueden llegar al agotamiento, y en ocasiones a desarrollar actitudes de cinismo, cuando el sacrificio que han llevado a cabo no ha sido suficiente para

conseguir sus objetivos. Otra teoría que surgió, es que el burnout es el resultado de una exposición prolongada a situaciones de estrés en el trabajo. Si esto fuese cierto, el síndrome debería aparecer en profesionales que llevan trabajando mucho tiempo, y, sin embargo, la literatura describe casos en jóvenes profesionales. La sobrecarga de trabajo, también fue producto de debate, ya que había que determinar si el síndrome aparecía por un exceso de trabajo, o por el contrario, si era la falta del mismo la que provocaba situaciones de aburrimiento que generaban el burnout (7).

Una vez que las tres dimensiones del síndrome fueron descritas, se presentaron nuevos modelos de desarrollo. Golembiewsky y Munzenrider (35), en 1998 proponen que cada dimensión sea clasificada según valores de “poco avanzada” a “muy avanzada”, de manera que puedan existir ocho combinaciones posibles. Estos autores defendieron que, desde el punto de vista del desarrollo del síndrome, la primera subescala que se manifestaba era la de despersonalización, seguida por una falta de realización personal y en último lugar, cansancio emocional. Otra alternativa que proponían estos autores, era que las tres dimensiones se desarrollaban de manera simultánea pero independiente, de manera que podían presentarse cualquiera de las ocho combinaciones descritas. La investigación ha mostrado como la progresión de las fases de burnout ha ido de menor a mayor, a medida que iban empeorando las condiciones de trabajo y el bienestar.

Otro modelo tridimensional habla sobre cómo la aparición de una de las manifestaciones precipita la aparición de otra. Según este modelo, el cansancio emocional es el primero que aparece, provocando el desarrollo de la despersonalización que, a su vez, provoca una falta de realización personal. Leiter y Maslach (36) llevaron a cabo un estudio en el que se veía la evolución del síndrome según esta secuencia: 1, las reacciones de estrés provocadas por los supervisores generan sentimientos de agotamiento; 2, los altos niveles de agotamiento desencadenan la aparición de reacciones de despersonalización; 3, si el cinismo persiste en el tiempo, los trabajadores sienten que tienen una falta de eficacia en su trabajo, pero observaron que ese proceso podía atenuarse si los trabajadores sentían un apoyo por parte de sus compañeros de trabajo.

En general, la investigación del burnout ha establecido la secuencialidad desde el cansancio emocional al cinismo. Sin embargo, el desarrollo de la falta de realización personal está menos clara, aunque los estudios actuales hablan de un desarrollo simultáneo de esta dimensión en lugar de hablar de uno secuencial (7).

En cualquier caso, los resultados de los estudios han de ser interpretados con mucha cautela, ya que los datos obtenidos provienen de encuestas de autoevaluación, y de estudios que metodológicamente no son demasiado fiables.

ORIGEN DEL SINDROME

El origen del síndrome es multifactorial. A diferencia de otros trastornos psicológicos, el síndrome de burnout ha sido tratado como una alteración psicosocial, en lugar de psicofisiológica, lo que quiere decir, que en lugar de buscar la interacción entre los factores genéticos y el entorno (como en el caso de la depresión), los autores que han estudiado el síndrome, se han basado en la interacción entre las características de la personalidad del individuo (factores internos) y los factores ambientales (externos) (2).

Entre los factores internos, son de especial relevancia: las expectativas idealistas del profesional; la necesidad imperiosa de determinados individuos de sentir un reconocimiento continuo en su trabajo; el querer agradar a los demás olvidando las necesidades de uno mismo; sentirse irremplazable y no querer delegar en otros compañeros, por creer que somos los únicos que podemos hacer el trabajo de manera adecuada; esforzarse de manera extrema en el trabajo y comprometerse en exceso, y, sobre todo, trabajar como si fuese la única actividad con sentido, como si fuese el sustituto de la vida social.

Entre los factores externos, cabe destacar: las demandas excesivas del trabajo; los problemas de liderazgo y colaboración; la recepción de instrucciones contradictorias para desarrollar el trabajo; la presión sobre el tiempo que tiene el individuo para llevar a cabo un correcto desarrollo de su trabajo; la presencia de una atmósfera de trabajo desagradable; la escasez de oportunidades para participar en la toma de decisiones; la falta de libertad en la toma de decisiones, así como la falta de recursos, autonomía y carencia de influencia en la organización laboral; la existencia de limitaciones administrativas y presión de los superiores acompañada por una organización de trabajo y comunicación pobres; la ausencia de apoyos sociales, de trabajo en equipo y de feedback positivo, así como la imposibilidad de promocionar debido a la existencia de problemas jerárquicos (9).

En general, los factores relacionados con el trabajo influyen más en la aparición del síndrome que los factores personales, aunque existe una variable de personalidad, el sentido de coherencia (SC), que tiene un papel mediador en la evolución del mismo.

La amplia mayoría de los trabajos de burnout, son estudios que recogen datos de manera subjetiva sobre una población no representativa. A pesar de que de este tipo de estudios no sean metodológicamente muy precisos, se han obtenido algunos resultados interesantes, pero es necesario reconocer sus limitaciones.

En primer lugar, alguna de las correlaciones entre el burnout y las diferentes variables pueden estar alteradas debido a la confianza en un solo método, o por la selección de un grupo determinado. En segundo lugar, puede ocurrir que las personas verdaderamente quemadas no respondan al cuestionario, porque se sientan avergonzadas o asustadas. En tercer lugar, este tipo de estudios no permiten un test de hipótesis de causalidad. En cuarto lugar, el impacto subjetivo de determinadas variables puede no concordar con la situación objetiva (interpretaciones de las situaciones por parte de las personas).

Teniendo en cuenta estas limitaciones, debemos ser cautos en la interpretación de los datos.

Una vez superado el boom de las primeras publicaciones, se llevaron a cabo estudios longitudinales. Estos estudios más sofisticados, desde el punto de vista metodológico, llevaron a tres conclusiones principales: en primer lugar, parece que el burnout se mantiene estable en el tiempo, o lo que es lo mismo, es una patología netamente crónica. En segundo lugar, es una patología que genera unos síntomas físicos, absentismo laboral, e incluso abandono del trabajo (el burnout es responsable del 30% del absentismo laboral en los Países Bajos) (37). En tercer lugar, también se vio que la falta de soporte social por parte de los compañeros de trabajo y de los jefes, además de la falta de entendimiento del rol que cada uno ocupa en su trabajo, puede ser la antesala de la aparición del Burnout (38,39,35,17,40).

Desafortunadamente, la mayoría de los estudios, incluyendo los diseños longitudinales, no han empleado un modelo conceptual de burnout a partir del cual se puedan derivar hipótesis y sean probadas.

El síndrome de burnout es una respuesta al estrés crónico en el trabajo. Debe ser entendido como una forma de acoso psicosocial en el trabajo. Los trabajadores que presentan este síndrome se sienten desbordados e impotentes ante la demanda de su entorno laboral (14). Todos los autores coinciden en que sólo aquellas personas entusiastas con su trabajo pueden terminar quemándose. La aparición de síntomas de este síndrome es más frecuente en aquellas personas que trabajan en contacto directo con los usuarios del servicio que prestan. En los trabajos de tipo manual, administrativo, etc., sin contacto directo con el usuario del servicio, el riesgo de padecer burnout se ve disminuido, y en el campo de la psicología se ha hecho especial hincapié en diferenciar entre el estrés laboral y el síndrome de burnout (41,42).

No es estrictamente necesario que los profesionales afectados por este síndrome lleven a cabo trabajos remunerados, ya que pueden aparecer síntomas en personas dedicadas a labores sociales o de voluntariado, a pesar de que no existan condicionantes salariales, laborales, etc. (43).

¿QUIÉN DESARROLLA EL BURNOUT?

Las características personales de cada profesional (características demográficas, de personalidad y la actitud ante el trabajo) hacen que la relación con el entorno de trabajo sea diferente. Además del estrés inherente al trabajo que realicemos, la personalidad del individuo es fundamental para poder desarrollar el burnout. Los estudios iniciales estudiaban las variables laborales y de personalidad por separado, encontrando un impacto mayor en las primeras que en las segundas.

De todas las variables sociodemográficas que han sido estudiadas, la edad es la que se ha relacionado de manera más directa con la aparición del síndrome. Entre los trabajadores jóvenes la aparición del síndrome suele ser más habitual que entre los de 30 o 40 años. La edad está relacionada con la experiencia laboral, y esa falta de experiencia en los inicios de la carrera profesional es un factor de riesgo. La relación entre esta variable y la aparición del síndrome no ha sido estudiada muy a fondo, y estos resultados deben ser interpretados con mucho cuidado, ya que existe un sesgo importante, debido a que profesionales que se queman en el trabajo pronto, lo abandonan de manera temprana, dejando a los “supervivientes” que, por consiguiente, muestran valores inferiores de burnout.

La variable sexo no es un factor predictor del burnout, a pesar de que algunos artículos hablasen de que es más frecuente en mujeres. La única diferencia consistente entre hombres y mujeres que encontramos es que las mujeres obtienen resultados más

altos de despersonalización. También existe una tendencia, según algunos estudios, a que las mujeres sufran más cansancio emocional.

En lo que al estado civil se refiere, la mayoría de los estudios refieren que los solteros parecen tener más tendencia a padecer el síndrome que aquellos que están casados, y los solteros sufren niveles más altos que los divorciados. La raza no parece influir en la aparición de burnout.

Algunos estudios han encontrado que las personas con un nivel de formación y educativo más alto son más propensos que los que tienen menos formación académica. Esta variable no es muy fácil de interpretar; es posible que las personas con un nivel de formación más alto tengan trabajos de más responsabilidad y más estrés, o también puede ocurrir que tengan expectativas más altas en sus trabajos y en el caso de que no se cumplan, sufren un estrés muy marcado.

Se han estudiado también los diferentes rasgos de personalidad, para ver si alguno de ellos puede ser un factor predictor en la aparición del burnout. Las personas que tienen niveles bajos de consistencia en el trabajo (no se involucran en actividades cotidianas, no son capaces de controlar los acontecimientos que tienen lugar y no están abiertos a cambios), tienen niveles más altos de burnout, sobre todo en la escala de cansancio emocional.

Los profesionales que están quemados por su trabajo adoptan una actitud pasiva, defensiva, ante los acontecimientos de estrés, mientras que aquellos que adoptan una actitud activa, de enfrentamiento a los sucesos que les acontecen, tienen menor riesgo de padecer burnout (7).

Se ha argumentado que los niveles bajos de consistencia en el trabajo, la falta de autoestima y evitar hacer frente a las situaciones laborales, constituyen el perfil de un individuo con tendencia a padecer estrés (44).

Las investigaciones en las dimensiones de personalidad han encontrado que el burnout está relacionado con el neuroticismo. Este concepto incluye rasgos de ansiedad, depresión, hostilidad, vulnerabilidad y complejos. Los individuos neuróticos son emocionalmente inestables y tienen tendencia a vivir situaciones de sufrimiento psicológico (45). El cansancio emocional también parece estar ligado al tipo A de comportamiento (competitividad, vivir bajo presión, hostilidad y una excesiva necesidad de control).

También se ha podido comprobar que las personas más emocionales son más susceptibles que aquellas que son más racionales.

La actitud ante el trabajo va a estar influenciada por las expectativas del trabajador. En ocasiones, las expectativas son demasiado altas, incluso inalcanzables, convirtiéndose en un factor de riesgo para la aparición del burnout. Probablemente esto sea debido a que cuando el individuo tiene expectativas muy altas está obligado a trabajar mucho y muy duro, sufriendo cansancio emocional y, en ocasiones, despersonalización, cuando sus esfuerzos no alcanzan los resultados esperados. De los estudios llevados a cabo, la mitad encuentran relación entre esta variable y la otra mitad no (7).

Estudios más recientes evalúan las variables de personalidad en conjunto con las laborales, ya que han demostrado que el grado de coincidencia entre la personalidad del individuo y las 6 áreas de trabajo evaluadas van a ser claves para que el individuo sufra Burnout o para que, por el contrario, se sienta absolutamente realizado con su trabajo. Esto ha resultado de gran interés a la hora de predecir las respuestas de un individuo frente a un tipo de trabajo, y es muy útil para las empresas. Aunque pueda parecer que esta forma de interpretar el burnout es nueva, no es así; la psicología lleva muchos años intentando explicar el comportamiento humano basándose en la interacción del individuo y el entorno. Aunque la mayoría de los modelos clasifican al individuo y al entorno como entidades independientes, las miden utilizando dimensiones proporcionales, de manera que el grado de congruencia pueda ser evaluado. Este enfoque ya era evidente en los primeros modelos de engranaje trabajo-persona de French y Rodgers (46), en el que una

mejor adaptación preveía menor estrés y mejor ajuste al trabajo. De este modo, el modelo de engranaje trabajo-persona sería el marco perfecto para entender el burnout. Los modelos de adaptación anteriores al burnout están limitados para aplicarlos directamente a este fenómeno, ya que, hasta ese momento, cuando se hablaba de adaptación individuo-trabajo, se hablaba de personalidad, o de entendimiento del trabajo, pero no de las emociones, motivaciones o repuestas al estrés. De manera similar, el trabajo es definido en términos de tareas específicas, y no teniendo en cuenta el contexto organizacional. El concepto de engranaje es tenido en cuenta como factor predictivo de resultados de elección de trabajo, organización o adaptación. Por el contrario, el concepto de burnout incluye un punto más en el proceso, cuando el profesional lleva trabajando un tiempo y siente un desajuste entre su persona y el trabajo. El reto es extender la relación trabajo-persona hacia un concepto más extenso en el que se analice a la persona en el contexto laboral (7).

Maslach y Leiter (47) afrontaron este reto intentando formular un modelo que se centra en el grado de coincidencia, o en el desajuste, entre la persona y seis ámbitos del entorno laboral del profesional. Cuanto mayor sea el desajuste, existirá más riesgo de padecer burnout, y cuanto más coincidencia exista, más posibilidades de que el profesional sienta compromiso o engagement con su trabajo. Un nuevo aspecto de este enfoque es que el desajuste se centra en la relación duradera que las personas tienen con su trabajo. Los desajustes surgen cuando el proceso de establecer un contrato psicológico deja de lado aspectos cruciales sin resolver, o cuando la relación laboral adquiere un rumbo que el trabajador considera inaceptable. En segundo lugar, mientras que los modelos anteriores de engranaje persona-trabajo predicen que determinado encaje produce ciertos resultados, este nuevo modelo teoriza que el burnout es un mediador importante de este engranaje casual. En otras palabras, la falta de coincidencia trabajo-persona, provoca burnout.

El análisis de la literatura de investigación de los factores de riesgo organizacionales nos ha permitido identificar 6 factores laborales determinantes para la aparición del burnout:

1. La carga de trabajo: la sobrecarga laboral, tanto cualitativa, como cuantitativa, contribuyen a la aparición del burnout, ya que disminuye la capacidad del trabajador para asumir la demanda de trabajo. Cuando la sobrecarga laboral se convierte en una situación habitual, no queda tiempo para el descanso, la recuperación y el restablecimiento del equilibrio. Sin embargo, una carga normal de trabajo permite al trabajador perfeccionar sus habilidades, al tiempo que le facilita ser efectivo en áreas hasta el momento no desarrolladas.

2. El control: las investigaciones han mostrado una relación clara entre la falta de control y autoridad en el trabajo, con niveles altos de estrés y burnout. Los desajustes en el control indican que los individuos no tienen suficiente dominio de los recursos que tienen para llevar a cabo su trabajo, o carecen de suficiente autoridad para conseguir que el trabajo se desarrolle tal y como ellos creen que es la manera más efectiva. Sin embargo, los trabajadores que perciben que tienen capacidad para intervenir en la toma de decisiones en su trabajo, que tienen autonomía profesional, y a su vez acceso a diferentes recursos para gestionar los problemas que van surgiendo en el trabajo, se sienten plenamente satisfechos en su trabajo. Este desajuste se refleja cuando la responsabilidad que tiene el individuo es mayor que la autoridad.

3. El reconocimiento: la falta de reconocimiento social o de recompensa económica por un trabajo bien hecho, aumenta la vulnerabilidad al burnout, ya que devalúa al trabajador y al trabajo realizado, y en general, se asocia con sentimientos de ineficacia. Esta falta de reconocimiento devalúa el trabajo y a los trabajadores, y está íntimamente relacionado con los sentimientos de ineficacia. (48).

4. Las relaciones con el entorno laboral: si el profesional siente una falta de conexión positiva con los compañeros y el entorno de trabajo, se produce el cuarto desajuste. Cuando la relación con el entorno laboral está basada en la falta de confianza y en relaciones conflictivas con los compañeros, existe un riesgo muy alto de burnout. Sin embargo, en aquellas situaciones en las que el equipo de trabajo es capaz de convivir en armonía y tienen una capacidad alta para resolver los conflictos entre ellos de manera eficaz, es más fácil que los trabajadores sientan satisfacción laboral (46).

5. *El trato justo y equitativo:* los trabajadores utilizan la percepción de la forma en la que se les trata a la hora de tomar decisiones en el trabajo, como un índice de cuál es su posición en la empresa. Entre los motivos que pueden generar esta sensación, se encuentran la diferencia de carga de trabajo o remuneración, con la falta de claridad y transparencia y cuando la evaluación del individuo y la posibilidad de promocionar en la empresa no se manejan de forma adecuada. También las situaciones laborales en las que, para mostrar las quejas o disconformidades con el trabajo, no se permite a las dos partes intervenir de la misma forma, son entendidas como situaciones de injusticia y agravio. Cuando sienten que no están siendo tratados correctamente surgen los sentimientos de enfado, cinismo y hostilidad.

6. *Los valores:* con esto nos referimos a los ideales y la motivación que tienen los individuos a la hora de realizar su trabajo. Cuando los valores del trabajador entran en conflicto con los de la empresa, se crea una fisura que generará unos niveles muy altos de burnout (47).

El desarrollo de la investigación de este modelo ha comenzado a explicar la relación entre estos seis factores laborales y las tres dimensiones del burnout. Los estudios iniciales creían que el factor “valores” jugaba un papel crucial en la interacción de los otros cinco factores. Otra posibilidad es que, el peso que cada individuo le otorga a cada uno de los seis factores laborales, va a determinar una diferencia individual importante. La tolerancia de desajuste que un individuo es capaz de sobrellevar, no está clara, y dependerá del factor laboral en el que sufra el desajuste y de los cinco factores restantes (7).

A pesar de que las variables laborales son los principales factores predictivos de burnout, algunos rasgos de personalidad han mostrado patrones de relación consistentes con la aparición del síndrome. En psicología, existe un modelo que explica las diferentes personalidades que puede tener un individuo; se conoce como: “The Big Five” o “Five Model of Personality” (45) que se utilizan habitualmente para la investigación y el estudio

sobre la personalidad. Estos modelos han sido utilizados para medir y desarrollar las diferencias entre las personalidades de los individuos, clasificándolas en cinco apartados. Estos cinco apartados incluyen a los individuos con los siguientes rasgos de personalidad:

1. Transparencia y franqueza
2. Conciencia y esmero
3. Extraversión
4. Complacencia
5. Inseguridad y falta de estabilidad emocional

En general, aumenta el riesgo de burnout en aquellas personas que tienen una personalidad más débil, en aquellos que sienten inseguridad a la hora de llevar a cabo una acción o tomar decisiones, y que además son inestables emocionalmente, los que se clasifican como neuróticos en el “Five Model of Personality”. También existe evidencia sobre que las personas que tienen un comportamiento más franco y transparente, son más dadas a padecer agotamiento emocional.

Existe relación entre el burnout y otros factores demográficos tales como la edad y el sexo. En el caso de la primera, parece que las personas de más edad sufren menos burnout, pero puede estar asociado a los años de experiencia y a la capacidad de sobrellevar los problemas de la práctica laboral diaria. Respecto al sexo, se ha demostrado, que los hombres tienen una mayor tendencia al cinismo. La falta de una relación potente entre las variables demográficas y la aparición del síndrome, demuestra que el entorno de trabajo tiene mayor peso en la aparición del síndrome de burnout, que las variables demográficas.

¿SON NECESARIOS LOS ESTUDIOS PARA EVALUAR LA PREVALENCIA, INCIDENCIA Y LOS COSTES DEL BURNOUT PARA LAS SOCIEDADES DESARROLLADAS?

Los costes personales y organizacionales del burnout han llevado al desarrollo de varias estrategias intervencionistas. En un principio, algunas de ellas trataban el síndrome después de que hubiera ocurrido, mientras que otras centraban sus esfuerzos en la prevención del mismo, fomentando el compromiso. Estas intervenciones han de llevarse a cabo en el individuo, grupo de trabajo, o sobre la organización al completo.

En un principio, los esfuerzos se centraron en las estrategias individuales para la prevención, en lugar de tratar los factores sociales y organizacionales, lo que resulta paradójico, ya que se ha demostrado que los factores laborales y organizacionales juegan un papel más importante que los individuales. Además, las estrategias individuales son relativamente inefectivas en el lugar de trabajo, ya que es ahí donde la persona tiene mucho menos control sobre los estresores que en cualquier otro aspecto de su vida diaria. Para justificar esto, la razón que encontramos es que es más fácil y barato cambiar individuos que organizaciones completas.

Las estrategias que se siguen en la actualidad son diferentes: buscan promover el compromiso con la empresa, y analizan los 6 factores laborales para identificar la necesidad de intervenir. Estas estrategias se están incorporando en las empresas para atender las demandas del individuo y de la organización, y así poder evaluar el impacto en los trabajadores.

¿ESTÁ LIMITADO EL SÍNDROME A LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN?

La mayor parte de la investigación sobre el burnout se ha llevado a cabo en trabajadores de servicios asistenciales, aunque en los últimos años, se han investigado otros campos.

El síndrome se hizo visible, en primer lugar, en los servicios sanitarios y asistenciales, quizás porque los estereotipos negativos de los clientes atentan con lo que debería ser una actitud profesional.

El fenómeno del burnout está asociado a situaciones laborales, por lo tanto, no tienen que ser sólo aquellas dedicadas al trato con personas o asistenciales; puede aparecer en empresarios, en el mundo de deporte, en políticos, etc.; para ello es necesario un análisis exhaustivo de los principales elementos de determinados trabajos que permitirían a los investigadores adaptar las tres dimensiones del síndrome a sus ocupaciones.

El primer instrumento de medida fue el MBI, creado por Maslach, para evaluar las tres subescalas que determinan la presencia del síndrome en los profesionales dedicados a tratar con personas. En aquellos casos en los que se intentaba medir la presencia de burnout en los profesionales no asistenciales, este cuestionario resultaba muy ambiguo, ya que la consistencia interna del mismo, no era la más apropiada, sobre todo para la subescala de la despersonalización. Debido a esto, se creó una nueva escala de medida en la tercera edición del Maslach Burnout Inventory Manual, en el año 1996, en la que se hace una reelaboración teórica y operacional del burnout aplicado a profesiones no asistenciales; se le dio el nombre de MBI-GS (Maslach Burnout Inventory General Survey) (25).

También se ha estudiado el fenómeno del burnout en el entorno familiar. Si el término es utilizado como un sinónimo de infelicidad o frustración, o simplemente falta de satisfacción con nuestros familiares directos, no aporta ninguna percepción nueva a

este campo. Para referirse a la aparición del síndrome de burnout en las relaciones familiares, sería necesario transformar las dimensiones del síndrome y adaptarlas al entorno familiar (49).

¿EXISTEN CRITERIOS DE DIAGNÓSTICO INDIVIDUALES PARA EL SÍNDROME DE BURNOUT?

Para responder a esta cuestión, debemos echar un vistazo a las diferentes definiciones del síndrome en las que el proceso se ha enfatizado: “el burnout es un proceso que cursa con niveles excesivos y prolongados de tensión laboral. Este proceso genera tensión en el trabajador (irritabilidad, fatiga...). Dicho proceso culmina en el momento en el que el trabajador convive con el estrés del trabajo durante largos períodos de tiempo, mediante un alejamiento psicológico y emocional, convirtiéndose en personas cínicas y apáticas (50).

También ha sido descrito como el agotamiento completo de uno mismo, tanto de los recursos físicos como psíquicos, un desgaste por intentar alcanzar expectativas irreales impuestas a uno mismo o por las demandas de la sociedad (51,52).

Este proceso gradual de “quemarse” puede desencadenar en un estado que ha sido descrito por los autores como burnout. Autores como Paine (53), han distinguido entre el síndrome de quemarse por el estrés (conjunto de sentimientos y comportamientos que aparecen en ambientes de trabajo estresantes y frustrantes) y la incapacidad mental asociada al burnout (patrón de malestar personal, con disminución del rendimiento, que es el final del proceso de burnout). Según este autor, el síndrome de estar quemado por el estrés no es un trastorno mental al uso, pero se desarrolla de manera gradual en el tiempo, y puede, en ocasiones, generar una incapacidad mental.

Los criterios diagnósticos pueden utilizarse únicamente en este estadio del proceso, que ha sido descrito de diferentes formas.

Freudenberger y Richelson (51) describen unos síntomas clínicos de burnout, entre los que se incluyen el aburrimiento, el agotamiento, cinismo, impaciencia y una sensación aumentada de irritabilidad, de sentirse despreciado, con episodios de paranoia, desorientación y negación de sentimientos, además de aquejamientos psicósomáticos.

Pines y Aronson (54) describen el síndrome como un estado de agotamiento físico, emocional y psíquico, provocado por el sometimiento, de manera sostenida en el tiempo, a situaciones de una elevada demanda emocional, y la describen de la siguiente manera:

- Agotamiento físico caracterizado por una fatiga crónica, baja energía y debilidad.
- El cansancio emocional, que es el segundo componente de burnout, incluye sentimientos de impotencia, desesperación y atrapamiento.
- El tercer componente, el agotamiento mental se caracteriza por el desarrollo de actitudes negativas hacia uno mismo, su trabajo y la vida en sí.

La definición más ampliamente utilizada para describir el burnout es la de Maslach y Jackson (55) de 1986: burnout es un síndrome que cursa con cansancio emocional, despersonalización y baja realización personal, y puede manifestarse en aquellas personas que llevan a cabo un trabajo en contacto con otras. Ellos mantienen que el burnout puede provocar un deterioro en la calidad del servicio prestado y parece ser un factor determinante en el abandono laboral, absentismo y desmoralización. Parece estar relacionado con insomnio, agotamiento físico, consumo de drogas y alcohol, al tiempo que genera problemas en el entorno familiar.

Otra definición, aunque menos conocida, también muy precisa, fue descrita por Brill (56): estado de disforia y disfunción relacionado con el trabajo, en un individuo sin ningún tipo de patología psíquica que ha actuado de manera correcta en su puesto de trabajo hasta el momento en el que se ha visto afectado por el síndrome y que no será capaz de alcanzar los niveles previos sin ayuda externa. Este autor habla de las expectativas de realidad y de las expectativas que una persona espera de sí misma, y las expectativas realistas de esa misma persona. Insiste en que no se debe confundir el síndrome de burnout con problemas de pareja, depresión, fases de transición en la vida o patología mental.

En el desarrollo de este síndrome están influyendo diferentes variables, y entre ellas caben ser destacadas las siguientes:

1. La nueva demografía poblacional. Han tenido lugar muchos movimientos migratorios que hacen más difícil al trabajador poder entenderse, ya que tratan con gente de diferente cultura.
2. La masificación en la atención de determinadas profesiones.
3. El rápido avance tecnológico
4. La lentitud en la resolución de determinados problemas por parte de las administraciones.

El interés suscitado por el síndrome de burnout se demuestra por la cantidad de reuniones que se organizan para tratar sobre el tema o por la frecuencia con la que se presentan estudios en congresos, tanto nacionales como internacionales, de Medicina o de Psicología. En los últimos años, en nuestro país, han aparecido sociedades dedicadas al estudio del estrés, que publican diferentes revistas que tratan sobre estos temas. La Society for Industrial and Organizational Psychology (BIOP) que es una de las más prestigiosas asociaciones internacionales de psicólogos del trabajo y de las organizaciones, ha incorporado el término Burnout Syndrome a sus áreas de interés, confiriéndole el mismo status de importancia que a otras áreas de la psicología del trabajo.

Con la ley de Prevención de riesgos laborales en España (ley 31/1995) de 8 de noviembre, BOE 10-11-95) se puso en marcha la normativa de la Comunidad Económica Europea en materia de prevención de riesgos laborales. Esta ley reconoce la ordenación y la organización del trabajo como elementos susceptibles de provocar riesgos laborales, y ha provocado el interés en la prevención de los mismos. Define la prevención como el conjunto de medidas adoptadas en todas las fases de la actividad de la empresa, con el fin de evitar o disminuir los riesgos derivados del trabajo. Así mismo, define el riesgo laboral como la posibilidad de que un trabajador sufra un determinado daño derivado del trabajo, y a su vez, define daño derivado del trabajo, a las enfermedades, patologías o lesiones sufridas con motivo u ocasión del trabajo.

La ley recoge cómo el empleador debe evitar estos riesgos y prevenir sus consecuencias, mediante la planificación, buscando un conjunto coherente, que integre en ella la técnica, la organización del trabajo, las condiciones del mismo, las relaciones sociales y la influencia de los factores ambientales de trabajo.

Junto con esta ley apareció una campaña de concienciación tanto a los empleadores como a los trabajadores, sobre la importancia que tiene la evaluación y la prevención del estrés laboral y del síndrome de burnout para disminuir los accidentes y el absentismo laboral, al igual que para mejorar la salud y la calidad de vida de todos los trabajadores, ya que se ha venido observando cómo el estrés y el agotamiento son problemas de salud mental en el medio ambiente de trabajo y que el síndrome de burnout es un efecto crónico del estrés laboral sobre la salud, de dimensiones similares a otros trastornos mentales (7).

Fue en mayo de 2019 cuando la OMS reconoció el síndrome como una enfermedad.

Cuando hablamos de síndrome de burnout, es muy importante especificar que esta patología debe ser entendida como una forma de acoso psicosocial en el trabajo; el trabajador se ve desbordado y se percibe incapaz de afrontar los problemas que le genera

su entorno socio - laboral. Los trabajadores se sienten agotados y desgastados por la percepción continua de presión en su trabajo. Este matiz es muy importante a la hora de ahondar en el estudio del burnout y para buscar su prevención y tratamiento.

No debemos dirigir nuestra atención sólo al individuo, sino que tendremos que buscar cómo poder mejorar la técnica de trabajo para disminuir esa sensación de falta de control en lo que estamos haciendo, al igual que tendremos que ser capaces de establecer un control sobre la organización, evitando estresores que provengan de las jerarquías organizacionales. Así mismo, es muy importante que las condiciones de trabajo sean adecuadas, que no haya un exceso de carga, y que las relaciones sociales con los compañeros y con los usuarios de los servicios prestados, sean lo más fluidas posible.

ESTUDIOS CLÍNICOS DEL SÍNDROME DE BURNOUT EN PROFESIONALES DE LA SALUD

Cooper y Watts (57), en 1987 determinan la salud mental de una muestra de 484 odontólogos en Inglaterra, Escocia, Gales e Irlanda del Norte. Se observó que los dentistas de sexo masculino tenían niveles más bajos de bienestar que el resto de la población. Se observó que las demandas del tiempo y la organización de las agendas, así como el trato negativo con algunos pacientes, eran unos predictores de salud-enfermedad mental en los dentistas de ambos sexos.

Brennan y cols. (58), en 1992, publican un estudio en 566 dentistas australianos dedicados a la práctica privada (361 hombres y 205 mujeres), ya que, en la literatura descrita hasta ese momento, se observaba que las mujeres dentistas trabajaban menos horas al año que sus homólogos masculinos. El objetivo del estudio era determinar los factores que explicasen que las mujeres dedicaran menos tiempo al año a su profesión en la práctica privada. Comprobaron en su muestra que, el tiempo dedicado a la práctica dental era menor en las mujeres que en los hombres, en aquellos odontólogos que no eran

la única parte de la unidad familiar que generaban ingresos y para aquellos con hijos pequeños. En este estudio, se encuentra una relación significativa entre el sexo y la edad de los niños, mostrando una disminución de las horas de trabajo anuales sólo en las mujeres con niños pequeños. Las horas trabajadas/año eran significativamente mayores en las mujeres sin niños o con niños mayores. Los hombres seguían teniendo un nivel alto de horas de trabajo independientemente de la edad de sus hijos.

Matthews y Scully (59), en 1994, llevan a cabo una selección aleatoria de 250 hombres y 250 mujeres. Se les envía un cuestionario auto-administrado para determinar sus patrones y lugares de trabajo, así como si tienen niños en edad escolar o incluso menores. Se recibió un 75% de respuesta por parte de los hombres y un 81% de las mujeres. Un 79% de los hombres, frente a un 46% de las mujeres trabajan a jornada completa, sobre todo, de odontólogos generales. El 30% de las mujeres que trabajan media jornada referían hacerlo por tener a su cargo niños. Un 14% de los hombres que trabajan media jornada refieren tener otra profesión aparte. Este estudio muestra que a medida que la familia de las mujeres va aumentando en edad, ellas comienzan a trabajar más turnos. En general, las mujeres odontólogas se sienten satisfechas con la profesión elegida. Un grupo pequeño 4% de hombres que trabajan la jornada completa se sienten muy insatisfechos con su profesión y mostraban signos claros de estrés psicológico.

En 1999 Gorter y cols. (37), comienzan a desarrollar un estudio en el Academic Center for Dentistry in Amsterdam (ACTA). Administran la adaptación danesa del Maslach Burnout Inventory, junto con unas variables sociodemográficas, a un grupo de 50 licenciados entre los últimos 6 meses y 1 año. Seis años después, se les administró la misma encuesta a esos 50 participantes del estudio inicial, junto a otros 60 que se habían licenciado en la misma universidad y en la misma fecha. Los resultados de la muestra a los 6 años no mostraban cambios estadísticamente significativos para el cansancio emocional, la despersonalización y la realización personal. Lo mismo ocurría para el grupo inicial, al compararlo con el grupo total 6 años más tarde. De todas formas, existen unos porcentajes variables de odontólogos que muestran valores desfavorables en alguna de las dimensiones de la UBOS. Los factores que han sido mencionados por los

participantes en el estudio como responsables de no permitirles estar preparados para la práctica clínica son: problemas legales y de seguros (61,2%), la organización práctica (56,6%) y la gestión de los empleados (55,2%). Los factores que resultaron ser peor de lo esperado fueron el estrés provocado por el trabajo (45,1%) y el manejo del personal (43,4%). El burnout no parece ser una amenaza para los nuevos dentistas. Sin embargo, algunos individuos refieren niveles alarmantemente altos al poco tiempo de comenzar a trabajar. El manejo de la práctica clínica es lo que más preocupa a los profesionales jóvenes. Estos autores recomiendan que las facultades de Odontología presten más atención a las habilidades clínicas de los alumnos y al estrés derivado del trabajo en la evaluación curricular. También defienden el seguimiento de los estudiantes de odontología y de los nuevos licenciados para controlar el desarrollo del Burnout.

Wilson y cols. (60), en 1998 llevaron a cabo un estudio para valorar el estrés en un grupo de odontólogos generales de Inglaterra y Gales y compararlos con el estudio de Cooper y cols., de 1987. Enviaron una encuesta por correo a una muestra de 1007 odontólogos generales, obtenida a partir del Registro Dental. Se evaluaron 30 estresores en una escala de 5 puntos. El sumatorio de los valores de las categorías de tiempo, trabajo, ingresos, personal y relación con el paciente, fueron sometidas a un análisis de varianza según el sexo, tipo de práctica, años desde la licenciatura y localización geográfica.

La tasa de respuesta fue del 82% (823 cuestionarios respondidos), y 667 eran odontólogos generales, de los que el 63% eran hombres, el 26% mujeres y el 1% sin determinar. El 61% de los encuestados trabajaba en el NHS, y de ellos, el 87% trabajaba jornada completa, y el 13% media jornada; el 8% de los encuestados trabajaba en el sector privado, el 26% en un servicio mixto y un 5% hacían labores sociales.

Por norma general, los problemas asociados con el manejo del tiempo eran los más estresantes. El hecho de llevar retraso generaba respuestas de valores de 4 o 5 en el 61,9% de los profesionales, seguido por el manejo de tratar a pacientes poco colaboradores con valores de 58,2% y por las limitaciones marcadas por el NHS (57,5%).

Se observaron diferencias estadísticamente significativas en los niveles de estrés referidos por estos profesionales en, al menos, un grupo de categorías de estresores en profesionales que ejercían diferentes tipos de práctica clínica, entre hombres y mujeres, en función del área geográfica y por el tiempo que llevaban licenciados.

Los resultados indicaban que para los profesionales del GDP, el manejo de los tiempos de trabajo es el mayor de sus factores estresores, con un aparente crecimiento de las limitaciones del NHS como factor estresor.

Newton y cols. (61), en 2000, publican un estudio para determinar las diferencias entre las posiciones que ocupan en su trabajo los hombres y mujeres odontólogos del Reino Unido, y analizar a qué son debidas dichas diferencias. Enviaron un cuestionario en el que se recogían datos sociodemográficos, se indicaba el puesto de trabajo actual y los parones laborales, si hubiesen existido. Se recogen un total de 1455 cuestionarios, de los que 967 eran hombres y los 488 restantes, mujeres. Los resultados de este estudio muestran que las mujeres ocupan puestos inferiores en la jerarquía del Community Dental Service y el Hospital Dental Service. En general, según los datos obtenidos, la proporción de mujeres odontólogas generalistas, propietarias o socias de una clínica, es inferior a la de hombres, ya que las mujeres sienten mayor seguridad y flexibilidad laboral cuando trabajan para terceros. La propiedad de una clínica suele estar asociada a: sexo, edad, años de experiencia, número de niños y número de horas trabajadas. Los especialistas que trabajan en el Hospital Dental Service son, generalmente, hombres, de mayor edad, con más años de experiencia y con más títulos que sus compañeros sin especialidad. Los altos cargos y directivos del Community Dental Service, son en su mayoría, hombres, que trabajan un gran número de horas y que tienen más títulos que los funcionarios de base. Estos autores concluyen que existen diferencias entre la posición que ocupan los hombres y mujeres en la jerarquía laboral. La edad, años de experiencia y los títulos adicionales adquiridos durante los años de trabajo, son los que diferencian el estatus laboral de estos profesionales del estudio.

En el campo odontológico, Te Brake y cols. (15), realizaron un estudio en 2007 sobre una población de 848 odontólogos daneses, obteniendo una tasa de respuesta del 58,6%. De ese 58%, 372 eran varones y 121 mujeres, con una media de edad de 44,6. Los valores del cansancio emocional de los odontólogos del estudio, no difería de los del resto de profesionales de la salud. Las mujeres mostraron valores más bajos de despersonalización, y todos los dentistas mostraron niveles altos de realización personal. También se observó que los odontólogos daneses estaban muy absorbidos por su trabajo, pero que esto iba disminuyendo a medida que aumentaba la edad. Estos autores llegaron a la conclusión de que la población odontológica de esta muestra presentaba unos niveles bajos de Burnout.

Denton y cols. (62), en 2008 llevan a cabo un estudio en 335 odontólogos en el Reino Unido para evaluar los niveles de burnout y work engagement que refieren estos profesionales. Para desarrollar el estudio, emplean la Utrecht Work Engagement Scale (UWES-17) y Maslach Burnout Inventory-Human Services Survey (MBI-HSS), junto con un cuestionario con variables socio - demográficas. En los resultados obtenidos, aproximadamente el 8% de los profesionales muestran resultados que sugieren la presencia de Burnout en las tres escalas, y un 18,5% presenta niveles altos en dos de las subescalas del Burnout. El 83% de los participantes en el estudio muestran niveles medios/altos de compromiso en su trabajo. Estos autores concluyen que, el burnout afecta a una proporción pequeña, pero significativa, de odontólogos en el Reino Unido. Una parte importante de profesionales muestran valores bajos de work engagement, lo que sugiere que tienen una actitud negativa hacia su trabajo. Los niveles altos de Burnout y bajos de work engagement, se encontraron en odontólogos que no tenían ningún título de postgrado, en aquellos que trabajan en equipos pequeños y en los que llevan a cabo su actividad profesional en los servicios sanitarios estatales.

Ayers y cols. (63), en 2008 llevan a cabo un estudio en 850 odontólogos en Nueva Zelanda, con el objetivo de describir el tipo de práctica laboral que desempeñan y su nivel de satisfacción. Para la recogida de datos utiliza una encuesta en la que se pide a los participantes que evalúen el grado de satisfacción con su vida laboral en una escala de 10.

La media de horas semanales de trabajo era de 29,1 para las mujeres y de 36,0 para los hombres. La razón, encontrada en este estudio, para tener una reducción de jornada en las mujeres, es el cuidado de los niños (67,2%) y la de los hombres, es por decisión propia (63,6%). Una mayor proporción de mujeres que de hombres son asalariadas y trabajan en clínicas dentales en las que no son propietarias. Los hombres llevan a cabo más cursos de formación continuada que las mujeres y la satisfacción laboral de los hombres es de 7,6 frente al 7,1 de las mujeres. Un número mayor de mujeres que hombres se había tomado un descanso en el desarrollo de su carrera profesional, generalmente para cuidar de sus niños. Dos tercios de las mujeres tienen intención de jubilarse antes de los 60 años, frente a un tercio de los hombres. Aunque la Odontología es una profesión que puede satisfacer a ambos sexos, este estudio sugiere que al menos, para algunas mujeres, existen ciertos retos que pueden limitar su potencial laboral y su satisfacción, lo que se traduce en un descontento mayor con la profesión que sus colegas de sexo masculino. Según estos autores, es necesario hacer un seguimiento de los patrones laborales y de la satisfacción en el trabajo para intentar eliminar estas diferencias (61).

Harris y cols. (64), en 2008 desarrollan un estudio en 440 profesionales del Reino Unido, con la finalidad de investigar la proporción de odontólogos que trabajan en el NHS, en el sector privado o en la combinación de ambos; valorar la satisfacción laboral de los odontólogos en general, y la de los mismos según el régimen laboral en el que trabajen. El sistema odontológico británico se divide en el National Health Service (NHS), en el que existen dos formas de trabajo: GDS, en el que se perciben los honorarios según el trabajo realizado, y PDS, en esta forma contractual, existe un contrato de honorarios a percibir, cerrado por el gobierno. Así mismo, existe la fórmula del odontólogo con práctica privada y la combinación del odontólogo privado con las dos opciones del NHS. Los dentistas asalariados trataban una mayor cantidad de pacientes del NHS que los odontólogos que recibían una cantidad de dinero por tratamiento realizado. Los dentistas con contrato GDS estaban menos satisfechos con su trabajo, seguidos de los PDS y en último lugar, los GDS que trabajaban con un contrato mixto (público-privado). Los odontólogos que trabajan con un contrato privado exclusivo, son los más satisfechos en su trabajo, según este estudio. Estos autores concluyen que se han encontrado diferencias en la satisfacción laboral general, y en los aspectos laborales referidos a las restricciones, a la calidad del cuidado, el control laboral y el desarrollo de

habilidades clínicas entre los odontólogos que trabajan para el NHS y aquellos que realizan una práctica exclusivamente privada.

Sancho y Ruiz (65), en 2010 advierten, tras llevar a cabo una revisión bibliográfica, sobre el riesgo potencial de suicidio en la población odontológica, que es necesario tener en cuenta factores tan importantes como la patología psiquiátrica previa al desarrollo de la profesión, para no confundir los resultados obtenidos. Estos autores defienden que muchas veces, la profesión elegida va asociada al tipo de personalidad del individuo, explicando así que haya más personas depresivas en la docencia y entre los médicos. También nos aportan información contrastada, sobre los datos demográficos que pueden influir en un mayor riesgo de suicidio; respecto al sexo, según la literatura revisada por estos autores, los hombres tienen hasta cuatro veces aumentada la tasa de suicidio, respecto a las mujeres. También refieren que los dentistas de sexo masculino sufren más problemas de salud mental que las mujeres odontólogas. Respecto a la raza, parece que la raza caucásica tiene una tasa de suicidio de 2,2 veces superior que las otras razas, y, por último, estos autores explican que los profesionales casados tienen un “factor de protección” contra el suicidio, (una tasa de 2 a 3 veces inferior) al compararlos con aquellas personas que no se han casado nunca, que son divorciadas o viudas.

Ríos-Santos y cols. (66), en 2010 llevan a cabo un estudio en un grupo de 160 periodoncistas, miembros de SEPA, en España. Buscaban encontrar la prevalencia del síndrome de burnout y los signos de depresión entre los periodoncistas españoles, así como su relación con diferentes variables sociodemográficas y estrés en el trabajo. La recogida de datos se llevó a cabo a través del Cuestionario Maslach (versión española) (MBI) y el Cuestionario Tetradimensional Estructural para la Depresión (TEC-DE). Un 40% de la muestra tiene valores altos de cansancio emocional, el 20% tiene niveles elevados de despersonalización y un 11,2% presenta una disminución de la realización personal. La prevalencia de los síntomas de depresión fue de un 16% aproximadamente. Se encontró una prevalencia mayor en aquellos profesionales que no trabajaban en turnos continuos y que no practicaban la periodoncia en exclusiva. Estos autores concluyen que existe una prevalencia grande de Burnout y depresión entre la población española dedicada a la periodoncia.

Laporta (67), en 2010, hace mención en su estudio a la personalidad de los individuos que deciden estudiar odontología. Refiere que en la mayoría de los casos son individuos con un tipo de personalidad A: individuos compulsivos, que tienen expectativas poco realistas y niveles muy altos de rendimiento y a su vez, buscan alcanzar una aprobación social y un estatus determinado. Suele definirse a estos profesionales como personas autoritarias, conservadoras, inflexibles, controladoras y perfeccionistas. Esto ha provocado que los dentistas hayan sido señalados en la literatura, como los profesionales sanitarios con más tendencia a padecer estrés severo, Burnout, divorcios, depresión, consumo de sustancias adictivas y suicidio, y estos autores desarrollan un estudio que explora los mitos y las realidades del estrés y el burnout en cirujanos bucales y maxilofaciales, así como las estrategias de adaptación utilizadas por los profesionales para combatirlos. De igual manera, ofrece sugerencias prácticas para mejorar tanto física como psicológicamente, entre las que destacan: tomarse el tiempo suficiente para comer sin estar haciendo otras actividades propias del trabajo, meditar, y no coger vacaciones para ir a cursos de formación. Así mismo, recomiendan buscar alternativas de ocio para no estar pensando continuamente en el trabajo.

Gorter y cols. (68), en 2011 desarrollan un estudio con personal odontológico de Irlanda del Norte para evaluar la salud mental de estos profesionales, en concreto, el grado de Burnout y de Work Engagement que presentan. Se reparten 300 cuestionarios de 'Maslach Burnout Inventory (MBI)', 'Job Demands in Dentistry measure', 'Utrecht Work Engagement Scale (UWES)', 'Job Resources in dentistry measure', y el 'General Health Questionnaire (GHQ)'. La tasa de respuesta fue de un 45% para los profesionales del servicio odontológico en general, y del 65% para los odontólogos. El 26% de la muestra presentaba niveles altos de burnout en las categorías de despersonalización y cansancio emocional. Estos autores concluyen que el burnout es una amenaza seria para el equipo odontológico en Irlanda del Norte, especialmente para los odontólogos generales. Una cuarta parte de los odontólogos de este estudio presentan un riesgo alto de padecer el Síndrome. Los aspectos que parecen generar más problemas en el entorno laboral son los económicos y el trabajo bajo presión. La proporción de profesionales que sufren problemas psicológicos es llamativamente alta en este estudio. En contraste con estos resultados, se encontraron niveles altos de engagement. Estos autores recomiendan en su

estudio que los equipos dedicados a la odontología presten especial atención al riesgo que amenaza a su colectivo.

Un año más tarde, en 2012, estos mismos autores, Gorter y cols. (69), publican en un estudio para medir los niveles de riesgo de burnout y las demandas laborales de los cirujanos orales y maxilofaciales daneses, así como los niveles de implicación o engagement y de estímulos del ambiente de trabajo. Se empleó el MBI en su versión danesa (UBOS) así como encuestas de engagement, demandas laborales y estímulos en el ámbito laboral, que fueron enviadas a 179 cirujanos orales y maxilofaciales daneses que estaban en activo en clínica. Obtuvieron una respuesta del 70%, y los valores de las subescalas del cansancio emocional y la despersonalización fueron bajos, mientras que los de la realización personal fueron elevados, al compararlos con valores de referencia. Los valores del engagement fueron relativamente altos. Los valores de las subescalas de demandas laborales estaban muy por debajo de la media y los de los recursos del trabajador estaban muy por encima. Los cirujanos bucales y maxilofaciales mostraron niveles favorables de engagement y burnout. Según este estudio, los aspectos del entorno de trabajo que mejor explican las diferencias del burnout son: las demandas laborales y la organización, así como la falta de variación y perspectiva en el trabajo. Las diferencias en el engagement o implicación están mejor explicadas por la variedad del trabajo y con el efecto positivo sobre los pacientes.

Divaris y cols. (70), en 2012 llevan a cabo un estudio en odontólogos recién licenciados que estaban haciendo una residencia en la Universidad de Berna, Suiza. El objetivo era determinar los factores estresores y las tres dimensiones del burnout en 36 residentes matriculados en las cinco especialidades de dicha Universidad. Se les administró la encuesta Maslach (MBI) y la Graduate Dental Environment Stress (GDES30). La falta de tiempo, los requerimientos de investigación del programa de formación, y los requisitos para conseguir alcanzar la especialidad, se consolidaron como los tres estresores principales. El 36% de los casos tenían falta de realización personal, el 17% presentaba cansancio emocional y el 8% sufría despersonalización. Estos autores obtuvieron resultados que indicaban que los residentes más jóvenes y de sexo femenino

tenían más estrés y valores más altos de burnout en comparación con aquellos de más edad y de sexo masculino. En este grupo estudiado se observó que los profesionales tenían bajos niveles de burnout y estrés.

En 2014, Porto (71), lleva a cabo un estudio para determinar la prevalencia del síndrome de burnout entre los cirujanos orales y maxilofaciales brasileños y su relación con las variables sociodemográficas, clínicas y de hábitos cotidianos. Para ello, recopila una muestra de 116 cirujanos, a los que administra la encuesta Maslach Burnout Inventory GS. No encuentra diferencias estadísticamente significativas entre los cirujanos diagnosticados de padecer el síndrome y aquellos que no lo padecían, en función de la edad, el sexo, estado civil, número de niños que tenga, años de ejercicio profesional, número de pacientes atendidos por día, horas semanales trabajadas, consumo de alcohol, práctica de deporte, hobbies o número de días de vacaciones al año. Sin embargo, sí encuentra diferencias estadísticamente significativas en el cansancio emocional, en relación con la variable sexo, siendo las mujeres las que presentaban valores más altos ($p=0,002$) y en la subescala de la realización personal, en la que los cirujanos que referían consumir alcohol de manera habitual se sentían menos realizados que aquellos que no lo consumían ($p=0,035$), asociando este último resultado a que aquellos profesionales que ingieren alcohol pueden estar tratando de evadirse de situaciones desagradables en su trabajo diario. Este autor concluye que los esfuerzos individuales, así como el apoyo de asociaciones profesionales que ayuden a conseguir un equilibrio entre los éxitos personales y laborales, pueden ayudar a mejorar la situación de realización personal. Así mismo, el respaldo profesional, de los mentores y el apoyo de las personas relacionadas o interesadas en la Cirugía Bucal y Maxilofacial pueden ayudar en la promoción en este campo y generar una protección contra el burnout. Recomienda revisar las condiciones de trabajo del entorno de los cirujanos, para identificar los factores que pueden generar una amenaza para su salud mental; entre los estrategias para modificar los factores de riesgo están: el reconocimiento de signos de alarma del cansancio emocional, establecer prioridades en compromisos y objetivos de trabajo, controlar el comportamiento, adquirir hábitos/habilidades organizacionales, preparar una agenda diaria sin exigencias de plazos y reconocer los fallos en lugar de intentar esconderlos. Así mismo, remarca la importancia de tener tiempo libre para llevar a cabo actividades que se disfruten, tener tiempo para

descansar después de un día de trabajo, evitar llevar trabajo a casa, dedicar suficiente tiempo a estar con los seres queridos, relacionarse con otros profesionales y expresar los sentimientos.

Atalayin y cols. (72), en 2015, realizan un estudio en 329 estudiantes de pregrado de una Universidad de Turquía, en un rango de edad comprendido entre los 18 y los 24 años. Para la recogida de datos se emplearon la versión para estudiantes del Cuestionario de Maslach, una escala de satisfacción académica y unos datos sociodemográficos. Un 22,3% de los estudiantes tenían niveles altos de cansancio emocional, el 16,7% de los estudiantes presentaban niveles altos de cinismo y el 17,9% referían niveles bajos de realización personal o eficacia en el desarrollo de sus actividades. Estos valores variaban en función del curso en el que se encontraban, así que los estudiantes de primer curso referían valores más bajos de eficacia, mientras que los de tercer curso referían valores más elevados de cansancio emocional. La sobrecarga de trabajo académico jugaba un papel fundamental en el desarrollo del burnout. Como consecuencia de esto, los estudiantes con altos niveles de burnout pretendían cambiar su situación y no seguir formándose con postgrados. Los estudiantes con niveles altos de burnout de este estudio referían niveles inferiores de satisfacción y logros académicos. Estos autores concluyen que es muy importante generar una conciencia sobre el burnout en los estudiantes de pregrado y en el profesorado, a través de encuentros informativos, para fomentar la prevención y mejorar el ambiente en el sistema educativo odontológico.

Jin Myoung y cols. (73), en 2015 desarrollan un estudio transversal en un grupo de 444 dentistas Koreanos, con la finalidad de valorar el grado y la extensión del síndrome de Burnout, así como determinar los factores asociados a la aparición del mismo en este grupo. La recogida de datos se llevó a cabo con la encuesta Maslach Burnout Inventory Human Services Survey (MBI-HSS) así como un cuestionario de datos sociodemográficos y aspectos relacionados con el trabajo. Los autores encontraron indicadores altos de burnout, y que éstos estaban asociados con características sociodemográficas y laborales, especialmente en profesionales jóvenes, de sexo masculino, que no eran odontólogos de forma vocacional y sin ganas de ejercer como

odontólogos. Este estudio sugiere que la presencia del síndrome de burnout es un problema común en el grupo de odontólogos en Korea, y que tanto el que la elección de la profesión sea de manera vocacional, como que se quiera ejercer como odontólogo, son factores muy importantes a la hora de manejar el Burnout.

Lo Sasso y cols. (74), en 2015 publican un estudio con 2171 dentistas americanos, para evaluar cómo la satisfacción laboral estaba asociada con el tipo de práctica dental. La encuesta utilizada en el estudio medía la satisfacción con el salario percibido, beneficios, horas de trabajo diario, autonomía en la toma de decisiones, equilibrio entre la vida laboral y personal, satisfacción general entre los dentistas en función de si trabajaban en grupos grandes, medianos o solos. Los resultados que obtuvieron mostraron cómo los profesionales que trabajaban en grupos pequeños eran los que referían sentirse más satisfechos. Los odontólogos que trabajaban en agrupaciones grandes, referían más satisfacción con los ingresos percibidos que aquellos odontólogos que trabajaban de manera individual en su consulta y también son los que percibían una sensación de estrés menor. Los resultados obtenidos sugieren que existen distintas ventajas/ desventajas en función del lugar de trabajo, así que estos datos se deberán tener en cuenta a la hora de seleccionar el tipo de consulta que más se adapte a su situación personal (72) .

Jonhs y Jepsen (75), en 2015, presentan un estudio para evaluar los focos de origen de estrés asociado al trabajo en los dentistas australianos, y sus similitudes con otros odontólogos internacionales. Se seleccionaron un total de 18 profesionales para el estudio, y fueron seleccionados entre los profesionales australianos porque cumplían las características clave de la población de dentistas de la ADA (Australian Dental Association). Al analizar los resultados de las encuestas, se observaron 349 factores estresores, que se agruparon en 6 categorías para poder ser estudiados con más facilidad:

1. La presión por la organización de las agendas,
2. Problemas con el personal de la clínica,
3. Las preocupaciones profesionales,
4. La percepción de la gente, en general, y del profesional, en particular, sobre los odontólogos,
5. Miedo a los problemas legales y
6. La gestión económico- empresarial de la clínica.

Estos autores concluyen, basándose en los datos obtenidos de su estudio, que al igual que sus homólogos internacionales, los

dentistas están sometidos a una amplia variedad de factores estresores específicos, relacionados con la profesión. Sin embargo, en la parte de gestión económica-empresarial de la clínica, la diferencia es notable, ya que el sistema de regulación de los estatutos e industria, ejercen fuertes presiones sobre los odontólogos australianos.

Burger y cols. (76), en 2016 desarrollan un estudio en 163 alumnos de odontología en los dos primeros años y medio de estudios. El objetivo era establecer una intervención temprana para contrarrestar los desórdenes mentales durante los estudios de odontología, ya que la prevalencia de burnout, según los autores, es muy elevada en este colectivo de estudiantes. Se emplearon cuestionarios psicológicos validados para determinar los síntomas de depresión (Beck Depression Inventory) y de calidad de vida (Short Form Survey), con un índice de participación del 90%. Durante el primer semestre, los estudiantes estaban dentro del rango de depresión de la población normal; a medida que pasaban los semestres, los síntomas de depresión se iban agravando. En el quinto semestre, los niveles eran los equivalentes a una depresión con indicación de tratamiento. Apenas se registraron cambios físicos en el cuestionario de bienestar. Sin embargo, las puntuaciones mentales mostraron cambios radicales en la calidad de vida. Se observó una correlación entre la depresión y la calidad mental de vida en todos los semestres. Este estudio concluye que, basándose en los resultados obtenidos, existe una necesidad de llevar a cabo cursos preventivos para ofrecer la oportunidad, a los estudiantes de Odontología, de reducir la prevalencia de trastornos mentales, así como la presencia de diferentes cursos orientados a estilos distintos de aprendizaje para fortalecer la salud mental.

Jugale y cols. (77), en 2016 llevan a cabo un estudio transversal para evaluar la prevalencia del burnout y el work engagement en una muestra de dentistas en Bangalore, India. Se recogió una muestra de 116 odontólogos que rellenaron unas encuestas de datos demográficos y características generales, además del cuestionario de burnout y el Work Engagement Scale. Con una tasa de respuesta del 58,6%, se encontraron niveles altos de burnout en un 5,15% de los dentistas. La realización personal estaba asociada a dentistas de un grupo etario mayor, con más años de experiencia, casados y con calificación de

Master, con menos horas de trabajo, con más de una auxiliar y en aquellos profesionales que recorren una distancia larga desde su domicilio hasta el centro de trabajo. También se encontró significación estadística para la dedicación en los dentistas que trabajan con auxiliares y cansancio emocional entre los dentistas con muchas horas de trabajo y que conducían su propio vehículo para llegar a su puesto de trabajo. Los odontólogos que trabajaban en solitario se sentían más absorbidos por el trabajo. Estos autores, a través de este estudio, llegan a la conclusión de que a pesar de encontrar niveles altos de compromiso o work engagement en la muestra, persistía el burnout. Así se demostró que el burnout y el work engagement pueden coexistir.

Kulkarni y cols. (78), en 2016, llevan a cabo una recogida de una muestra de 97 dentistas a través de la encuesta Copenhagen Burnout Inventory, para medir el sentimiento diario de burnout y para investigar las expectativas de la profesión odontológica y los sentimientos de no estar capacitado para ejercer como odontólogo, en profesionales que llevan ejerciendo entre 6 meses y 5 años. El mayor grado de burnout, en este estudio, se registra en mujeres de un rango de edad entre 26 y 28 años. Los odontólogos tienen tendencia a padecer burnout, ansiedad y depresión. Según este estudio, la razón principal es la naturaleza de su práctica asistencial, y las relaciones interpersonales con los pacientes. Este estrés puede provocar un impacto negativo en las vidas personal y profesional de los odontólogos.

Singh y cols. (79), en 2016 llevan a cabo una revisión sistemática con el objeto de identificar los factores más significativos asociados con la aparición del burnout en odontólogos y en estudiantes de odontología, publicados en la literatura. Se seleccionaron 33 artículos, que identificaron que los factores asociados con el burnout son: juventud, sexo masculino, estudiantes de postgrado, nivel formativo, exceso de horas de trabajo y determinados tipos de personalidad. Estos autores refieren en su estudio que la literatura revisada corresponde a diferentes países, lo que puede ser un sesgo importante, ya que en cada país el sistema sanitario funciona de manera diferente y puede generar diferentes situaciones de estrés. Concluyeron que son necesarios más estudios prospectivos para establecer relaciones de causalidad, que el burnout debe ser considerado como un

fenómeno multifactorial que puede aflorar en los inicios de la profesión odontológica, pudiendo influir las diferentes variables de manera distinta según el momento de la vida del odontólogo en el que se realice el estudio, al igual que en la época del año en la que se lleve a cabo el mismo. Los autores consideran que las estrategias de afrontamiento y los programas de diagnóstico precoz, podrían ayudar a identificarlo de manera temprana y a prevenirlo.

Choy (80), en 2017 lleva a cabo un estudio enviando 1086 cuestionarios a los odontólogos de Hong Kong, con una tasa de respuesta del 28,3%. En él se clasifican los factores estresores en cinco grupos: los relacionados con los pacientes, con las horas de trabajo, con el salario, con la carga de trabajo y con el personal/ tecnología, y concluye que un 24% presenta niveles elevados de cansancio emocional, 17,2% niveles altos de despersonalización y un 39% tiene una baja realización personal. Sin embargo, tan solo un 7% de los odontólogos encuestados sufren los tres síntomas del síndrome de burnout, y explica que los estresores relacionados con el trato con el paciente son los más importantes.

Calvo y cols. (81), en 2017 difundieron 298 cuestionarios del Maslach Burnout Inventory, a odontólogos de EEUU que asistían a cursos de formación continuada, obteniendo una tasa de respuesta del 56%. Gracias a este estudio, concluyeron que no había diferencias estadísticamente significativas para las tres subescalas del síndrome de burnout en relación al sexo, sin embargo, comprobaron que sí existían diferencias estadísticamente significativas para los valores del cansancio emocional y la despersonalización en función del lugar de trabajo del profesional, obteniendo resultados de 2,3 y 1,4 para el cansancio emocional y la despersonalización respectivamente, en aquellos profesionales que trabajaban en consulta privada, frente a un 1,8 para el cansancio emocional y un 1,0 para la despersonalización en aquellos profesionales que ejercían su labor en instituciones públicas. Así mismo, dejaron constancia de que existían diferencias estadísticamente significativas en el cansancio emocional entre el grupo de profesionales de un rango de edad entre 33-44 (CE =2,3) y el de 65-85 (CE=1,3) y entre el grupo de 55-64 (CE=2,3) respecto al de 65-85 (CE=1,3). Lo mismo ocurría con la

despersonalización, que era mayor en el grupo de 55 a 64 años (DP=1,6) frente al de 65-85 (DP=0,6). Para estos autores, 1 de cada 8 dentistas está quemado por su trabajo, y habitualmente está relacionado con el grado de implicación que desarrolla con el mismo. Concluyen que es muy importante que la profesión dental entienda esta situación y se tomen medidas para disminuir el burnout y aumentar el compromiso y la implicación con el trabajo.

Ab- Murat y cols. (82), en 2018 llevan a cabo un estudio en dentistas de Malasia, para evaluar la percepción que tienen sobre su bienestar mental. Se desarrolló un cuestionario autoadministrado, basado en el marco conceptual de un modelo de salud mental y de bienestar. Se evaluaron dos aspectos, el fisiológico y el psicológico. La tasa de respuesta fue del 81%. La mayoría de los odontólogos (61,7%) percibían tener una buena salud mental. Respecto a los aspectos fisiológicos, la mayoría de los participantes refirieron que, en rasgos generales, ellos se sentían felices (93,3%), pero un 30% refería estar estresado física y emocionalmente. En este estudio, los participantes mayores de 40 años, casados y con hijos referían tener un bienestar mental muy saludable, cuando se les comparaba con sus homólogos. Estos autores concluyeron en su estudio que la mayoría de los odontólogos malayos percibían tener una buena salud mental. Para estos autores es fundamental diagnosticar e intervenir de manera temprana en aquellos profesionales que tienen sentimientos negativos para asegurar una práctica odontológica segura.

Goetz y cols. (83), en 2019 llevan a cabo un estudio transversal basado en los resultados de un cuestionario administrado a 1811 odontólogos de Alemania, con una tasa de respuesta del 35,2% (638 participantes). El objetivo del estudio era evaluar la satisfacción laboral, los retos diarios y los resultados en odontología, así como su asociación con las escalas de: resultados del Burnout Inventory, de la Satisfacción General en la Vida y los Síntomas de Estrés Cognitivo. Se realizaron estudios analíticos descriptivos y análisis de regresión lineal para establecer las potenciales asociaciones con las tres escalas de resultados. Estos autores encontraron que los profesionales con niveles bajos de satisfacción laboral, con una mala condición física y con una pobre satisfacción en general además de tener síntomas de estrés cognitivo, con pacientes ansiosos y a su

vez, ser profesionales jóvenes, estaban asociados con un riesgo elevado de padecer burnout. Los odontólogos del estudio refirieron que el 25% de sus pacientes suponían un reto diario. Las tasas más altas de burnout las provocaban los pacientes agresivos y los ansiosos. La proporción de tratamientos de estrés está correlacionada con la aparición de resultados de las tres escalas de resultados estudiadas, y la que presenta una significación mayor es la del Burnout Inventory. Consideran que es necesario el manejo especial en el tratamiento de los pacientes ansiosos, ya que de esta manera se puede reducir la sensación de estrés relacionado con el trabajo. Los autores de este estudio refieren que es fundamental, para un bienestar en el trabajo (en lo que a odontología se refiere), detectar qué tipo de pacientes pueden resultar ser un reto en el día a día.

Para poner fin a esta introducción sobre el síndrome de burnout, hacemos mención al estudio de Collin y cols. (84), que en 2019 realizaron unas encuestas en el Reino Unido vía mail a las que tuvieron acceso 22906 profesionales de la odontología, y en las que se obtiene una tasa de respuesta del 13% (2053 profesionales formaron parte del estudio). Se pudo comprobar que la odontología es una profesión estresante y que casi un 44% de los profesionales encuestados refería sentirse sobrepasado por el estrés. Los odontólogos generales suelen ser los más afectados por el síndrome, pero también afecta al resto de los campos de la odontología, que reflejan valores por encima de la población general. Se observa que los profesionales con stress y burnout tienen un peor estado de bienestar, de salud general y un aumento de los instintos de suicidio. Factores como llevar retraso en la agenda generan mucho estrés, pero el miedo a los litigios, a pacientes insatisfechos y las complicaciones también aparecen como factores estresores importantes. Además, estos profesionales hacen hincapié en el cambio que ha sufrido la profesión en los últimos años.

II. HIPÓTESIS DE TRABAJO Y OBJETIVOS

Las transformaciones en el entorno socioeconómico y en el mercado laboral han provocado cambios en la estructura de los sectores económicos, originando un fuerte crecimiento del sector servicios y la aparición de nuevas formas de trabajo, en las que se requiere un contacto directo con los usuarios del servicio, y una mayor implicación emocional del trabajador en la prestación del mismo.

Hoy en día, la salud en el trabajo es considerada como un factor esencial. Algunas profesiones son potentes inductoras de estrés, y entre ellas caben ser destacadas las sanitarias.

Las condiciones de trabajo tienen un impacto, que puede ser positivo o negativo, sobre la salud del trabajador. Las condiciones adversas de trabajo pueden desencadenar el síndrome de burnout, que surge como consecuencia de una exposición prolongada a factores estresores en el trabajo, y que se manifiesta como cansancio excesivo, actitud apática o negativa hacia los usuarios del servicio prestado, y la insatisfacción con el trabajo realizado.

Esta situación puede acarrear consecuencias negativas para los trabajadores, para sus familias, para el entorno de trabajo y las propias organizaciones.

Desde el punto de vista de la psicología, se han descrito tres características significativas del síndrome de burnout:

1. Cansancio emocional, que se describe como una pérdida de energía.
2. Despersonalización o cinismo, también descrita como una deshumanización.
3. Falta de realización personal o sensación de ineficacia, acompañada habitualmente, por una disminución de la productividad y de las habilidades del profesional.

Además de los cambios psicológicos, también pueden aparecer alteraciones fisiológicas y el trabajador puede tener síntomas como apatía, alteraciones de humor, hipertensión, cefaleas... Algunos autores han responsabilizado a este síndrome como el causante de la insatisfacción laboral, del absentismo, de situaciones depresivas, del aumento del consumo de alcohol y de otro tipo de drogas (82).

La hipótesis planteada es que los cirujanos bucales e implantólogos en España están sometidos a situaciones de estrés continuadas, al igual que el resto de las profesiones sanitarias, debido al contacto directo con el paciente y a la implicación emocional con el mismo, y que esta situación de estrés mantenido podría provocar la aparición del síndrome de burnout en función del tipo de contratación que tenga el profesional y del número de horas a la semana que trabaje.

El objetivo principal de este estudio es evaluar la prevalencia del síndrome de burnout en cirujanos bucales e implantólogos en España.

Los objetivos específicos son:

1. Determinar si existe algún tipo de relación entre la edad del cirujano y la aparición de las manifestaciones del síndrome.
2. Analizar si el estado civil puede influir en el desarrollo del síndrome.
3. Evaluar si existe algún tipo de relación entre el número de horas de trabajo semanales y la aparición de manifestaciones del síndrome, así como entre el lugar de trabajo y la evolución del mismo.
4. Establecer si los años de experiencia como cirujano bucal pueden desencadenar el síndrome.

IV. MATERIAL Y METODOLOGÍA

IV.1. MATERIALES

El desarrollo de este trabajo se llevó a cabo mediante la difusión de encuestas vía mail y manual.

Para la realización del mismo, se dispuso del material que se cita a continuación:

IV.1.1 SUJETOS (MUESTRA)

El tamaño muestral del estudio se obtuvo a partir de profesionales dedicados a la Cirugía Bucal y a la Implantología, a los que tuvimos acceso a través de las bases de datos de antiguos alumnos del Master del Servicio de Implantología y Cirugía Bucofacial del Hospital Virgen de la Paloma, a través de la asistencia a congresos de las sociedades SEI y SECIB y a la difusión de la encuesta en un grupo de odontología conocido como “Odontología en tiempos revueltos”.

De acuerdo con los criterios de inclusión establecidos, y descritos en el apartado de Metodología, se seleccionaron un total de 238 profesionales de las 450 encuestas entregadas/ enviadas.

En la introducción de las encuestas, se explicaba a los profesionales cómo debían rellenar las encuestas y que el carácter de las mismas era totalmente confidencial.

IV.1.2. INSTRUMENTO PARA LA RECOGIDA DE DATOS

El instrumento utilizado para la recogida de datos, fue la fusión del Maslach Burnout Inventory Questionnaire (MBI), de Maslach y Jackson (1986) junto con una serie de datos sociodemográficos, que dieron forma a la encuesta definitiva, que fue difundida por Google.

El cuestionario de Maslach está formado por 22 ítems que tratan de medir los sentimientos y la actitud del profesional hacia su trabajo y hacia los receptores de sus servicios. A través de estos 22 ítems se evalúan las tres subescalas del síndrome: cansancio emocional, despersonalización y la realización personal en el trabajo.

La encuesta es autoadministrada, y la forma de presentación fue la siguiente:

Encuesta Maslach modificada para valorar el Síndrome de Burnout en la población de Cirujanos Bucales e Implantólogos en España

Introducción

A continuación, encontrará una serie de enunciados referidos a su trabajo y a los sentimientos que despierta en usted. Al contestar esta encuesta, estará participando en una investigación acerca del síndrome de burnout, cuyo objetivo es conocer si sus condiciones de trabajo y su situación personal pueden influir en su rendimiento, e intentar buscar los medios para mejorar su nivel de satisfacción.

La información obtenida será utilizada solo para fines de investigación y todos los datos serán anónimos y confidenciales.

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

Le rogamos extremar el cuidado para contestar la totalidad de las preguntas del cuestionario.

Sección de datos sociodemográficos

Edad

Sexo

Estado civil

Número de hijos

Tipo de consulta en la que trabaja

Número de días que trabaja a la semana

Número de horas semanales que le dedica al trabajo

Años que lleva ejerciendo como cirujano/ implantólogo

Si está en tratamiento con ansiolíticos

Turno de trabajo

Tipo de contratación

En cuántas consultas trabaja

En qué ciudades desarrolla su actividad profesional.

Sección de datos sociodemográficos

Fecha de nacimiento *

Mes, día, año



Sexo *

Hombre

Mujer



Estado civil *

Soltero

Casado

Divorciado

Viudo

Convivencia en pareja

¿Cuántos hijos tiene? *

Texto de respuesta corta

¿Tiene usted hijos? *

Si

No

Tipo de consulta en la que trabaja la mayor parte del tiempo *

- Franquicia
- Consulta privada
- Consulta que pertenece a aseguradoras sanitarias

¿Cuántos días a la semana trabaja? *

Texto de respuesta corta

¿Cuántas horas a la semana trabaja? *

Texto de respuesta corta

¿Cuántos años lleva ejerciendo como Cirujano/Implantólogo? *

Texto de respuesta corta

¿Toma algún tipo de antidepresivo, ansiolítico en la actualidad? *

- Si
- No

¿En qué turno desarrolla su trabajo? *

- Matutino
- Vespertino
- Ambos



¿Tipo de contratación? *

- Autónomo
- Contrato por prestación de servicios
- Ambos

¿Trabaja usted en más de una consulta? *

- Si
- No

¿En cuántas consultas? *

Texto de respuesta corta

¿En qué ciudad/ciudades trabaja? *

Texto de respuesta corta

Una vez rellenos los datos sociodemográficos, se procede a rellenar el cuestionario de 22 ítems, en forma de afirmaciones, sobre los sentimientos y actitudes del profesional en su trabajo y hacia los pacientes.

Sección de preguntas con los ítems

1. ¿Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo?
2. Cuando termino mi jornada de trabajo ¿me siento vacío?
3. Cuando me levanto por la mañana y me enfrento a otra jornada de trabajo ¿me siento fatigado?
4. ¿Siento que puedo entender fácilmente a los pacientes?
5. ¿Siento que estoy tratando a algunos pacientes como si fueran objetos impersonales?
6. ¿Siento que trabajar todo el día con la gente me cansa?
7. ¿Siento que trato con mucha eficacia los problemas de mis pacientes?
8. ¿Siento que mi trabajo me está desgastando?
9. ¿Siento que estoy influyendo positivamente en la vida de otras personas a través de mi trabajo?

10. ¿Siento que me he hecho más duro con la gente?
11. ¿Me preocupa que este trabajo me esté haciendo más duro emocionalmente?
12. ¿Me siento con mucha energía en mi trabajo?
13. ¿Me siento frustrado en mi trabajo?
14. ¿Siento que estoy demasiado tiempo en mi trabajo?
15. ¿Siento que realmente no me importa lo que les ocurra a mis pacientes?
16. ¿Siento que trabajar en contacto directo con la gente me cansa?
17. ¿Siento que puedo crear con facilidad un clima agradable con mis pacientes?
18. ¿Me siento estimado después de haber trabajado íntimamente?
19. ¿Creo que consigo muchas cosas valiosas en este trabajo?
20. ¿Me siento como si estuviera al límite de mis posibilidades?
21. ¿Siento que en mi trabajo los problemas emocionales son tratados de forma adecuada?

21. ¿Me parece que los pacientes me culpan de alguno de sus problemas?

Las respuestas posibles, son las mismas para todos los ítems:

- Nunca
- Pocas veces al año
- Una vez al mes, más o menos
- Unas pocas veces al mes
- Una vez a la semana
- Unas pocas veces a la semana
- Todos los días

IV.2 METODOLOGÍA

IV.2.1. DISEÑO DEL ESTUDIO

El presente trabajo se realizó siguiendo un diseño transversal analítico. Se reclutó a todos los profesionales que cumplían los criterios de inclusión y exclusión descritos a continuación, durante el período de tiempo de dos años, que es lo que tardamos en recoger una muestra de 238 profesionales.

IV.2.2. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

La selección de los profesionales que formaron parte del estudio se llevó a cabo siguiendo los siguientes criterios de inclusión y exclusión.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Cirujanos bucales e implantólogos con más de dos años de experiencia.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Cirujanos bucales e implantólogos con menos de dos años de experiencia.

Encuestas con alguno de los apartados rellenos de forma incorrecta.

IV.2.3. REALIZACIÓN DE LA ENCUESTA

Tras la introducción de la encuesta, bien de forma verbal, en aquellas encuestas entregadas en mano, o por escrito, en aquellas enviadas vía mail, los profesionales procedieron a rellenar las encuestas.

La segunda parte de la encuesta, sirve para medir las variables dependientes: cansancio emocional, despersonalización y falta de realización personal, que indicarán si el profesional sufre el síndrome de burnout.

Cada uno de los 22 ítems tiene siete posibles respuestas, a las que se les asignará un valor que oscila de 0 a 6:

- 0: nunca
- 1: pocas veces al año
- 2: una vez al mes, más o menos
- 3: unas pocas veces al mes
- 4: una vez a la semana
- 5: unas pocas veces a la semana
- 6: todos los días

La escala, como ya se ha mencionado con anterioridad, mide el cansancio emocional, la despersonalización y la falta de realización personal.

- El cansancio emocional está determinado por los ítems: 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16 y 20.
- La despersonalización está determinada por los ítems: 5, 10, 11, 15 y 22.
- La realización personal está determinada por los ítems: 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19 y 21.

Los valores más elevados que pueden alcanzarse en las subescalas anteriormente citadas son los siguientes:

- Cansancio emocional: 54
- Despersonalización: 30
- Realización personal: 48

A su vez, para medir las tres subescalas, se describen tres rangos de riesgo: Riesgo bajo, riesgo medio y riesgo alto

Los valores de corte para cada riesgo son los siguientes:

	Riesgo bajo	Riesgo medio	Riesgo alto
Cansancio emocional	≤ 18	19-26	≥ 27
Despersonalización	≤ 5	6-9	≥ 10
Realización personal	≤ 40	34-39	≥ 33

Aquellas encuestas en las que las subescalas que se corresponden con el cansancio emocional y con la despersonalización son elevadas y la de la realización personal es baja, definen la presencia del síndrome.

IV.2.4 TRATAMIENTO ESTADÍSTICO

Los datos obtenidos fueron tratados mediante el programa estadístico SPSS, versión 25. Se realizó una estadística descriptiva, con la que se valoraron porcentajes, media y desviación de las variables, utilizando pruebas de chi-cuadrado; una estadística inferencial, para análisis de grupos, en las que se empleó el test de la t-Student para el análisis de dos variables (sexo, hijos, ingesta de antidepresivos, turno de desarrollo de trabajo, trabaja en más de una consulta) y el test de ANOVA para analizar las variables múltiples (edad, estado civil, tipo de consulta en la que trabaja, número de días/semana trabajados, número de horas trabajadas, años que lleva ejerciendo como cirujano/implantólogo, tipo de contratación, número de consultas en las que trabaja, y número y tamaño de las ciudades en las que trabaja). Se llevaron a cabo estudios post-hoc para determinar entre qué variables se establecían las diferencias.

Para completar el estudio estadístico, se realizó un Árbol de Decisión tipo CHAID (Chi-square Automatic Interaction Detector) para explorar segmentos y perfiles con respecto al resultado esperado.

V. ANÁLISIS DE RESULTADOS

V.1. ANÁLISIS DESCRIPTIVO

V.1.1. EDAD

La edad media de la muestra fue de 37,65 años, con un rango de 24 y 69 años (Tabla y Figura V.1.1.).

Al analizar los intervalos de edad encontramos los siguientes porcentajes:

- Hasta 35 años: 48,3%
- Entre 36 y 45 años: 36,1%
- > de 46 años: 15,5%

	N		Media	Mediana	Desviación	Mínimo	Máximo
	Válido	Perdidos					
Edad	238	0	37,65	36,00	8,417	24	69

Tabla V.1.1.a. Tabla de la media de edad de la muestra.

Edad	Frecuencia	Porcentaje
hasta 35 años	115	48,3
entre 36-45	86	36,1
> de 46 años	37	15,5
Total	238	100,0

Tabla V.1.1.b. Tabla de porcentajes de profesionales que se encuentran en estos rangos de edad.

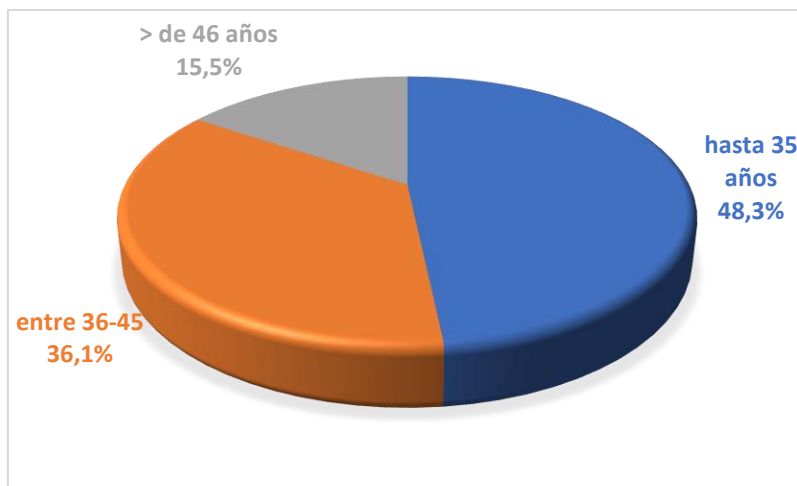


Figura V.1.1. Porcentaje de distribución de la muestra por edades

V.1.2. SEXO

La variable sexo tuvo una distribución del 53,8% de varones y el 46,2% de mujeres, sobre el total de la muestra de 238 profesionales, lo que se traduce en una ratio V/M: 1/ 0,85. (Tabla y Figura V.1.2)

Sexo	Frecuencia	Porcentaje
Varón	128	53,8
Mujer	110	46,2
Total	238	100,0

Tabla V.1.2. Tabla de distribución de la muestra por sexos.

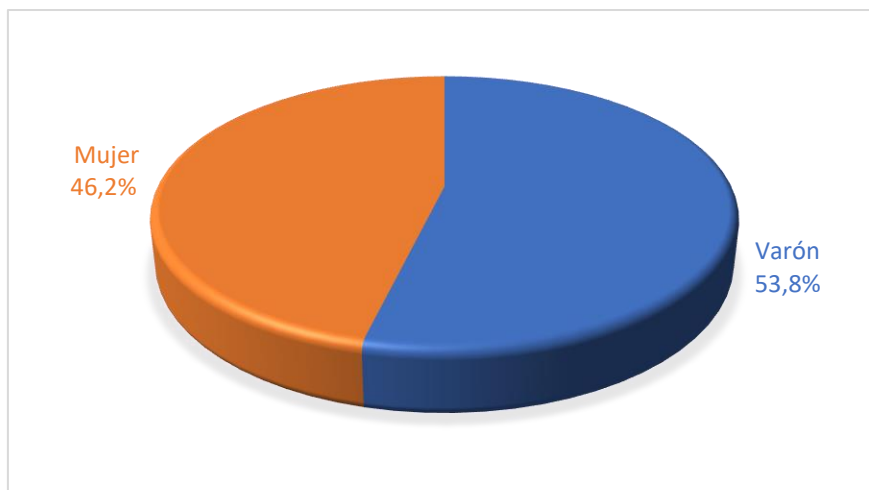


Figura V.1.2. Figura de los porcentajes distribución de la muestra por sexos.

V.1.3. ESTADO CIVIL

El análisis de los datos obtenidos, en lo que al estado civil se refiere, muestra que el porcentaje de casados predomina en la muestra, seguido de los solteros. La proporción de miembros de la muestra que convive en pareja es muy similar a la de solteros; se observa que el grupo de divorciados es muy bajo, y no existe ningún viudo/a. (Tabla y Figura V.1.3.).

	Frecuencia	Porcentaje
Soltero	67	28,2
Casado	112	47,1
Divorciado	11	4,6
Convivencia en pareja	48	20,2
Total	238	100,0

Tabla V.1.3. Porcentaje de distribución de la muestra según su estado civil.

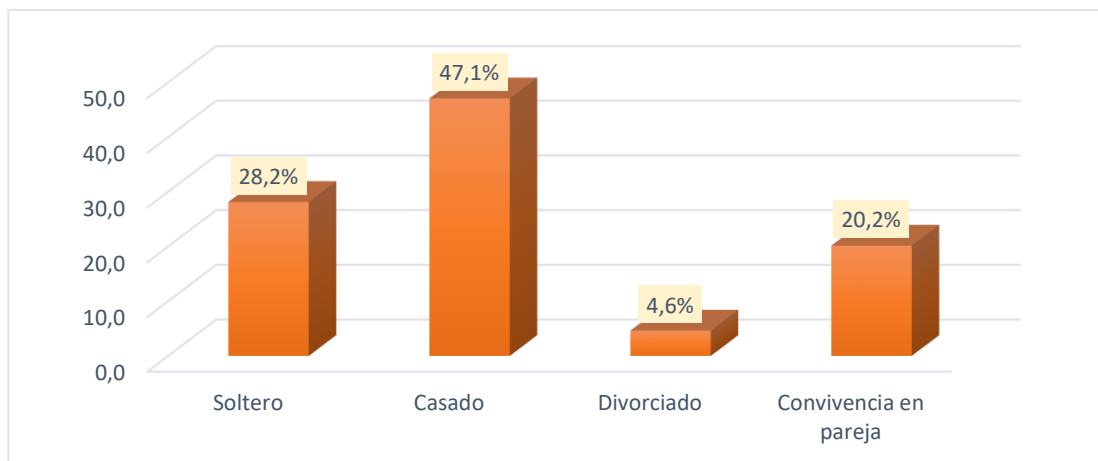


Figura V.1.3. Porcentaje de distribución del estado civil de la muestra

V.1.4. NÚMERO DE HIJOS

Respecto a los resultados obtenidos acerca del número de hijos de los profesionales encuestados, la media es de 0,87, siendo el valor mínimo y el máximo de 0 y 4 respectivamente. Se observa que más de la mitad de la muestra no tiene ningún hijo (54,2%), el 22,3% tiene dos hijos, el 13,9 % tiene un sólo hijo, el 9,2 % tiene tres, y tan sólo un 0.4 % de la muestra tiene cuatro hijos. Estos datos quedan reflejados en la Tabla y Figura V.1.4.

Número de hijos	Frecuencia	Porcentaje
0	129	54,2
1	33	13,9
2	53	22,3
3	22	9,2
4	1	0,4
Total	238	100,0

Tabla V.1.4. Tabla de porcentajes del número de hijos.

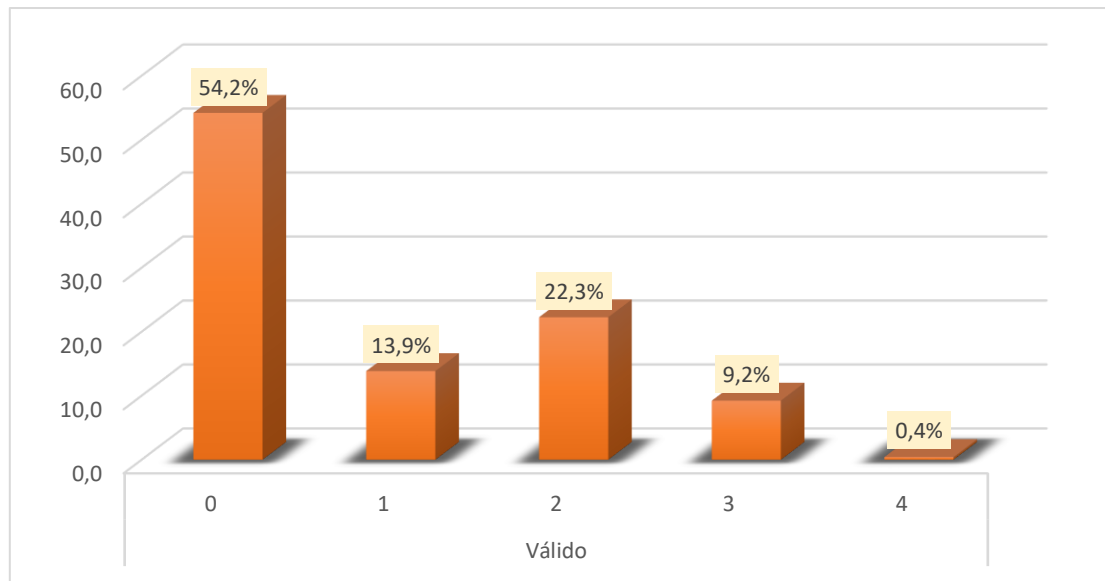


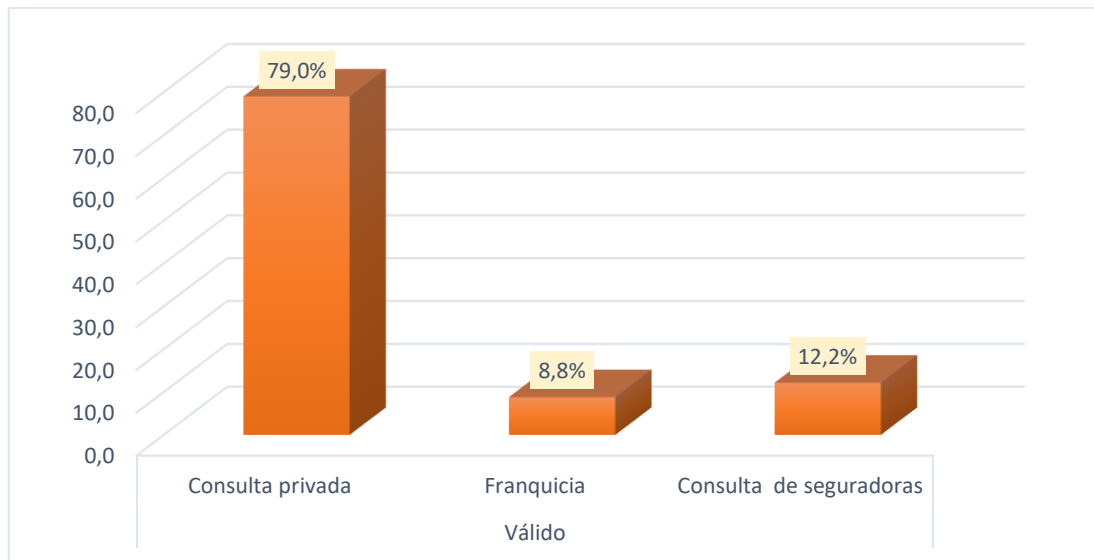
Figura V.1.4. Porcentaje de distribución del número de hijos.

V.1.5. TIPO DE CLÍNICA EN LA QUE TRABAJA LA MAYORÍA DE LOS DÍAS

Tras estudiar el tipo de clínicas en las que trabajan los profesionales encuestados, se puede comprobar que el 79 % de ellos trabaja en una consulta privada, el 12,2% en una consulta que pertenece a algún tipo de aseguradora sanitaria, y sólo el 8,8% lo hace en franquicias dentales. La distribución por porcentajes del tipo de clínica en la que trabajan los profesionales encuestados, puede verse en las Tabla y Figura V.1.5.

Tipo de clínica	Frecuencia	Porcentaje
Consulta privada	188	79,0
Franquicia	21	8,8
Consulta de aseguradoras	29	12,2
Total	238	100,0

Tabla V.1.5. Porcentaje de tipo de clínica en la que colaboran los profesionales de la muestra.



FiguraV.1.5. Porcentaje de distribución del tipo de consulta en la que trabaja

V.1.6. NÚMERO DE DÍAS A LA SEMANA QUE TRABAJA

Los resultados de la encuesta analizada, nos muestran que la media de la variable número de días a la semana es de 4,70, con un mínimo de 2 y un máximo de 6 días trabajados por semana. Más de la mitad de los participantes del estudio trabajan los cinco días de la semana (62,6 %), seguido de un 30,7% que lo hace entre dos y cuatro días a la semana. El porcentaje de profesionales que trabaja seis días por semana es del 6,7 %. (Tabla y Figura V.1.6.)

Días a la semana	Frecuencia	Porcentaje
De 2-4	73	30,7
5 días	149	62,6
6 días	16	6,7
Total	238	100,0

Tabla V.1.6. Porcentaje de distribución del número de días trabajados a la semana.

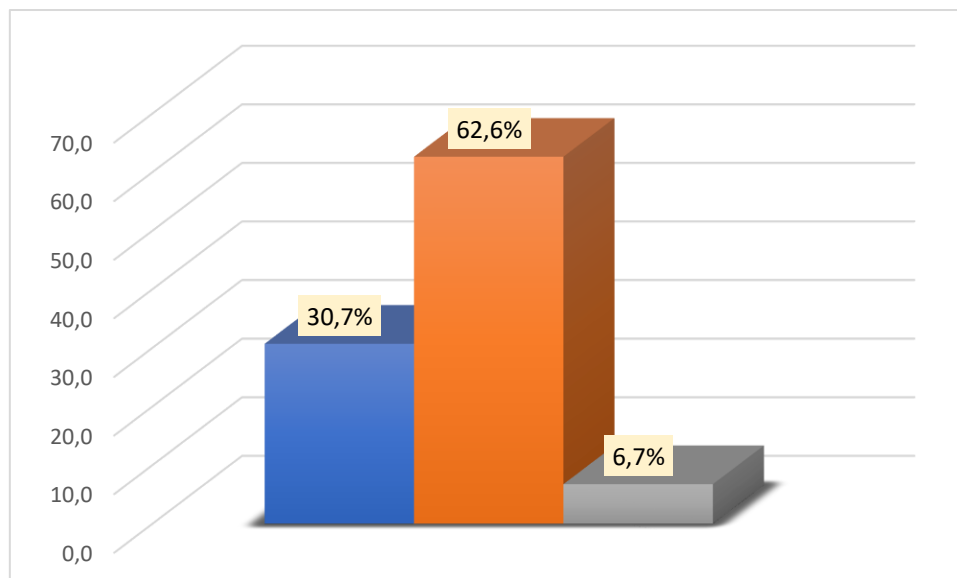


Figura V.1.6. Figura de porcentajes del número de días/semana que trabajan los profesionales de la muestra.

V.1.7. NÚMERO DE HORAS A LA SEMANA QUE TRABAJA

Tras evaluar el número de horas a la semana que trabajan los encuestados, observamos que un 46,2 % de la muestra trabaja entre 35 y 44 horas semanales, mientras que hay un 26,1% que trabaja entre 2 y 34 horas a la semana, y el 27,7% restante lo hace 45 o más horas. (Tabla y Figura V.1.7.)

Números de horas a la semana	Frecuencia	Porcentaje
Hasta 34 horas	62	26,1
Entre 35- 44	110	46,2
45 o más	66	27,7
Total	238	100,0

Tabla V.1.7. Tabla de horas trabajadas a la semana.

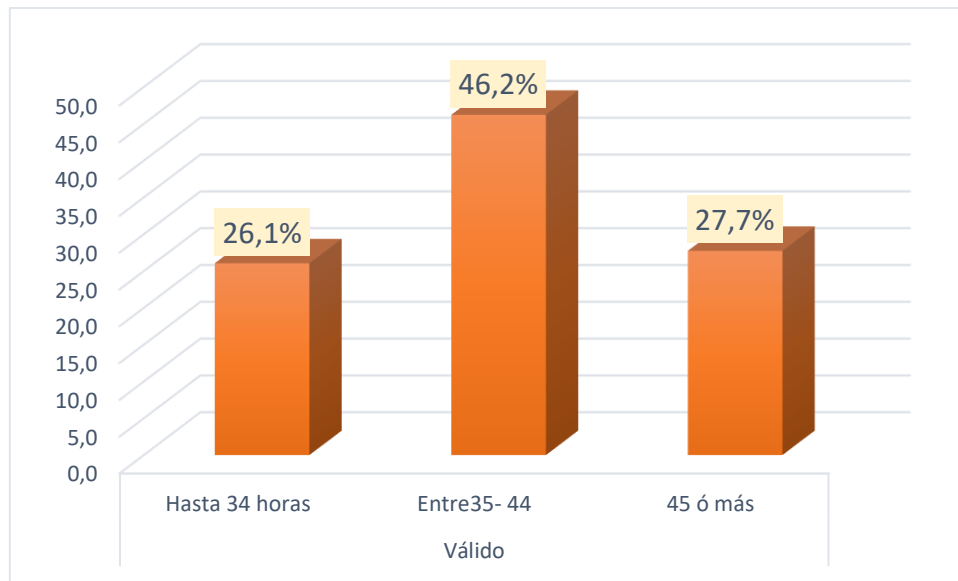


Figura V.1.7. Figura de porcentajes de horas semanales trabajadas

V.1.8. AÑOS QUE LLEVA EJERCIENDO COMO CIRUJANO BUCAL

La variable número de años que lleva trabajando como cirujano, pone de manifiesto, que un 60,9% de la muestra llevaba ejerciendo entre 3 y 9 años como cirujano, mientras que el 22,3 % de la muestra llevaba entre 10 y 15 de ejercicio profesional y el 16,8 % restante llevaba más de 16 años. (Tabla y Figura V.1.8).

Años de ejercicio	Frecuencia	Porcentaje
Hasta 9 años	145	60,9
entre 10 y 15	53	22,3
16 o más	40	16,8
Total	238	100,0

Tabla V.1.8. Tabla de porcentajes del número de años que llevan ejerciendo los profesionales como cirujanos bucales

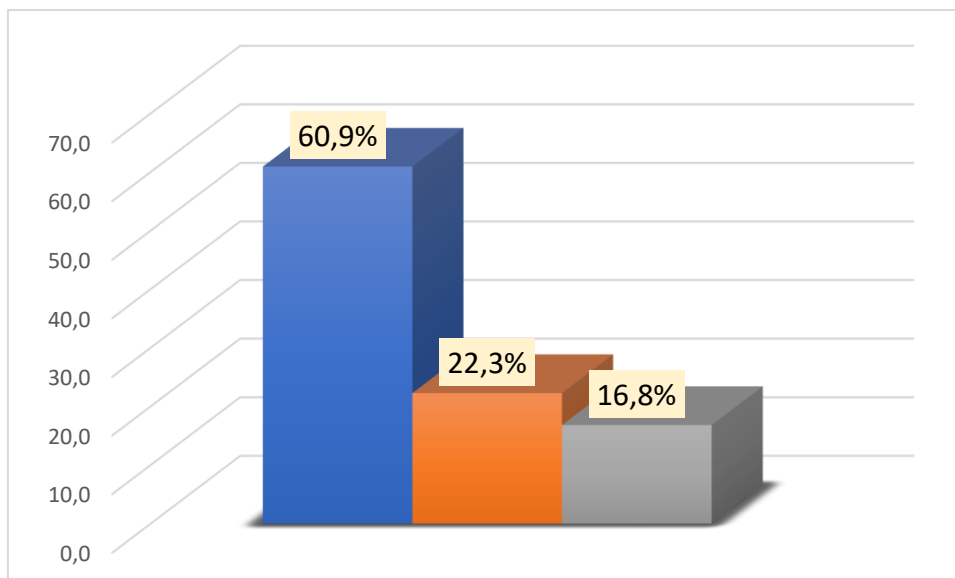


Figura V.1.8. Figura de porcentajes del número de años que llevan ejerciendo como cirujanos.

V.1.9. ¿ESTÁ EN TRATAMIENTO CON ANSIOLÍTICOS?

En esta pregunta, un amplio porcentaje refería no estar en tratamiento con ansiolíticos (92,9%), mientras que el 7,1% sí ingería algún tipo de ansiolítico. (Tabla y Figura V.1.9.)

Tratamiento con ansiolíticos	Frecuencia	Porcentaje
No	221	92,9
Si	17	7,1
Total	238	100,0

Tabla V.1.9. Porcentaje de distribución de la ingesta de ansiolíticos en la muestra

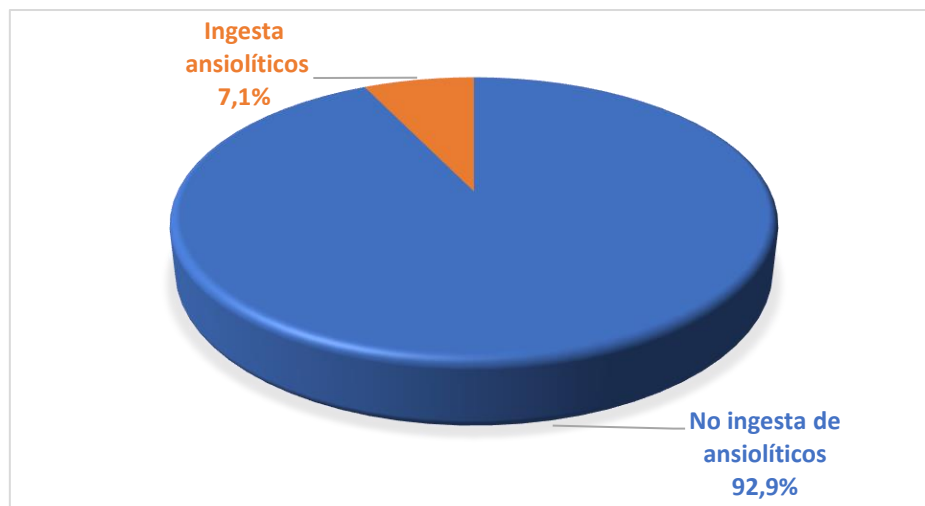


Figura V.1.9. Porcentaje de distribución de la ingesta de ansiolíticos

V.1.10. ¿EN QUÉ TURNO DESARROLLA SU TRABAJO?

Existe un claro predominio, en la muestra, de profesionales que trabajan en ambos turnos: matutino y vespertino, siendo muy inferior el grupo que trabaja en turno de mañana exclusivamente, y prácticamente despreciable, la muestra que lo hace por la tarde únicamente. (Tabla y Figura V.1.10.)

Turno de trabajo	Frecuencia	Porcentaje
Matutino o Vespertino	7	2,9
Ambos	231	97,1
Total	238	100,0

TablaV.1.10. Frecuencia de distribución de los turnos en los que el profesional desarrolla su trabajo

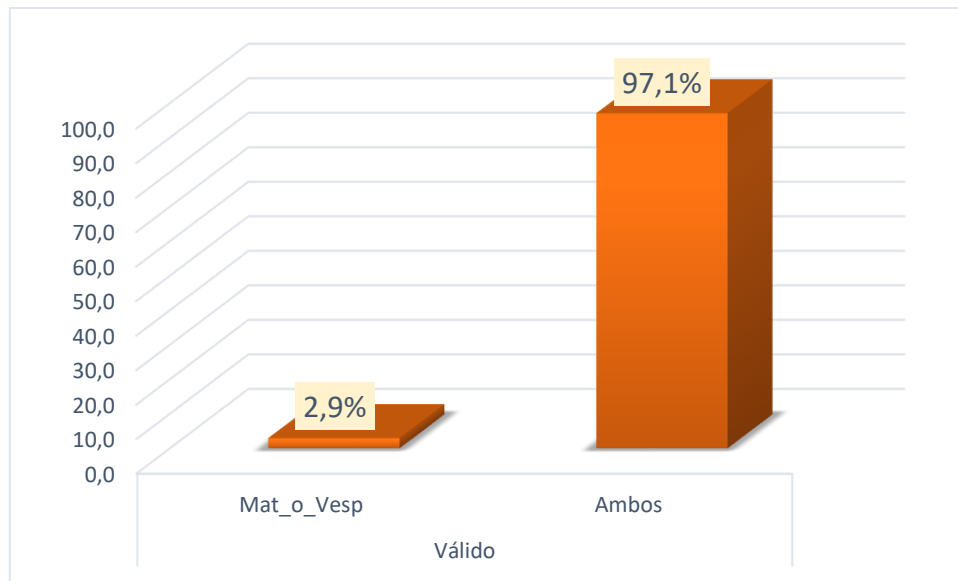


Figura V.1.10 Porcentajes de distribución de la muestra según el horario de trabajo

V.1.11. TIPO DE CONTRATACIÓN

Tras analizar la muestra, se comprobó que más de la mitad de la muestra eran autónomos (61,7%), y había un porcentaje bastante inferior de profesionales con un contrato por prestación de servicios (11,8%), y otro grupo que refería ser autónomo y estar contratado de manera simultánea (26,5%). (Tabla y Figura V.1.11.)

Tipo de contrato	Frecuencia	Porcentaje
Contrato prestación de servicios	28	11,8
Autónomo	147	61,7
Ambos	63	26,5
Total	238	100,0

Tabla V.1.11. Porcentaje de distribución del tipo de contratación de los profesionales encuestados.

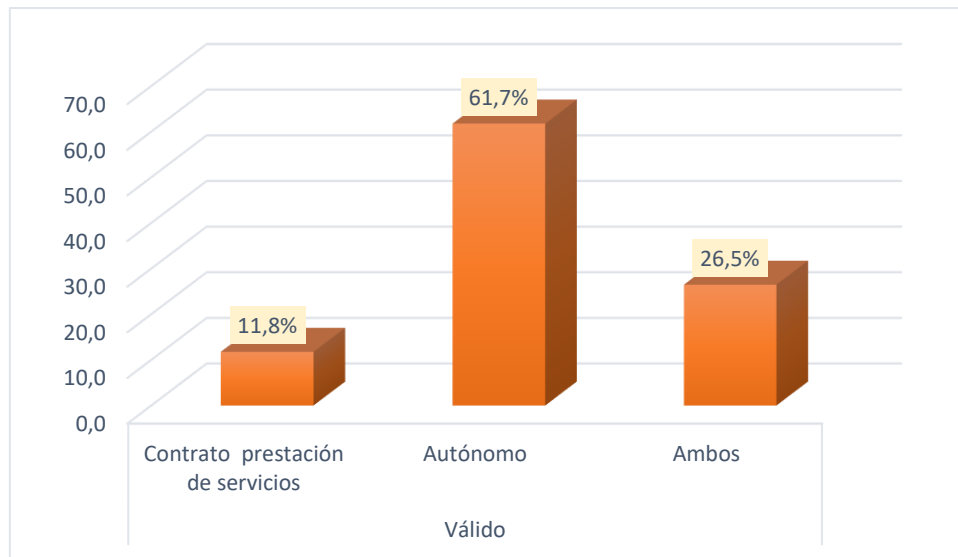


Figura V.1.11. Figura de porcentajes de tipo de contratación de la muestra.

V.1.12. ¿EN CUÁNTAS CONSULTAS TRABAJA?

La media de consultas en las que trabajan los cirujanos de la muestra es de 2,96, con un mínimo de 0 y un máximo de 11.

La mayoría de los profesionales encuestados trabaja en dos consultas como máximo (el 46.2%), frente a un 35,7% que trabaja en 3 o 4 consultas. Un 18,1% de la muestra trabaja en más de cuatro. (Tablas y Figura V.1.12.)

	N	Media	Mediana	Desviación	Mínimo	Máximo
¿En cuántas consultas trabaja?	238	2,96	3,00	1,730	0	11

Tabla V.1.12 a. Media del número de consultas en las que trabajan los profesionales encuestados.

Consultas en las que trabaja	Frecuencia	Porcentaje
En 1 o 2 consultas	110	46,2
En 3 o 4 consultas	85	35,7
En más de 4	43	18,1
Total	238	100,0

Tabla V.1.12 b. Porcentaje de número de consultas en las que trabajan los profesionales encuestados.

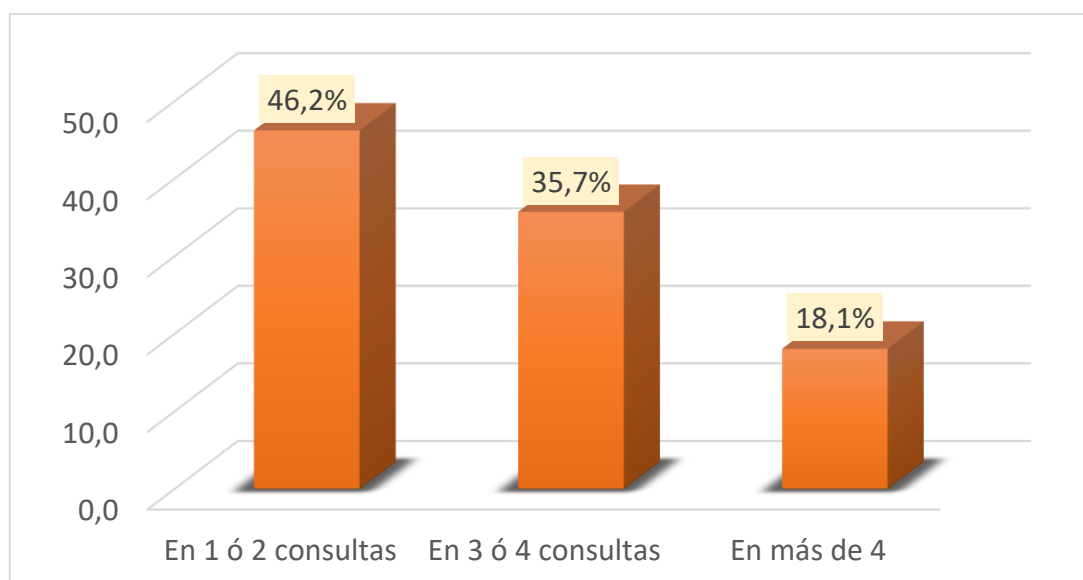


Figura V.1.12. Figura de porcentajes del número de consultas en las que trabajan los profesionales.

V.1.13. ¿EN CUÁNTAS CIUDADES TRABAJA?

La media de ciudades en las que trabajan los miembros de la muestra es de 1,46, siendo 1 el mínimo y 5 el máximo. La mayoría de los profesionales de la muestra 68,5% trabaja en una única ciudad, seguido de un 19,3 % que lo hace en 2 ciudades, y un 12,2% que ejerce su labor profesional en tres o más ciudades. (Tablas y Figura V.1.13.)

	N	Media	Mediana	Desviación	Mínimo	Máximo
¿Cuántas ciudades?	238	1,46	1,00	0,787	1	5

Tabla V.1.13 a Tabla de media del número de ciudades en las que trabajan los profesionales

Número de ciudades	Frecuencia	Porcentaje
1 ciudad	163	68,5
2 ciudades	46	19,3
3 o más ciudades	29	12,2
Total	238	100,0

Tabla V.1.13 b. Porcentaje del número de ciudades en las que trabajan los profesionales encuestados.

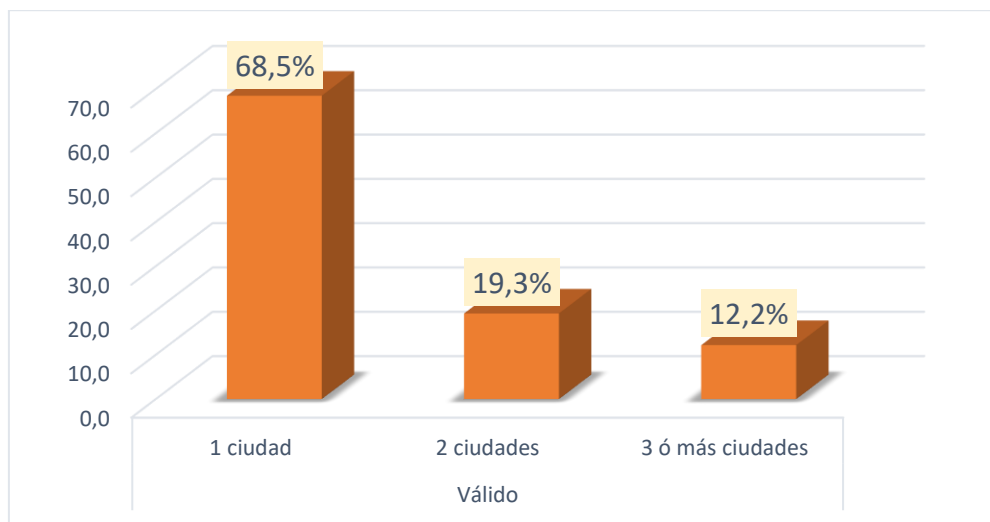


Figura V.1.13. Figura de porcentajes del número de ciudades en las que trabajan los profesionales encuestados.

V.1.14. ¿EN QUÉ CIUDADES TRABAJA?

Respecto a las ciudades en las que trabajan los cirujanos que han respondido a la encuesta, se han organizado los resultados, en función del número de habitantes de dichas ciudades. Encontramos algunos datos perdidos, ya que alguno de los profesionales que rellenó la encuesta trabajaba en ciudades de fuera de España, y lo que queremos es evaluar el síndrome en los Cirujanos Bucales e Implantólogos en España.

Se observa que el 61,8% de la muestra trabaja en ciudades de más de 500000 habitantes, un 16,4% lo hace en ciudades de entre 50000 y 200000 habitantes y en ciudades de 200000-500000 respectivamente. Tan solo un 4,6% de la población estudiada trabaja en ciudades de menos de 50000 habitantes. (Tabla y Figura V.1.14.)

- < 50.000 habitantes
- 50.000 – 200.000 habitantes
- 200.000 – 500.000 habitantes
- > 500.000 habitantes

Ciudades en las que trabaja	Frecuencia	Porcentaje
< 50,000	11	4,6
50,000 - 200,000	39	16,4
200,000-500,000	39	16,4
> 500,000	147	61,8
Total	236	99,2
Perdidos Sistema	2	0,8
Total	238	100,0

Tabla V.1.14. Tabla de porcentajes de ciudades en las que trabajan los cirujanos de la muestra.

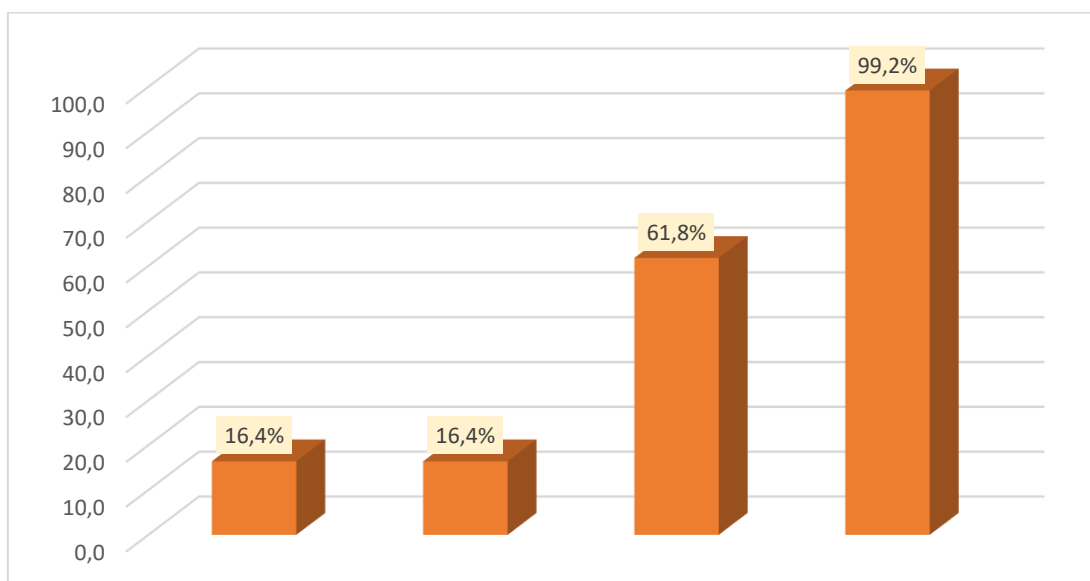


Figura V.1.14. Figura de porcentajes del tamaño de las ciudades en las que trabajan los profesionales.

V.1.15. CANSANCIO EMOCIONAL

De los 22 ítems medidos en la encuesta, el 1, 2, 3, 6, 8,13,14,16 y 20 son los que van a medir el cansancio emocional. La puntuación máxima que puede alcanzar el cansancio emocional es 54. En este apartado de los resultados del cansancio emocional, se analizaron las medias de cada ítem por separado, así como los porcentajes de cada uno de ellos para determinar si la muestra presentaba o no esta dimensión.

La media del primer ítem que mide el cansancio emocional, es de 3,03, lo que se considera un valor medio-alto. Se observa que en este primer ítem el valor 1 fue el más predominante, con un porcentaje del 24,4%, seguido por el valor 3, en un 21,0% de la muestra. Los porcentajes de los valores 2, 4 y 6, son bastante similares, y el valor 5 y 1 inferiores. (Tablas y Figura V.1.15.1.)

Ítem 1: ¿Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo?

	N	Perdidos	Media	Mediana	Desviación
	238	0	3,03	3,00	1,795

Tabla V.1.15.1 a. Tabla de media del primer ítem del cansancio emocional

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
0. Nunca	9	3,8	3,8	3,8
1. Pocas veces al año	58	24,4	24,4	28,2
2. Una vez al mes	30	12,6	12,6	40,8
3. Pocas veces al mes	50	21,0	21,0	61,8
4. Una vez a la semana	36	15,1	15,1	76,9
5. Pocas veces a la semana	22	9,2	9,2	86,1
6. Todos los días	33	13,9	13,9	100,0
Total	238	100,0	100,0	

Tabla V.1.15.1 b. Tabla de porcentajes del ítem 1 del cansancio emocional.

Se observa que en este primer ítem el valor 1 fue el más predominante, con un porcentaje del 24,4%, seguido por el valor 3, en un 21,0% de la muestra. Los porcentajes de los valores 2, 4 y 6, son bastante similares, y el valor 5 y 1 inferiores.

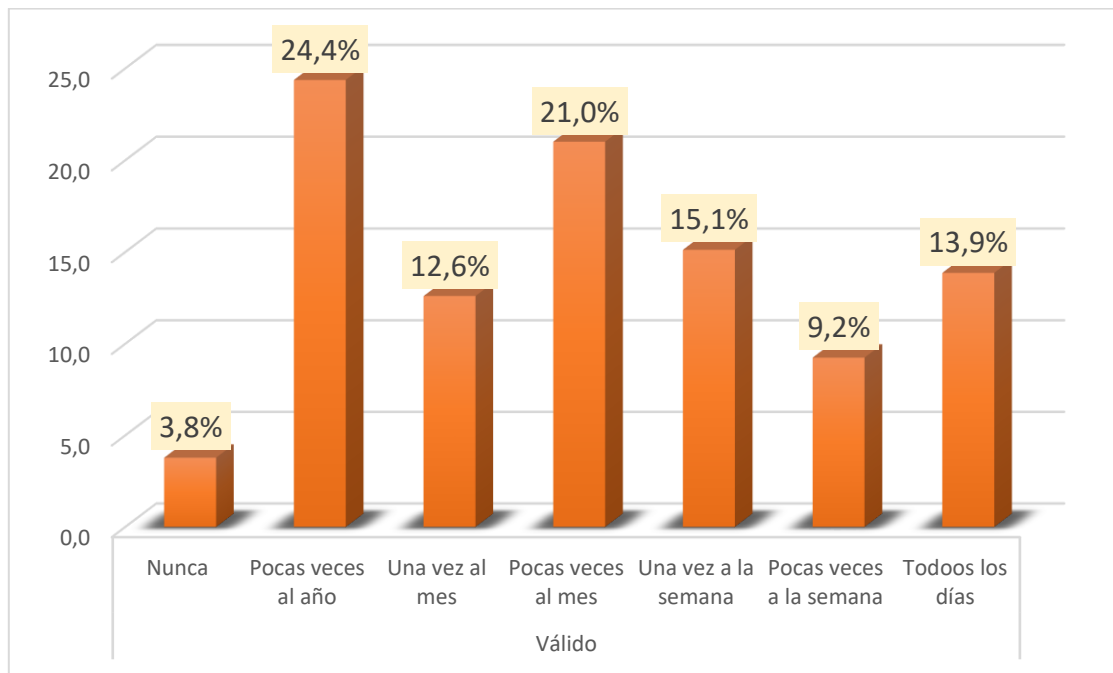


Figura V.1.15.1. Figura de porcentajes del primer ítem del cansancio emocional.

El ítem 2 de la encuesta, que también sirve para medir la subescala del cansancio emocional, tiene una media de 1,88, lo que lo sitúa como un valor bajo.

Tras revisar todas las respuestas a esta pregunta, vemos como el valor 0 y el 1 son los predominantes (26,1% y 27,7% respectivamente), seguidos por el valor 3, reflejado en el 20,2% de los profesionales encuestados. Los valores 2, 5, 4 y 6 adquieren porcentajes de 9,7%, 8,4%, 4,6% y 3,4%. (Tablas y Figura V.1.15.).

Ítem 2: Cuando termino mi jornada de trabajo, ¿me siento vacío?

	N	Perdidos	Media	Mediana	Desviación
	238	0	1,88	1,00	1,732

Tabla V.1.15.2 a. Tabla de media del segundo ítem del cansancio emocional

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
0. Nunca	62	26,1	26,1	26,1
1. Pocas veces al año	66	27,7	27,7	53,8
2. Una vez al mes	23	9,7	9,7	63,4
3. Pocas veces al mes	48	20,2	20,2	83,6
4. Una vez a la semana	11	4,6	4,6	88,2
5. Pocas veces a la semana	20	8,4	8,4	96,6
6. Todos los días	8	3,4	3,4	100,0
Total	238	100,0	100,0	

Tabla V.1.15.2 b. Tabla de porcentajes del segundo ítem del cansancio emocional

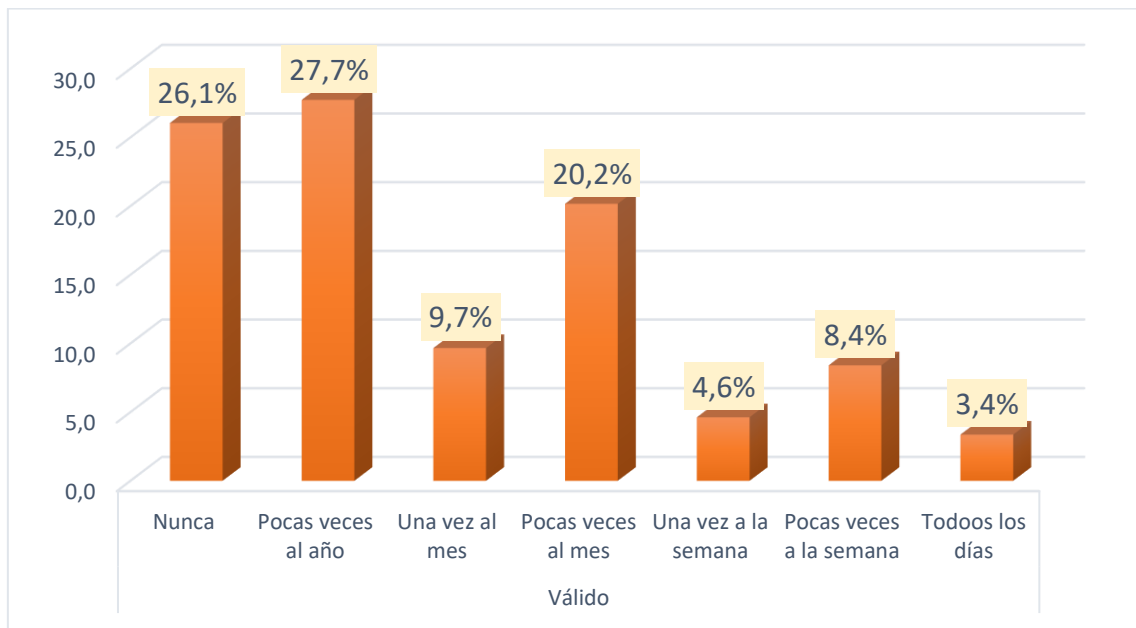


Figura V.1.15.2. Tabla de porcentajes del segundo ítem que mide el cansancio emocional.

El ítem 3 de la encuesta, tiene una media de 2,75, lo que la sitúa como un valor medio – bajo. Respecto a la sensación de sentirse fatigado al enfrentarse a otra jornada de trabajo, el valor más común, es el 1, con un porcentaje de 26,6% de profesionales. El valor 3 es el siguiente en relevancia, ocupando un 19,3% de la muestra. Entre los valores 4, 6,5, 0 y 2, no hay prácticamente diferencias. (Tabla y Figura V.1.15.3).

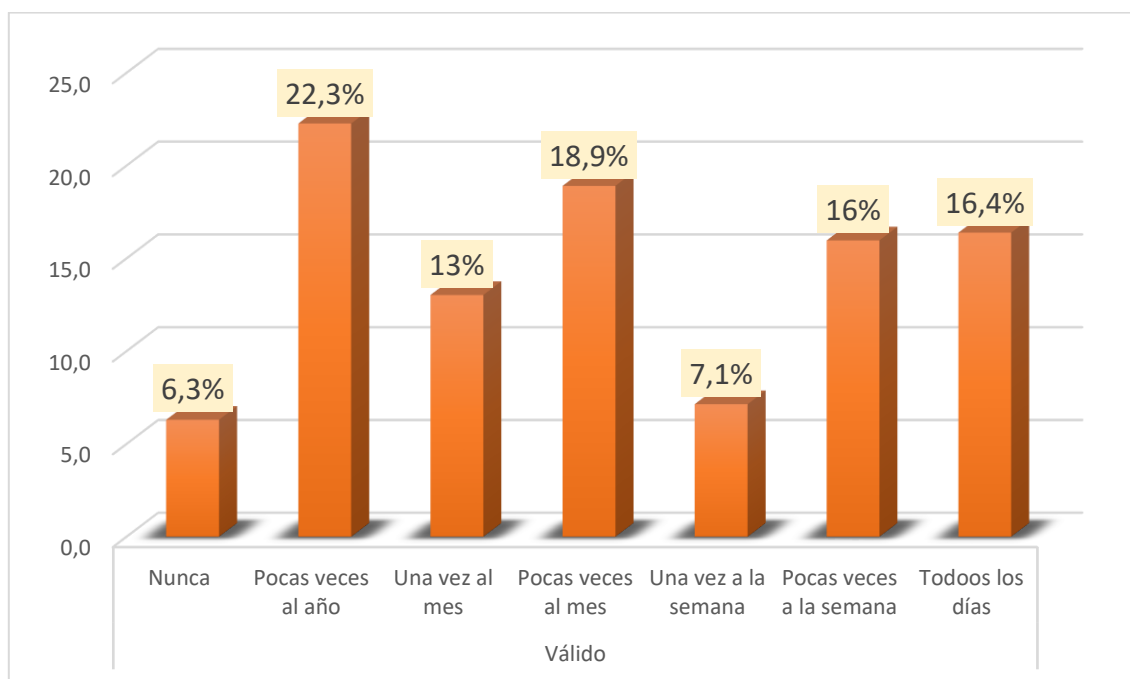
Ítem 3: Cuando me levanto por la mañana y me enfrento a otra jornada de trabajo, ¿me siento fatigado?

	N	Perdidos	Media	Mediana	Desviación
	238	0	2,75	3,00	1,908

Tabla V.1.15.3 a. Tabla de media del cuarto ítem que mide el cansancio emocional.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
0.Nunca	15	6,3	6,3	6,3
1.Pocas veces al año	53	22,3	22,3	28,6
2.Una vez al mes	31	13,0	13,0	41,6
3.Pocas veces al mes	45	18,9	18,9	60,5
4.Una vez a la semana	17	7,1	7,1	67,6
5.Pocas veces a la semana	38	16,0	16,0	83,6
6.Todos los días	39	16,4	16,4	100,0
Total	238	100,0	100,0	

Tabla V.1.15.3 b. Tabla de porcentajes que mide el cuarto ítem del cansancio emocional.



V.1.15.3. Figura de porcentajes del cuarto ítem que mide el cansancio emocional.

El ítem 8 de la encuesta tiene una media de 3,36, lo que indica un valor medio-alto de cansancio emocional.

En este ítem se observa como 67 personas de las 238 encuestadas no se siente desgastada por su trabajo (28,1%), mientras que 110 personas (46,3%) sí. (Tablas y Figura V.1.15.4.)

Ítem 8: ¿Siento que mi trabajo me está desgastando?

	N	Perdidos	Media	Mediana	Desviación
	238	0	3,36	3,00	2,077

Tabla V.1.15.4 a. Tabla de la media del quinto ítem que mide el cansancio emocional.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
0. Nunca	17	7,1	7,1	7,1
1. Pocas veces al año	50	21,0	21,0	28,2
2. Una vez al mes	24	10,1	10,1	38,2
3. Pocas veces al mes	37	15,5	15,5	53,8
4. Una vez a la semana	18	7,6	7,6	61,3
5. Pocas veces a la semana	34	14,3	14,3	75,6
6. Todos los días	58	24,4	24,4	100,0
Total	238	100,0	100,0	

Tabla V.1.15.4 b. Tabla de porcentajes del quinto ítem del cansancio emocional

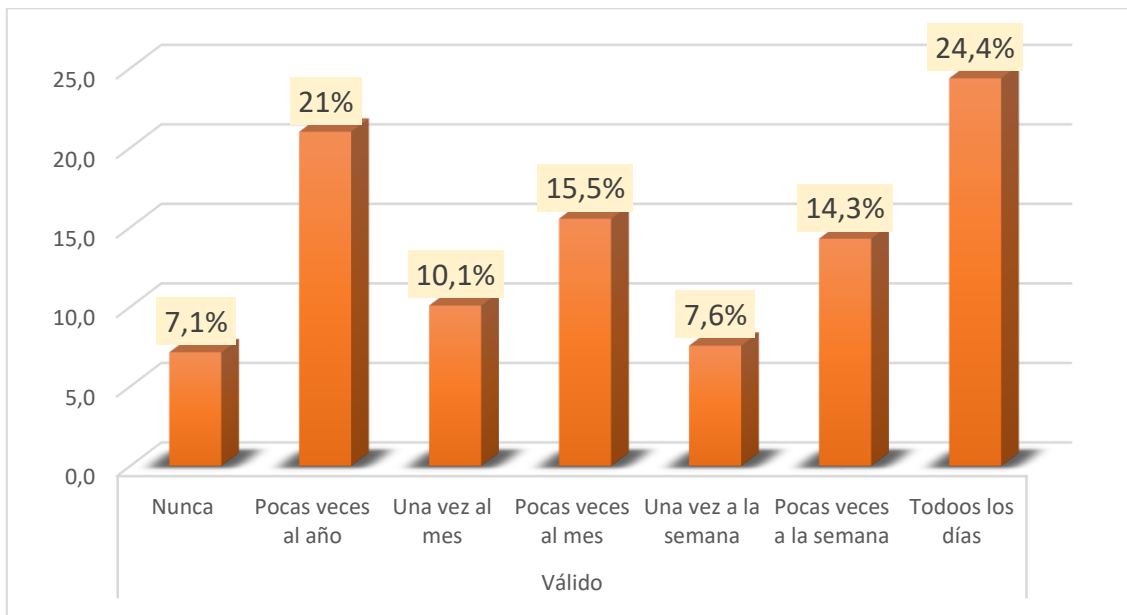


Figura V.1.15.4. Figura de porcentajes del quinto ítem que mide el cansancio emocional.

El ítem 13 de la encuesta tiene una media de 2,8, lo que indica que está ligeramente por debajo del valor medio.

Según los datos revisados, muy pocos profesionales, se sienten frustrados en su trabajo (21,5%) de la muestra, y sin embargo el 78,4% de los profesionales experimenta esa sensación em escasas ocasiones. Se pueden comprobar los valores en la Tablas y Figura V.1.15.5.

Ítem 13: ¿Me siento frustrado en mi trabajo?

	N	Perdidos	Media	Mediana	Desviación
	238	0	2,08	1,00	1,708

Tabla V.1.15.5 a. Tabla de la media del sexto ítem que mide el cansancio emocional.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
0.Nunca	39	16,4	16,4	16,4
1.Pocas veces al año	81	34,0	34,0	50,4
2.Una vez al mes	31	13,0	13,0	63,4
3.Pocas veces al mes	36	15,1	15,1	78,6
4.Una vez a la semana	19	8,0	8,0	86,6
5.Pocas veces a la semana	24	10,1	10,1	96,6
6.Todos los días	8	3,4	3,4	100,0
Total	238	100,0	100,0	

Tabla V.1.15.5 b. Tabla de porcentajes del sexto ítem que mide el cansancio emocional.

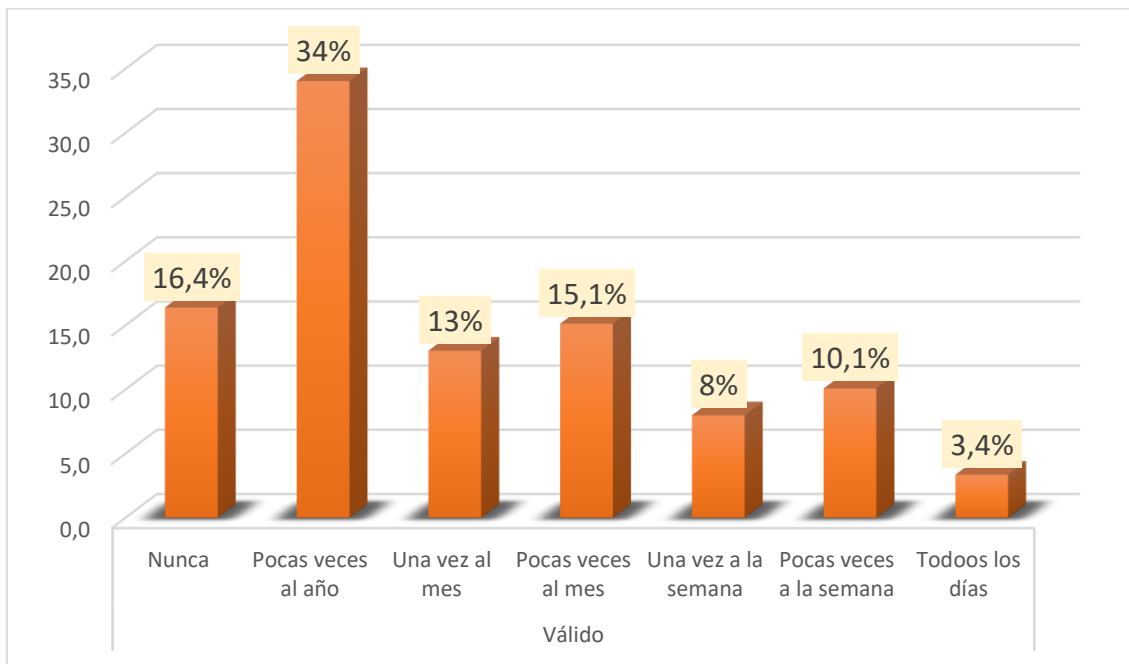


Figura V.1.15.5. Figura de porcentajes del sexto ítem que mide el cansancio emocional.

El ítem 14 de la encuesta tiene una media de 3,98, que es un valor medio- alto. Un porcentaje muy elevado de los encuestados (37,0%) siente que está demasiado tiempo en su trabajo (valor 6). Los valores de 5,1 y 3 van de mayor a menor importancia (15,1%, 13% y 12,6%). (Tablas y Figura V.1.15.6.).

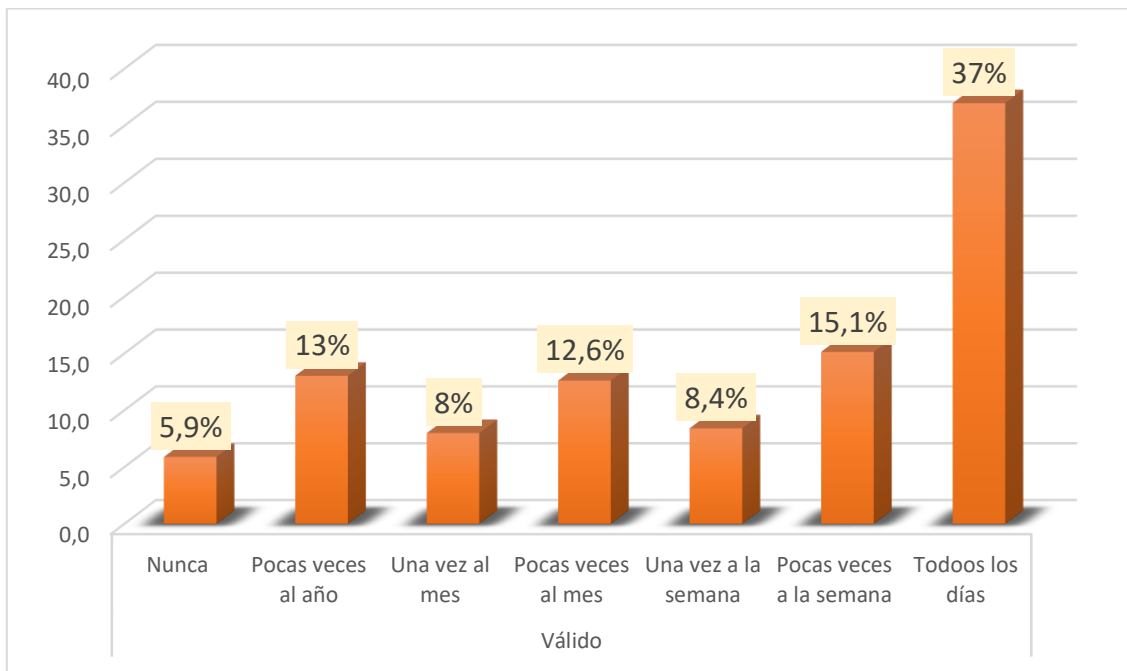
Ítem 14: ¿Siento que estoy demasiado tiempo en mi trabajo?

	N	Perdidos	Media	Mediana	Desviación
	238	0	3,98	5,00	2,051

Tabla V.1.15.6 a Tabla de media del séptimo ítem que mide el cansancio emocional.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
0. Nunca	14	5,9	5,9	5,9
1. Pocas veces al año	31	13,0	13,0	18,9
2. Una vez al mes	19	8,0	8,0	26,9
3. Pocas veces al mes	30	12,6	12,6	39,5
4. Una vez a la semana	20	8,4	8,4	47,9
5. Pocas veces a la semana	36	15,1	15,1	63,0
6. Todos los días	88	37,0	37,0	100,0
Total	238	100,0	100,0	

Tabla V.1.15.6 b. Tabla de porcentajes del séptimo ítem que mide el cansancio emocional.



V.1.15.6. Figura de porcentajes del séptimo ítem que mide el cansancio emocional.

El ítem 16 de la encuesta tiene una media de 2,92, que es un valor medio-bajo, como puede comprobarse en la Tabla V.1.14.8. a. Al analizar los porcentajes sobre si el contacto directo con gente cansa al profesional, se observa cómo un 35,3% de la muestra no está cansada de trabajar con gente, mientras que el 64,6 % restante sí refiere tener esa sensación de cansancio con una frecuencia que oscila de una vez al mes hasta todos los días. (Tablas y Figura V.1.15.7).

Ítem 16: ¿Siento que trabajar en contacto directo con la gente me cansa?

	N	Perdidos	Media	Mediana	Desviación
	238	0	2,92	3,00	2,049

Tabla V.1.15.7 a. Tabla de media del octavo ítem que mide el cansancio emocional.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
0.Nunca	25	10,5	10,5	10,5
1.Pocas veces al año	59	24,8	24,8	35,3
2.Una vez al mes	28	11,8	11,8	47,1
3.Pocas veces al mes	35	14,7	14,7	61,8
4.Una vez a la semana	19	8,0	8,0	69,7
5.Pocas veces a la semana	32	13,4	13,4	83,2
6.Todos los días	40	16,8	16,8	100,0
Total	238	100,0	100,0	

Tabla V.1.15.7 b. Tabla de porcentajes del octavo ítem que mide el cansancio emocional.

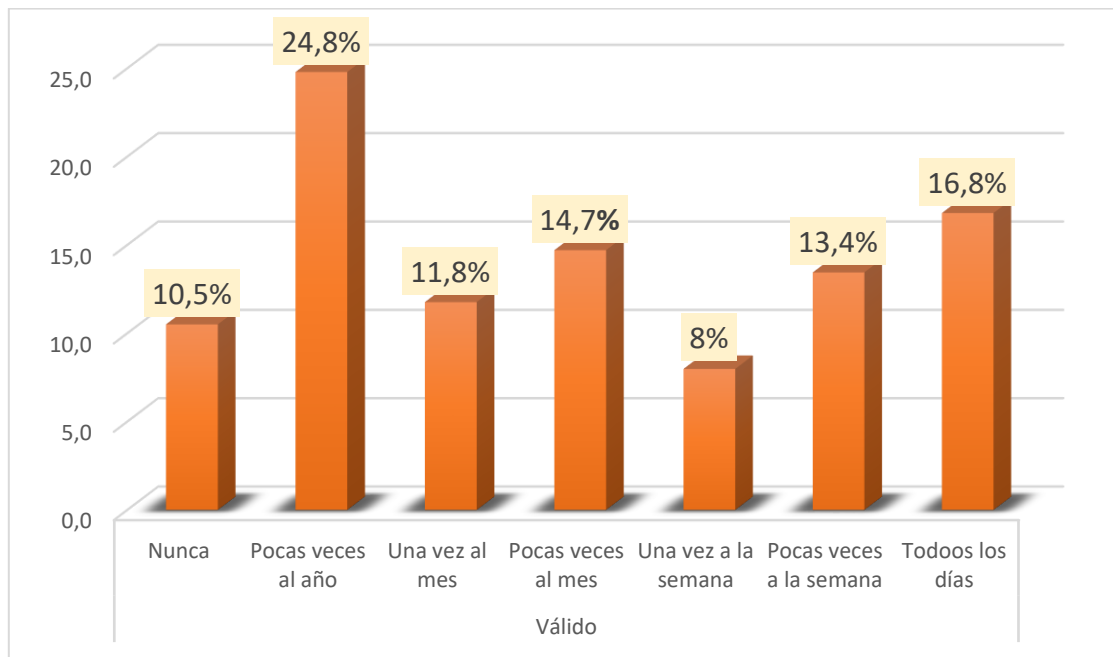


Figura V.1.15.7. Figura de porcentajes del octavo ítem que mide el cansancio emocional.

El ítem 20 de la encuesta tiene una media de 1,98, que es un valor bajo. Un 56,3% de los profesionales de la muestra no se sienten al límite de sus posibilidades. Del 43,7% restante, tan solo un 8,4% se siente al límite todos los días. (Tablas y Figura V.1.15.8.)

Ítem 20: ¿Me siento como si estuviera al límite de mis posibilidades?

	N	Perdidos	Media	Mediana	Desviación
	238	0	1,98	1,00	1,930

Tabla V.1.15.8 a. Tabla de la media del noveno ítem que mide el cansancio emocional.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
0.Nunca	61	25,6	25,6	25,6
1.Pocas veces al año	73	30,7	30,7	56,3
2.Una vez al mes	23	9,7	9,7	66,0
3.Pocas veces al mes	31	13,0	13,0	79,0
4.Una vez a la semana	11	4,6	4,6	83,6
5.Pocas veces a la semana	19	8,0	8,0	91,6
6.Todos los días	20	8,4	8,4	100,0
Total	238	100,0	100,0	

Tabla V.1.15.8 b. Tabla de porcentajes que miden el noveno ítem del cansancio emocional.

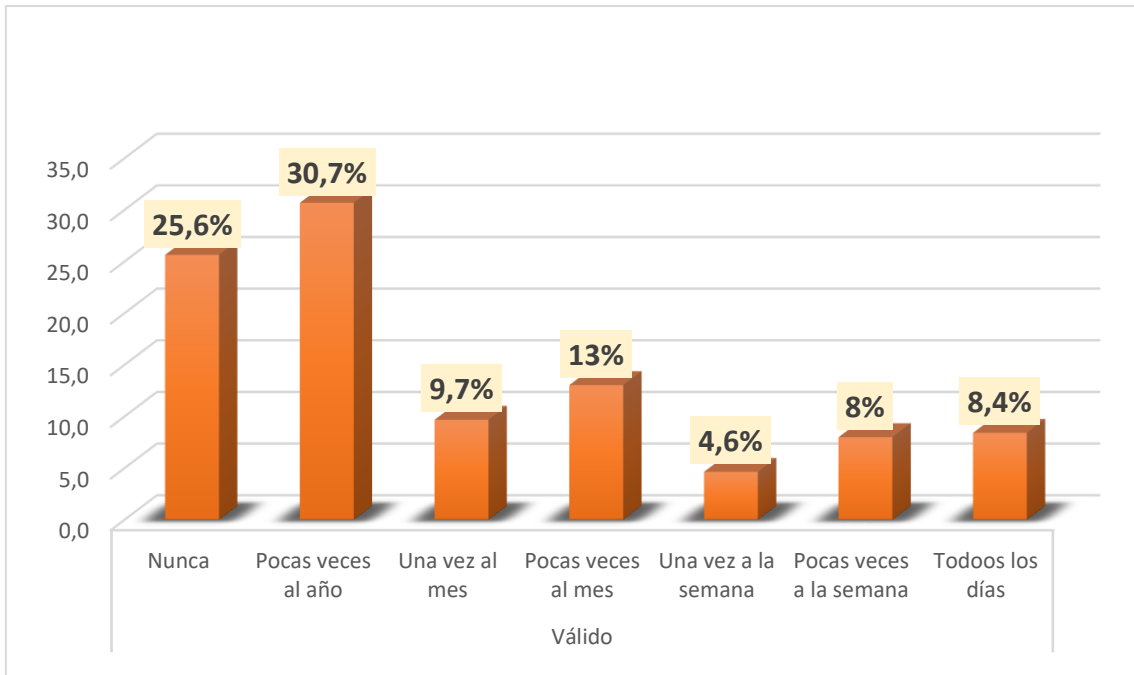


Figura V.1.15.8. Figura de los porcentajes del noveno ítem del cansancio emocional

Medias de los ítems del cansancio emocional

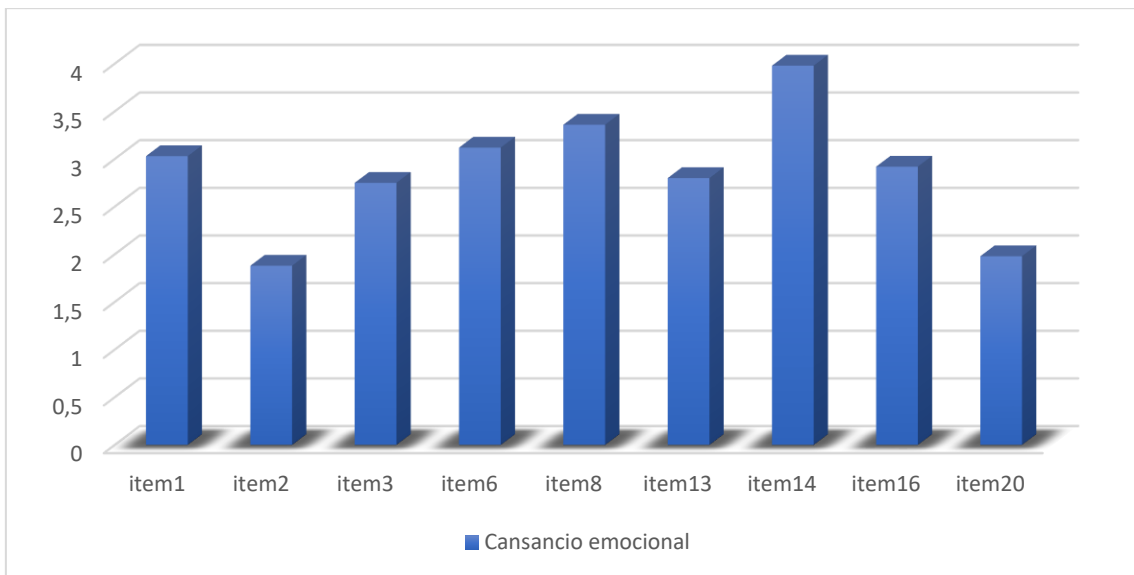


Figura V.1.15.9. Figura de las medias de los ítems del cansancio emocional

De los 9 ítems que miden el cansancio emocional, hay 4 que están por encima del valor 3, es decir, por encima de la media, mientras que los 5 restantes se encuentran por debajo.

La suma de las medias de los resultados obtenidos para los 9 ítems del cansancio emocional nos da un valor de 25,1, lo que quiere decir que nuestra muestra se encuentra en un nivel medio-alto de cansancio emocional.

V.1.16. DESPERSONALIZACIÓN

Los ítems 5, 10, 11, 15 y 22 miden la despersonalización de los profesionales, siendo 30 el valor máximo que pueden alcanzar.

Respecto al primer ítem que sirve para evaluar la despersonalización (ítem 5), que indica si el profesional está tratando a los pacientes como si fueran objetos impersonales, obtenemos una media de 1,21, que es un valor muy bajo para este dato. El 75,3% de la muestra no siente que esté tratando a los pacientes como si fueran objetos impersonales. Un 9,7% siente, algunas veces al mes que sí que está tratándoles de manera impersonal. (Tablas y Figura V.1.16.1).

Ítem 5: ¿Siento que estoy tratando a algunos pacientes como si fueran objetos impersonales?

	N	Perdidos	Media	Mediana	Desviación	Mínimo	Máximo
	238	0	1,21	1,00	1,611	0	6

Tabla V.1.16.1 a. Tabla de media del primer ítem que mide la despersonalización.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
0.Nunca	112	47,1	47,1	47,1
1.Pocas veces al año	67	28,2	28,2	75,2
2.Una vez al mes	7	2,9	2,9	78,2
3.Pocas veces al mes	23	9,7	9,7	87,8
4.Una vez a la semana	11	4,6	4,6	92,4
5.Pocas veces a la semana	15	6,3	6,3	98,7
6.Todos los días	3	1,3	1,3	100,0
Total	238	100,0	100,0	

Tabla V.1.16.1 b. Tabla para medir porcentajes del primer ítem de la despersonalización

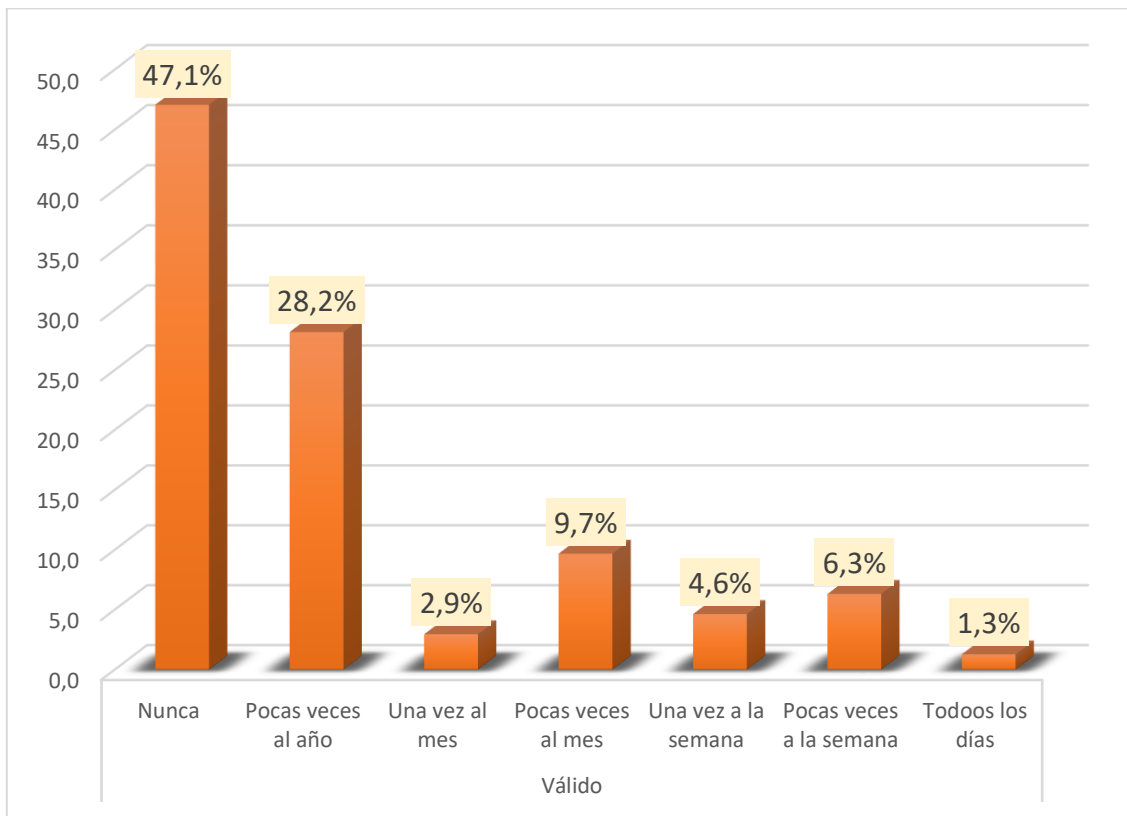


Figura V.1.16.1. Figura de los porcentajes del primer ítem que mide la despersonalización

El ítem 10 de la encuesta, refleja que la media de profesionales que sienten que se han hecho más duros con la gente es de 3,32, lo que es un valor alto. Un porcentaje muy alto de profesionales 49,5% siente que se ha hecho más duro con la gente, mientras que un porcentaje de 29,9% no siente haber cambiado su actitud hacia la gente en su trabajo. (Tablas y Figura V.1.16.2.)

Ítem10: ¿Siento que me he hecho más duro con la gente?

	N	Perdidos	Media	Mediana	Desviación	Mínimo	Máximo
	238	0	3,32	3,00	2,134	0	6

Tabla V.1.16.2 a. Tabla de la media del segundo ítem que mide la despersonalización

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
0.Nunca	28	11,8	11,8	11,8
1.Pocas veces al año	43	18,1	18,1	29,8
2.Una vez al mes	18	7,6	7,6	37,4
3.Pocas veces al mes	31	13,0	13,0	50,4
4.Una vez a la semana	27	11,3	11,3	61,8
5.Pocas veces a la semana	37	15,5	15,5	77,3
6.Todos los días	54	22,7	22,7	100,0
Total	238	100,0	100,0	

Tabla V.1.16.2 b. Tabla de porcentajes del segundo ítem de la despersonalización.

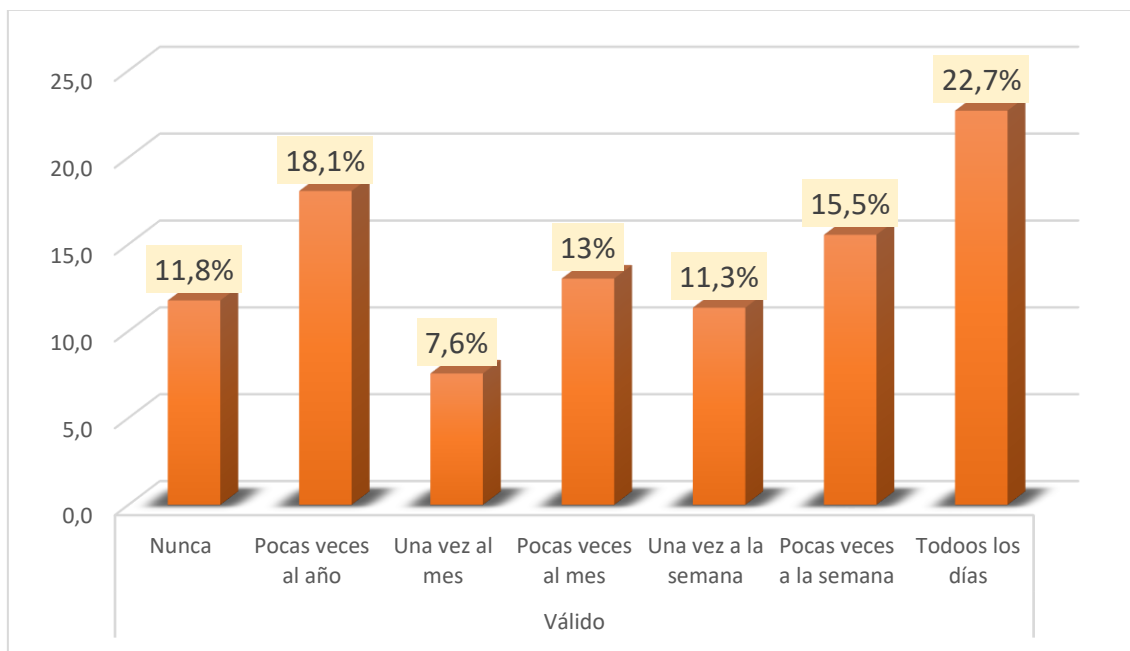


Figura V.1.16.2. Figura de porcentajes del segundo ítem que mide la despersonalización.

La media del ítem 11 es de 2,19, lo que implica un valor medio-bajo. Al revisar las tablas de frecuencias y porcentajes, se observa que la mayoría de los cirujanos bucales e implantólogos encuestados 51,3% no están preocupados porque su trabajo les esté haciendo más duros emocionalmente. Tan sólo un 20,2% de la muestra percibe estar haciéndose más duro. (Tablas y Figura V.1.16.3.)

Ítem 11: ¿Me preocupa que este trabajo me esté haciendo más duro emocionalmente?

	N	Perdidos	Media	Mediana	Desviación	Mínimo	Máximo
	238	0	2,19	1,00	2,081	0	6

V.1.16.3 a. Tabla de media del tercer ítem que mide la despersonalización.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
0.Nunca	68	28,6	28,6	28,6
1.Pocas veces al año	54	22,7	22,7	51,3
2.Una vez al mes	20	8,4	8,4	59,7
3.Pocas veces al mes	30	12,6	12,6	72,3
4.Una vez a la semana	18	7,6	7,6	79,8
5.Pocas veces a la semana	23	9,7	9,7	89,5
6.Todos los días	25	10,5	10,5	100,0
Total	238	100,0	100,0	

Tabla V.1.16.3 b. Tabla de porcentajes del tercer ítem que mide la despersonalización

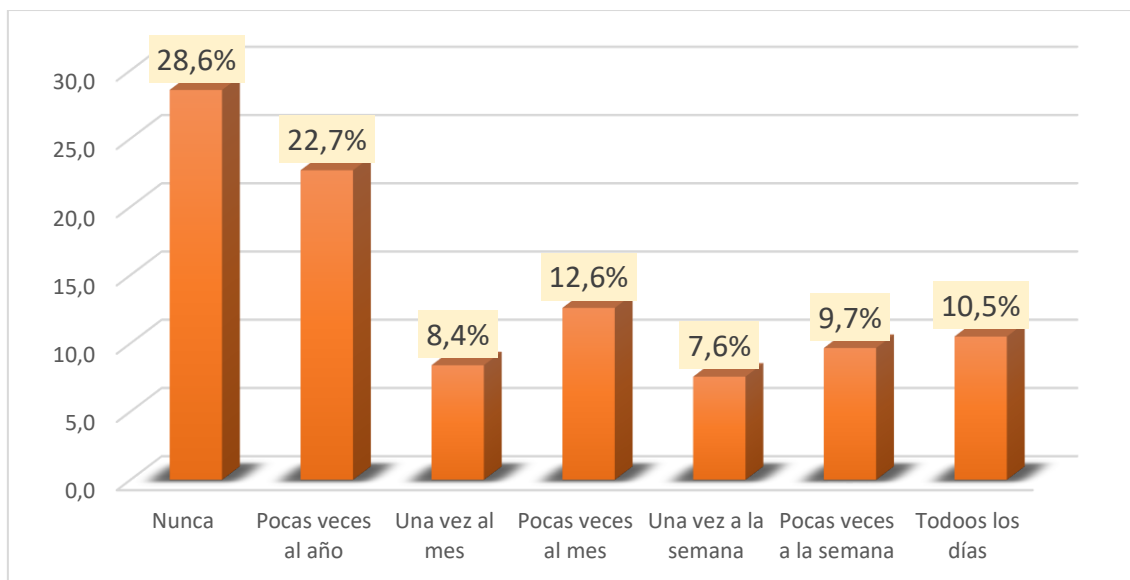


Figura V.1.16.3. Figura de porcentajes del tercer ítem que mide la despersonalización.

En el ítem 15, la media es de 0,81, un valor muy bajo, lo que indica que a los profesionales de la muestra sí les importa lo que les ocurre a sus pacientes. Respecto a este ítem, se puede comprobar que al 84,9% de los profesionales de la muestra sí les importa los que les ocurra a sus pacientes, frente a un 6,3% que refieren no importarles. (Tablas y Figura V.1.16.4)

Ítem 15: ¿Siento que realmente no me importa lo que les ocurra a mis pacientes?

	N	Perdidos	Media	Mediana	Desviación
	238	0	0,81	0,00	1,513

Tabla V.1.16.4 a. Tabla de media del cuarto ítem que mide la despersonalización.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
0.Nunca	153	64,3	64,3	64,3
1.Pocas veces al año	49	20,6	20,6	84,9
2.Una vez al mes	8	3,4	3,4	88,2
3.Pocas veces al mes	6	2,5	2,5	90,8
4.Una vez a la semana	7	2,9	2,9	93,7
5.Pocas veces a la semana	8	3,4	3,4	97,1
6.Todos los días	7	2,9	2,9	100,0
Total	238	100,0	100,0	

Tabla V.1.16.4 b. Tabla de porcentajes del cuarto ítem que mide la despersonalización.

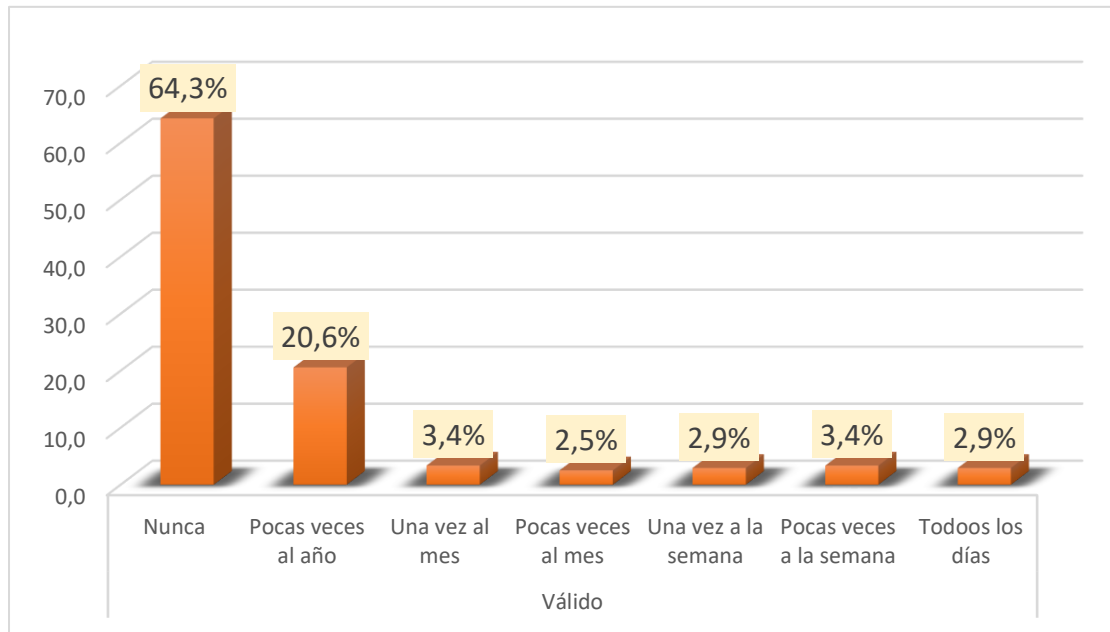


Figura V.1.16.4. Figura de los porcentajes del cuarto ítem que mide la despersonalización.

La media del ítem 22, que es el último que se refiere a la despersonalización, es de 2,24, que es un valor medio-bajo. A tenor de los resultados que se observan en la tabla de frecuencias y porcentajes, el 59,3% de la muestra no tiene sensación de que los pacientes les culpen de sus problemas, en contraposición al 13% que sí que se siente acusado por los pacientes de generar alguno de sus problemas. (Tablas y Figura V.1.16.5)

Ítem 22: ¿Me parece que los pacientes me culpan de alguno de sus problemas?

	N	Perdidos	Media	Mediana	Desviación
	238	0	2,24	2,00	1,709

Tabla V.1.16.5 a. Tabla de media del quinto ítem que mide la despersonalización.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
0.Nunca	28	11,8	11,8	11,8
1.Pocas veces al año	85	35,7	35,7	47,5
2.Una vez al mes	28	11,8	11,8	59,2
3.Pocas veces al mes	37	15,5	15,5	74,8
4.Una vez a la semana	29	12,2	12,2	87,0
5.Pocas veces a la semana	20	8,4	8,4	95,4
6.Todos los días	11	4,6	4,6	100,0
Total	238	100,0	100,0	

Tabla V.1.16.5 b. Tabla de porcentajes del quinto ítem de la subescala de despersonalización.

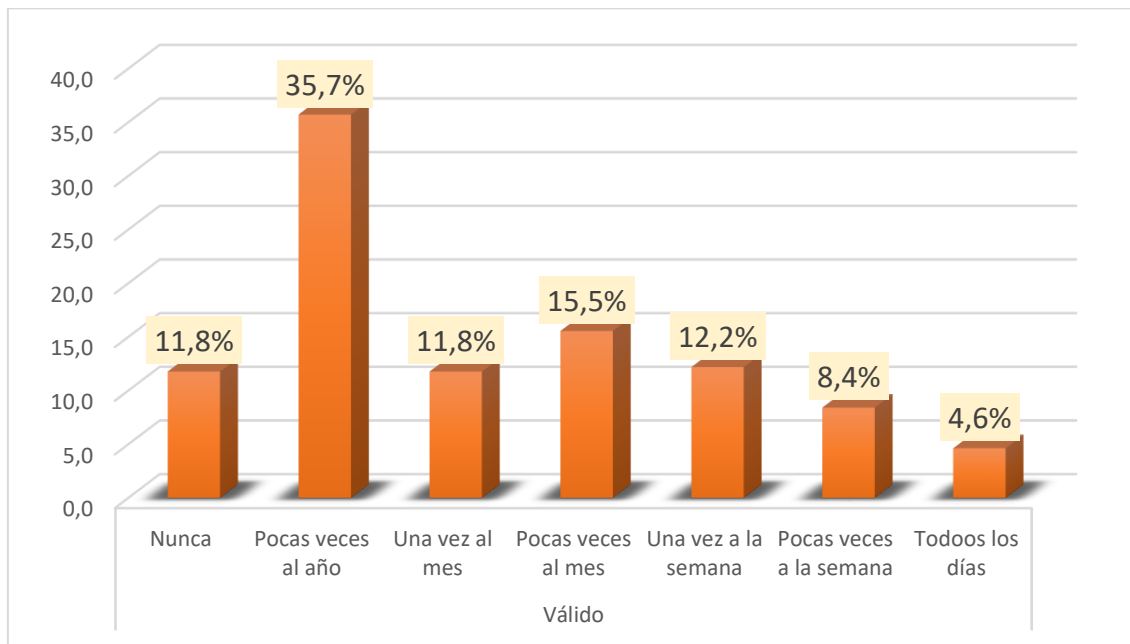


Figura V.1.16.5. Figura de porcentajes del quinto ítem de la subescala de despersonalización.

Medias de los ítems de la despersonalización

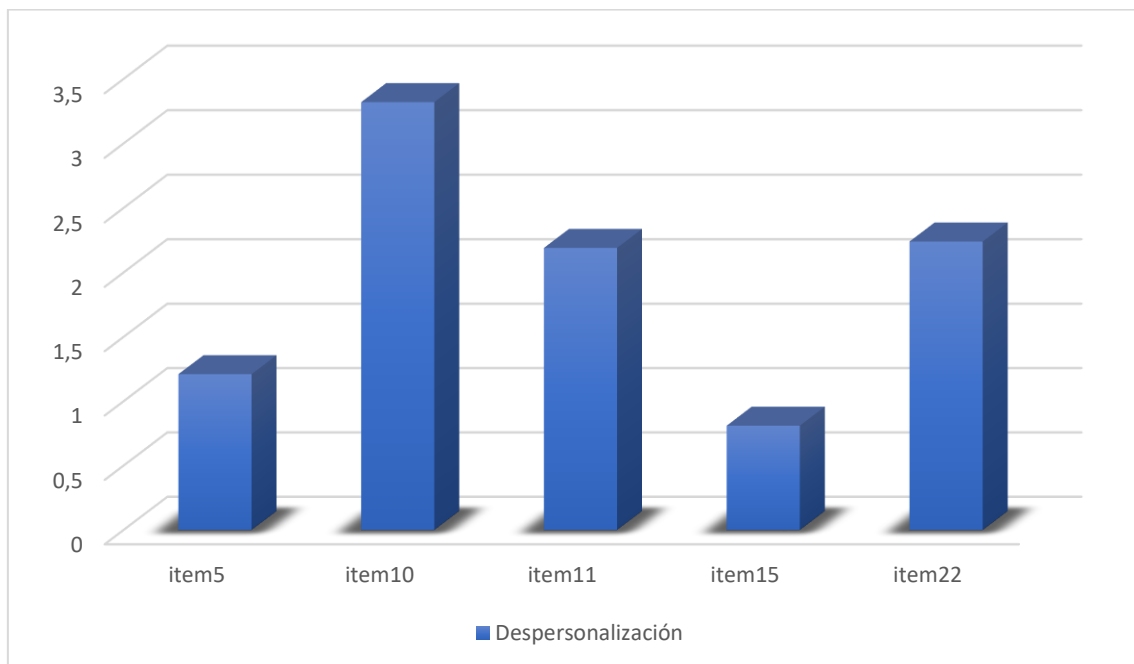


Figura V.1.16.6. Figura de las medias de los ítems de la despersonalización.

En la muestra objeto de estudio, tan solo uno de los cinco ítems encargados de evaluar la despersonalización, tiene un valor por encima de 3, que es el valor medio.

La suma de las medias de los resultados obtenidos para los 5 ítems de la despersonalización nos da un valor de 9,77, lo que quiere decir que nuestra muestra se encuentra dentro de los parámetros de un nivel alto de despersonalización.

V.1.17. REALIZACIÓN PERSONAL

Los ítems 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19 y 21 son los que miden la realización personal. El valor máximo que se puede alcanzar es de 48. La media para el primer ítem que mide la realización personal es 5,47, que es un valor alto. El 90,3% de la muestra siente que puede entender fácilmente a los pacientes, mientras que el 3,4% siente, habitualmente, que no puede entenderlos (Tablas y Figura V.1.17.1.).

Ítem 4: ¿Siento que puedo entender fácilmente a los pacientes?

Tabla V.1.17.1 a. Tabla de media del primer ítem que mide la realización personal.

	N	Perdidos	Media	Mediana	Desviación
	238	0	5,47	6,00	1,074

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
0.Nunca	2	0,8	0,8	0,8
1.Pocas veces al año	3	1,3	1,3	2,1
2.Una vez al mes	3	1,3	1,3	3,4
3.Pocas veces al mes	7	2,9	2,9	6,3
4.Una vez a la semana	8	3,4	3,4	9,7
5.Pocas veces a la semana	49	20,6	20,6	30,3
6.Todos los días	166	69,7	69,7	100,0
Total	238	100,0	100,0	

Tabla V.1.17.1b. Tabla de porcentajes que miden el valor del primer ítem de la realización personal.

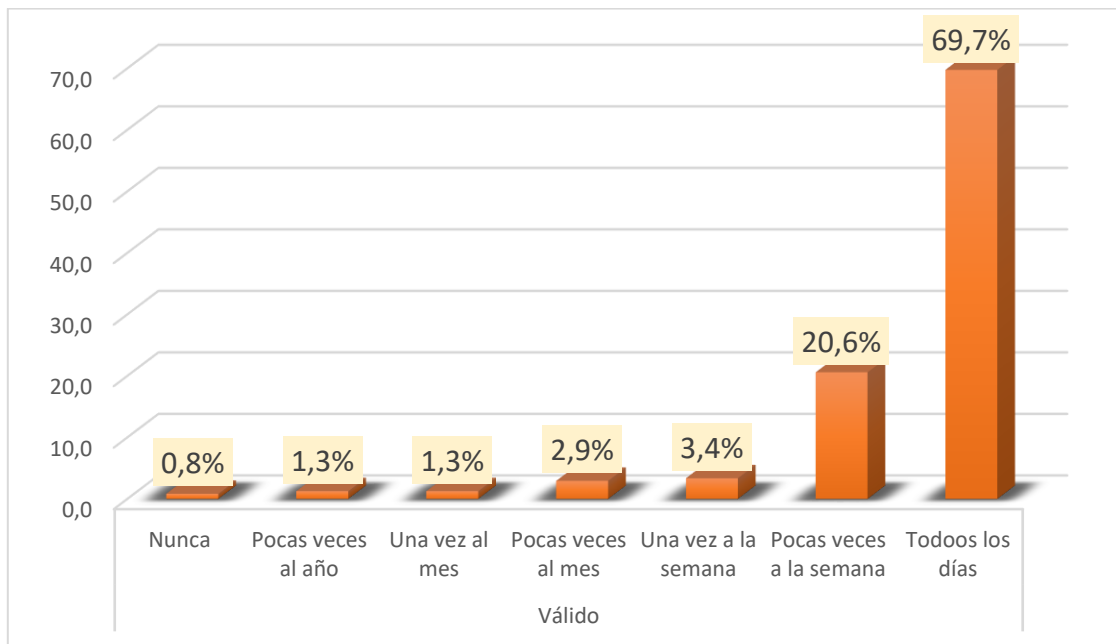


Figura V.1.17.1. Figura de los porcentajes del primer ítem que mide la realización personal.

La media para el segundo ítem que mide la realización personal, (7), es de 5,53, que es un valor muy alto. El 92,4% de los profesionales de la muestra refiere sentir que trata los problemas de los pacientes con mucha eficacia, mientras que sólo un 1,6 % cree no hacerlo (Tablas y Figura V.1.17.2.).

Ítem 7: ¿Siento que trato con mucha eficacia los problemas de mis pacientes?

	N	Perdidos	Media	Mediana	Desviación
	238	0	5,53	6,00	0,944

Tabla V.1.17.2 a. Tabla de media del segundo ítem que mide la realización personal.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
0.Nunca	2	0,8	0,8	0,8
1.Pocas veces al año	1	0,4	0,4	1,3
2.Una vez al mes	1	0,4	0,4	1,7
3.Pocas veces al mes	8	3,4	3,4	5,0
4.Una vez a la semana	6	2,5	2,5	7,6
5.Pocas veces a la semana	56	23,5	23,5	31,1
6.Todos los días	164	68,9	68,9	100,0
Total	238	100,0	100,0	

Tabla V.1.17.2 b. Tabla de porcentajes del segundo ítem que mide la realización personal.

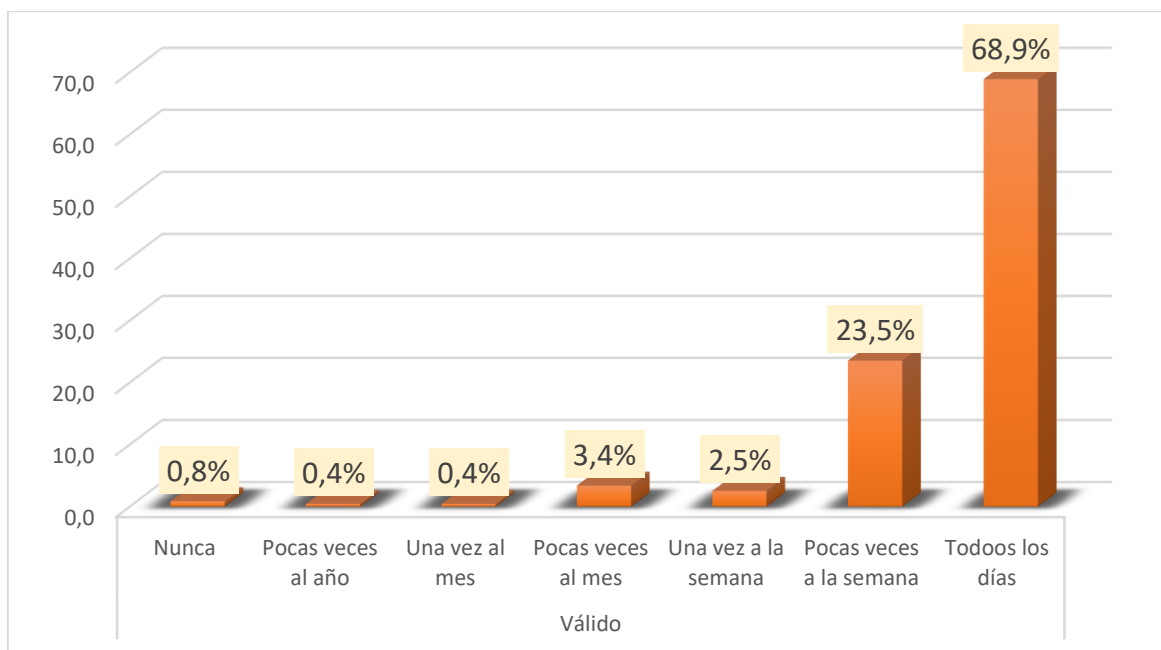


Figura V.1.17.2. Figura de porcentajes del segundo ítem que mide la realización personal.

La media del tercer ítem para medir la realización personal (9), es de 4,87% un valor elevado. Un 79% de los participantes del estudio siente que está influyendo de manera positiva en la vida de sus pacientes a través de su trabajo, mientras que el porcentaje de profesionales que no lo siente, apenas llega a un 10% (Tablas y Figura V.1.17.3).

Ítem 9: ¿Siento que estoy influyendo positivamente en la vida de otras personas a través de mi trabajo?

	N	Perdidos	Media	Mediana	Desviación
	238	0	4,87	6,00	1,513

Tabla V.1.17.3 a. Tabla de media del tercer ítem que mide la realización personal.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
0.Nunca	2	0,8	0,8	0,8
1.Pocas veces al año	10	4,2	4,2	5,0
2.Una vez al mes	9	3,8	3,8	8,8
3.Pocas veces al mes	29	12,2	12,2	21,0
4.Una vez a la semana	17	7,1	7,1	28,2
5.Pocas veces a la semana	49	20,6	20,6	48,7
6.Todos los días	122	51,3	51,3	100,0
Total	238	100,0	100,0	

Tabla V.1.17.3 b. Tabla de porcentajes del tercer ítem que mide la realización personal.

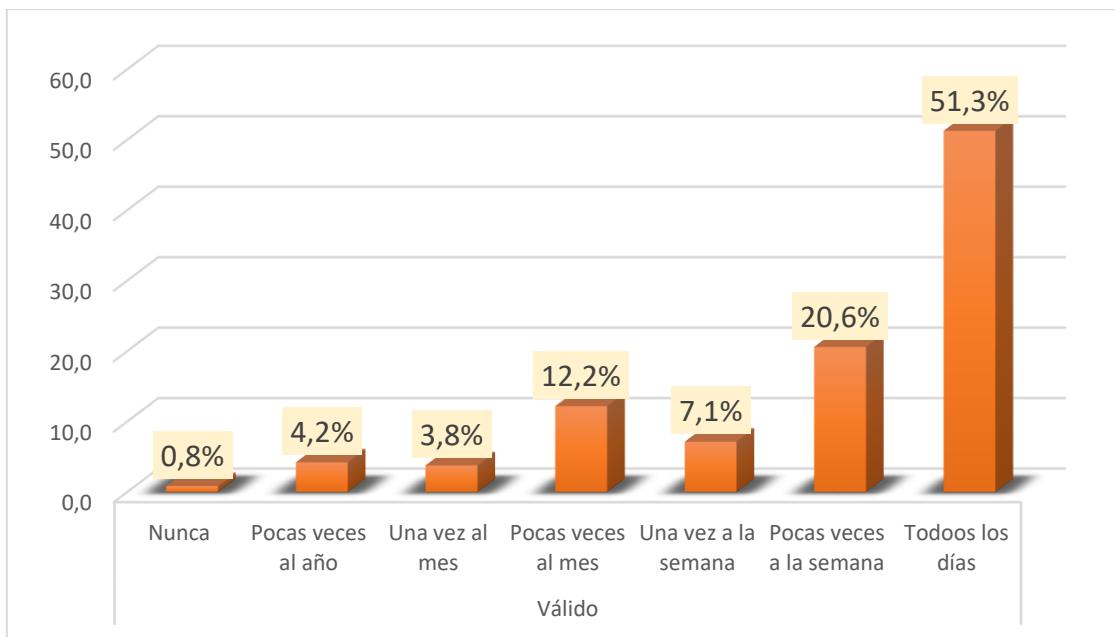


Figura V.1.17.3. Figura de porcentajes del tercer ítem que mide la realización personal.

La media del cuarto ítem que mide la realización personal (12) tiene un valor de 4,81, que es alto.

Más de la mitad de la muestra, el 72,7%, se siente con mucha energía en su trabajo, mientras que un 7,6% apenas tiene sensación de tener energía. (Tablas y Figura V.1.17.4.)

Ítem 12: ¿Me siento con mucha energía en mi trabajo?

	N	Perdidos	Media	Mediana	Desviación
	238	0	4,81	5,00	1,395

Tabla V.1.17.4 a. Tabla de media del cuarto ítem de la realización personal.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
0.Nunca	3	1,3	1,3	1,3
1.Pocas veces al año	7	2,9	2,9	4,2
2.Una vez al mes	8	3,4	3,4	7,6
3.Pocas veces al mes	24	10,1	10,1	17,6
4.Una vez a la semana	23	9,7	9,7	27,3
5.Pocas veces a la semana	81	34,0	34,0	61,3
6.Todos los días	92	38,7	38,7	100,0
Total	238	100,0	100,0	

Tabla V.1.17.4 b. Tabla de porcentajes del cuarto ítem que mide la realización personal

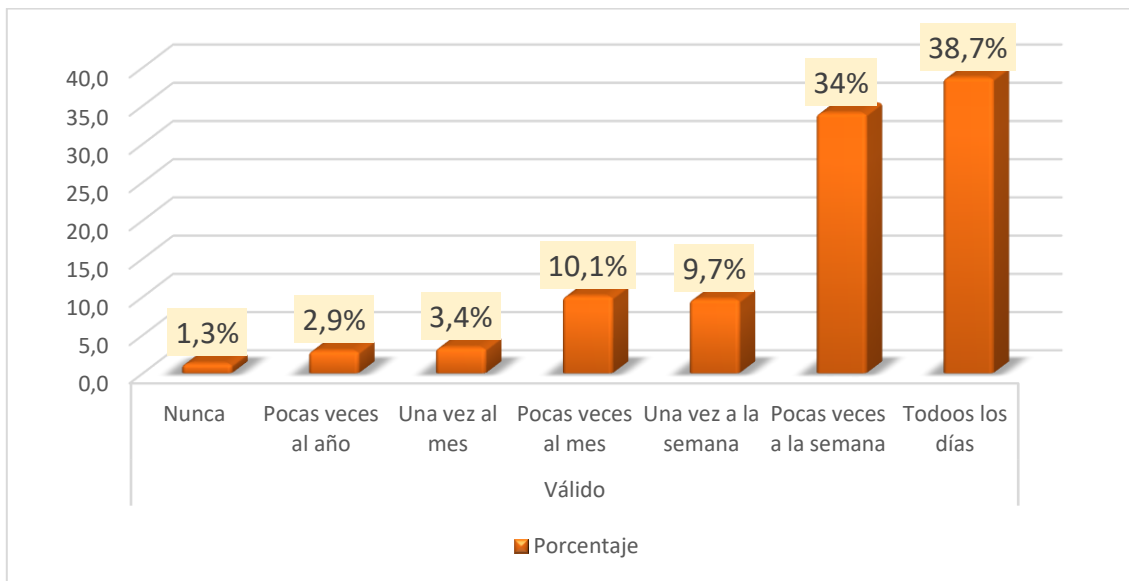


Figura V.1.17.4. Figura de porcentajes del cuarto ítem que mide la realización personal.

La media para el quinto ítem que mide el cansancio emocional es de 5,53. Valor muy alto.

Más del 90% de los profesionales sienten que pueden crear un clima agradable con los pacientes con facilidad. (Tablas y Figura V.1.17.5.)

Ítem 17: ¿Siento que puedo crear con facilidad un clima agradable con mis pacientes?

	N	Perdidos	Media	Mediana	Desviación
	238	0	5,53	6,00	0,931

Tabla V.1.17.5 a. Tabla de media del quinto ítem que mide la realización personal.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
1.Pocas veces al año	2	0,8	0,8	0,8
2.Una vez al mes	1	0,4	0,4	1,3
3.Pocas veces al mes	14	5,9	5,9	7,1
4.Una vez a la semana	5	2,1	2,1	9,2
5.Pocas veces a la semana	45	18,9	18,9	28,2
6.Todos los días	171	71,8	71,8	100,0
Total	238	100,0	100,0	

Tabla V.1.17.5 b. Tabla que mide los porcentajes del quinto ítem de la realización personal.

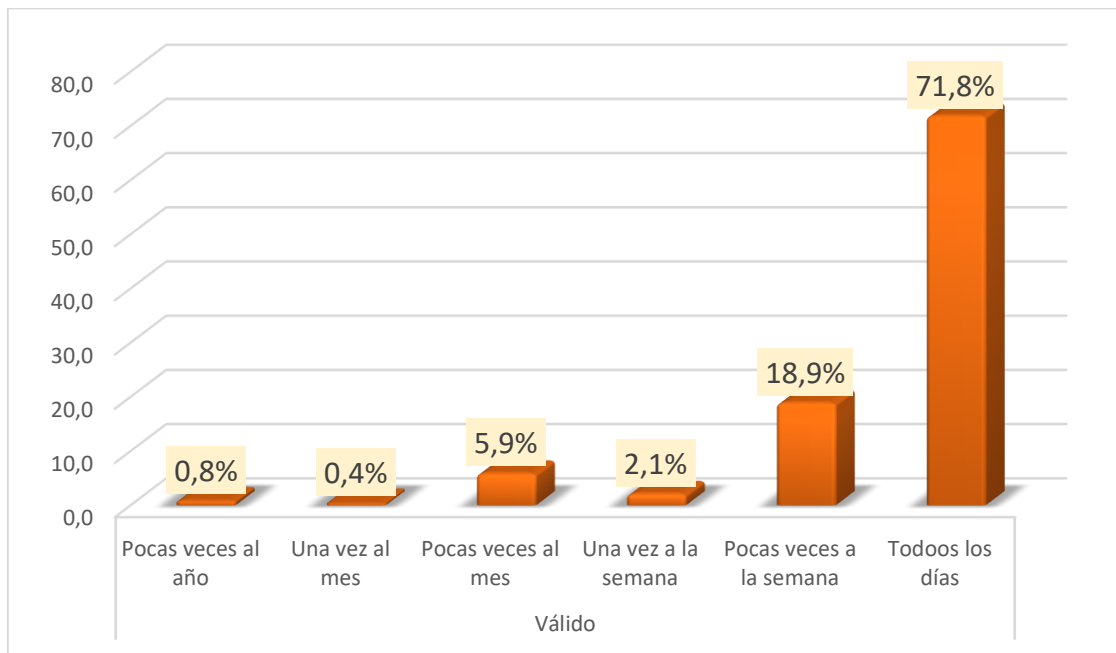


Figura V.1.17.5. Figura de porcentajes del quinto ítem de la realización personal.

La media para el sexto ítem (18) es de 4,76. Es una media alta. Casi el 80% de los profesionales de la muestra se siente estimado después de haber trabajado íntimamente con los pacientes, y tan sólo un 5% de ellos no tiene esa sensación nunca o pocas veces al año. (Tablas y Figura V.1.17.6.)

Ítem 18: ¿Me siento estimado después de haber trabajado íntimamente con los pacientes?

	N	Perdidos	Media	Mediana	. Desviación
	238	0	4,76	5,00	1,455

Tabla V.1.17.6 a. Tabla de media del sexto ítem para evaluar la realización personal.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
0. Nunca	1	0,4	0,4	0,4
1. Pocas veces al año	11	4,6	4,6	5,0
2. Una vez al mes	10	4,2	4,2	9,2
3. Pocas veces al mes	29	12,2	12,2	21,4
4. Una vez a la semana	15	6,3	6,3	27,7
5. Pocas veces a la semana	78	32,8	32,8	60,5
6. Todos los días	94	39,5	39,5	100,0
Total	238	100,0	100,0	

Tabla V.1.17.6 b. Tabla de porcentajes del sexto ítem de la realización personal.

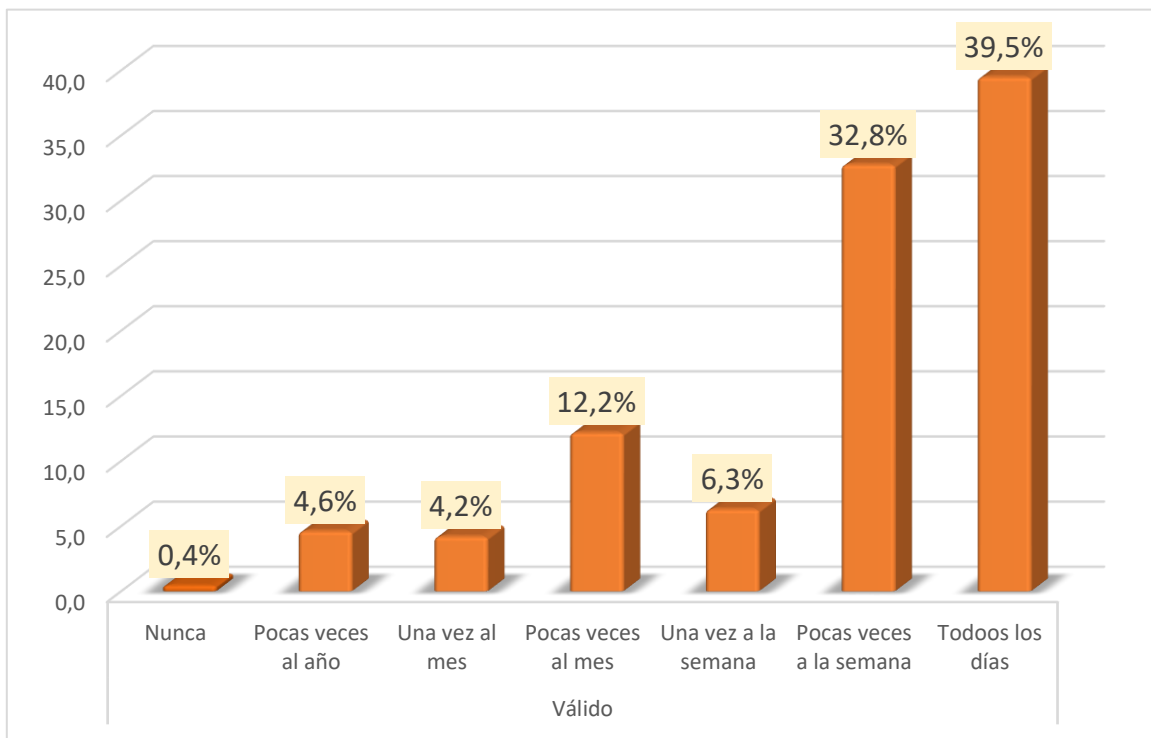


Figura V.1.17.6. Figura de porcentajes del sexto ítem que mide la realización personal.

La media del séptimo ítem (el 19), de la escala de Maslach adquiere un valor de 4,76, un valor alto, lo que quiere decir que los profesionales sienten que consiguen cosas valiosas en su trabajo.

El 68,5% de la muestra está satisfecho con las cosas que consigue en su trabajo, frente a un escaso 20% que nunca, o pocas veces al año, lo experimenta. (Tablas y Figura V.1.17.7.)

Ítem 19: ¿Creo que consigo muchas cosas valiosas en este trabajo?

	N	Perdidos	Media	Mediana	Desviación
	238	0	4,76	5,00	1,495

Tabla V.1.17.7 a. Tabla de media del séptimo ítem que mide la realización personal.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
1.Pocas veces al año	13	5,5	5,5	5,5
2. Una vez al mes	11	4,6	4,6	10,1
3.Pocas veces al mes	27	11,3	11,3	21,4
4.Una vez a la semana	24	10,1	10,1	31,5
5.Pocas veces a la semana	58	24,4	24,4	55,9
6.Todos los días	105	44,1	44,1	100,0
Total	238	100,0	100,0	

Tabla V.1.17.7 b. Tabla de porcentajes del séptimo ítem que mide la realización personal.

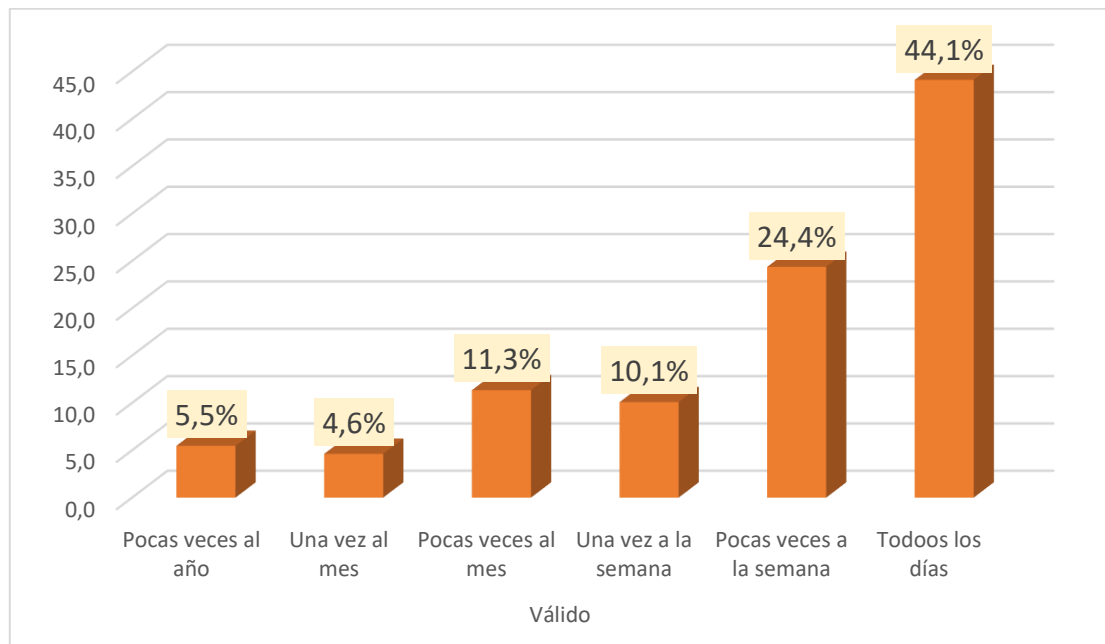


Figura V.1.17.7. Figura de porcentajes del séptimo ítem que mide la realización personal.

Una media del 3,76 de profesionales, siente que los problemas emocionales son tratados de forma adecuada (ítem 21). Para esta variable los porcentajes están distribuidos de forma más homogénea. Así encontramos que un 52,1% si cree que los problemas emocionales son tratados de manera adecuada, frente a un 25,2% que no experimenta esta sensación. (Tablas y Figura V.1.17.8.)

Ítem 21: ¿Siento que en mi trabajo los problemas emocionales son tratados de forma adecuada?

	N	Perdidos	Media	Mediana	Desviación
	238	0	3,76	5,00	2,137

V.1.17.8 a. Tabla de media del octavo ítem que mide la realización personal.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
0.Nunca	22	9,2	9,2	9,2
1.Pocas veces al año	38	16,0	16,0	25,2
2.Una vez al mes	12	5,0	5,0	30,3
3.Pocas veces al mes	23	9,7	9,7	39,9
4.Una vez a la semana	19	8,0	8,0	47,9
5.Pocas veces a la semana	55	23,1	23,1	71,0
6.Todos los días	69	29,0	29,0	100,0
Total	238	100,0	100,0	

Tabla V.1.17.8 b. Tabla de porcentajes del octavo ítem que mide la realización personal

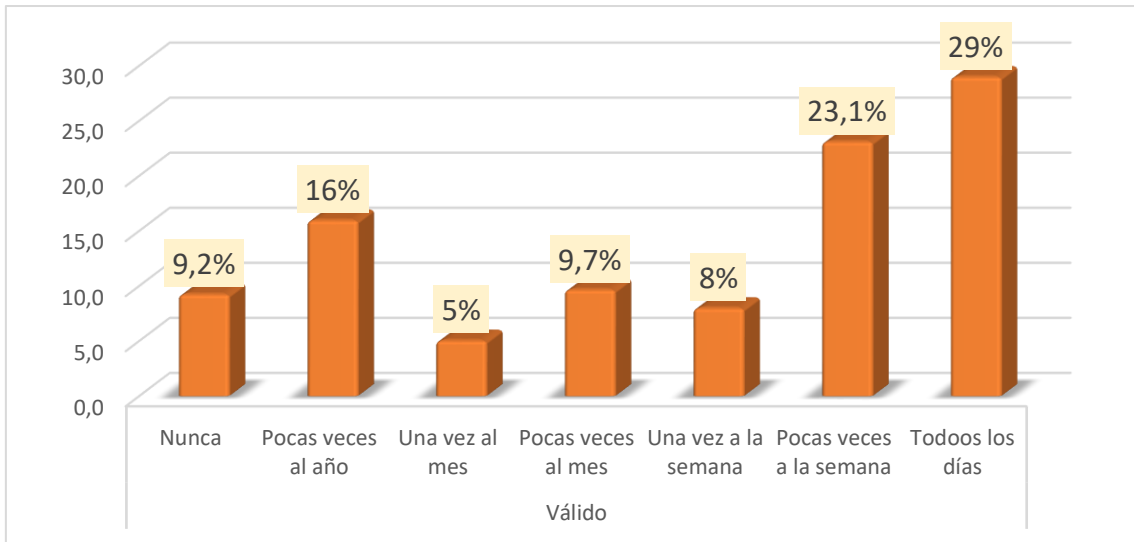


Figura V.1.17.8. Figura de porcentajes del octavo ítem que mide la realización personal.

Medias de los ítems que miden la realización personal

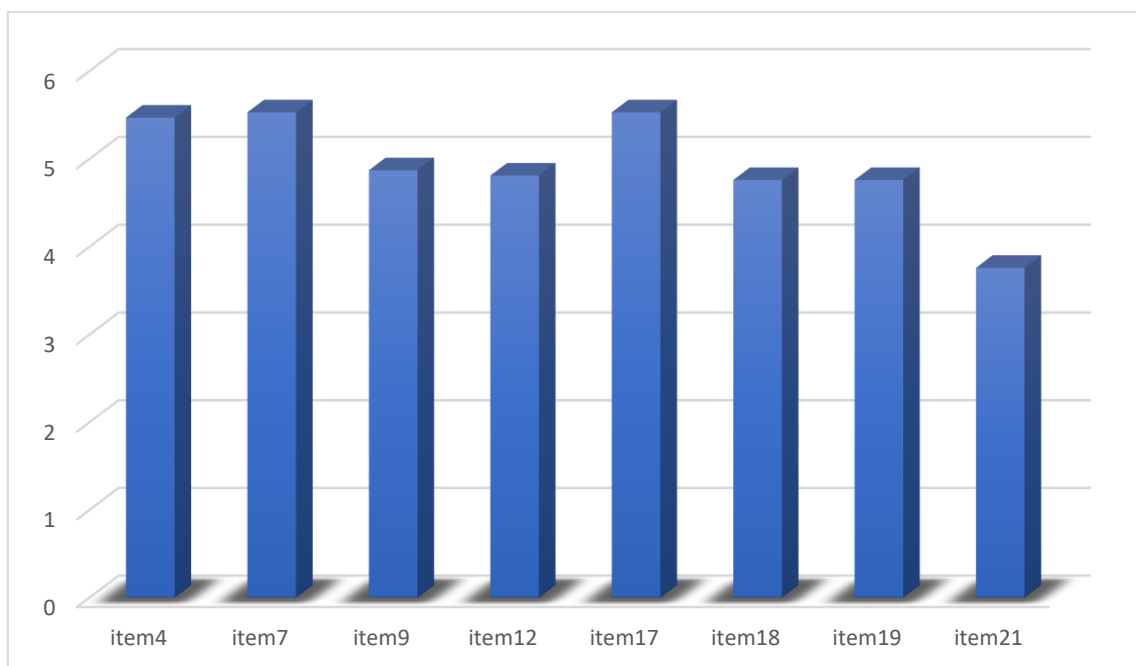


Figura V.1.17.9. Figura de medias de los ítems de la realización personal

De los ocho ítems que miden la realización personal, siete se encuentran en valores por encima de 4, tan solo uno de ellos tiene un valor de 3,76.

La suma de las medias de los resultados obtenidos para los 8 ítems de la realización personal nos da un valor de 39,49 lo que quiere decir que nuestra muestra se encuentra dentro de los márgenes de un riesgo bajo de experimentar baja realización personal. Estos profesionales se sienten realizados personalmente.

V.1.18. GRÁFICAS DE COMPARACIÓN DE RIESGOS Y DE ÍTEMS DE LAS TRES SUBESCALAS

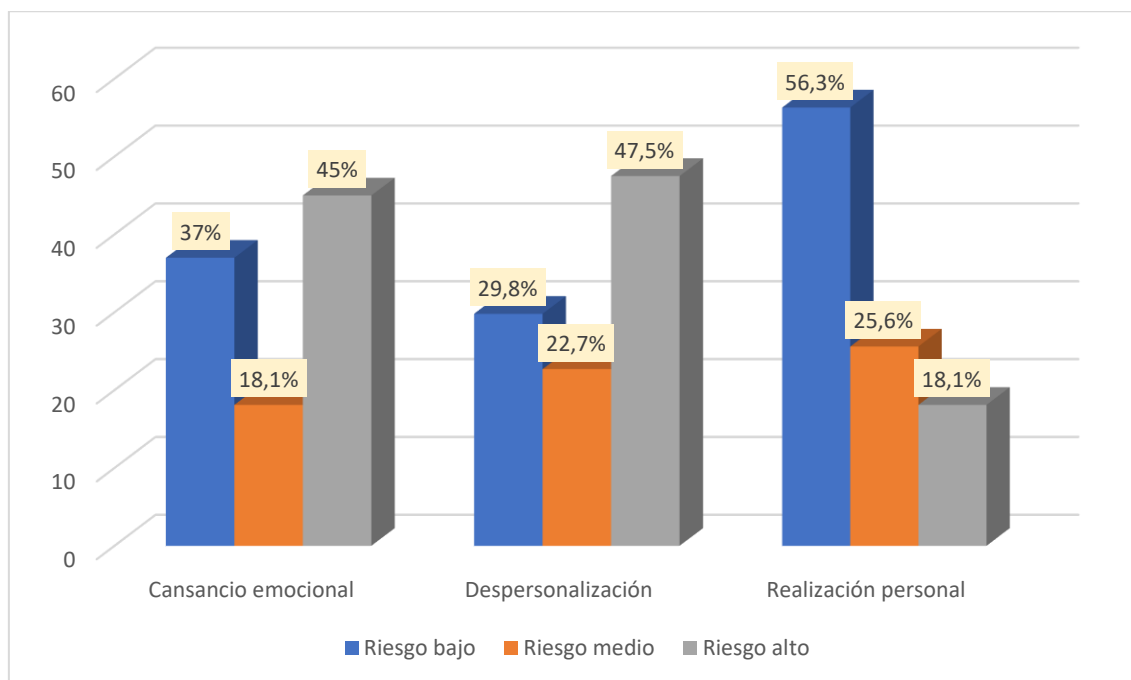


Figura V.1.18. Figura de porcentajes de frecuencias para las tres dimensiones

En esta gráfica se puede observar el comportamiento de la muestra en sus tres dimensiones. El riesgo de experimentar cansancio emocional se sitúa en un valor medio-alto, y el de sufrir despersonalización es alto. A pesar de ello, el riesgo de sufrir una falta de realización personal es bajo.

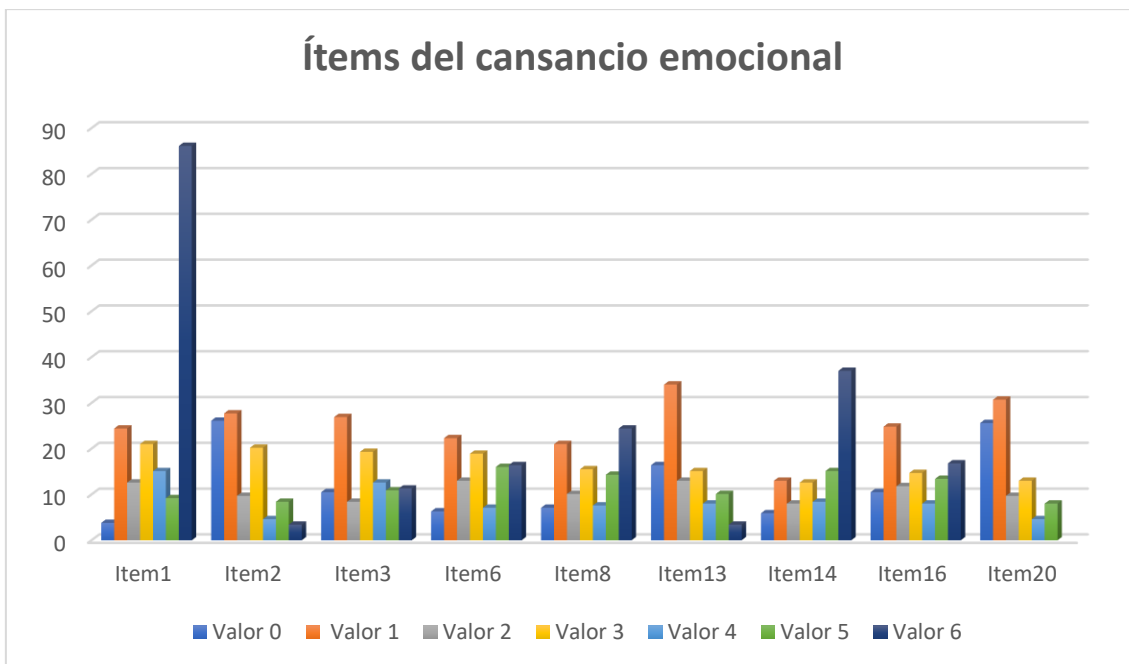


Figura V.1.19. Figura de porcentajes de los ítems del cansancio emocional

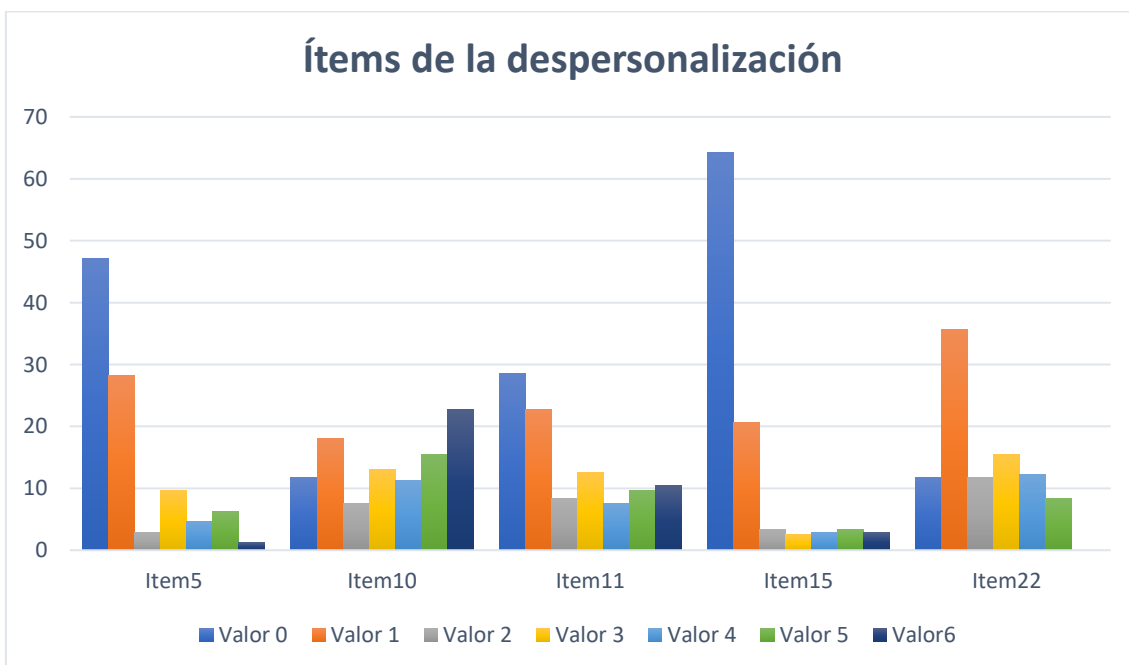


Figura V.1.20. Figura de porcentajes de los ítems de la despersonalización

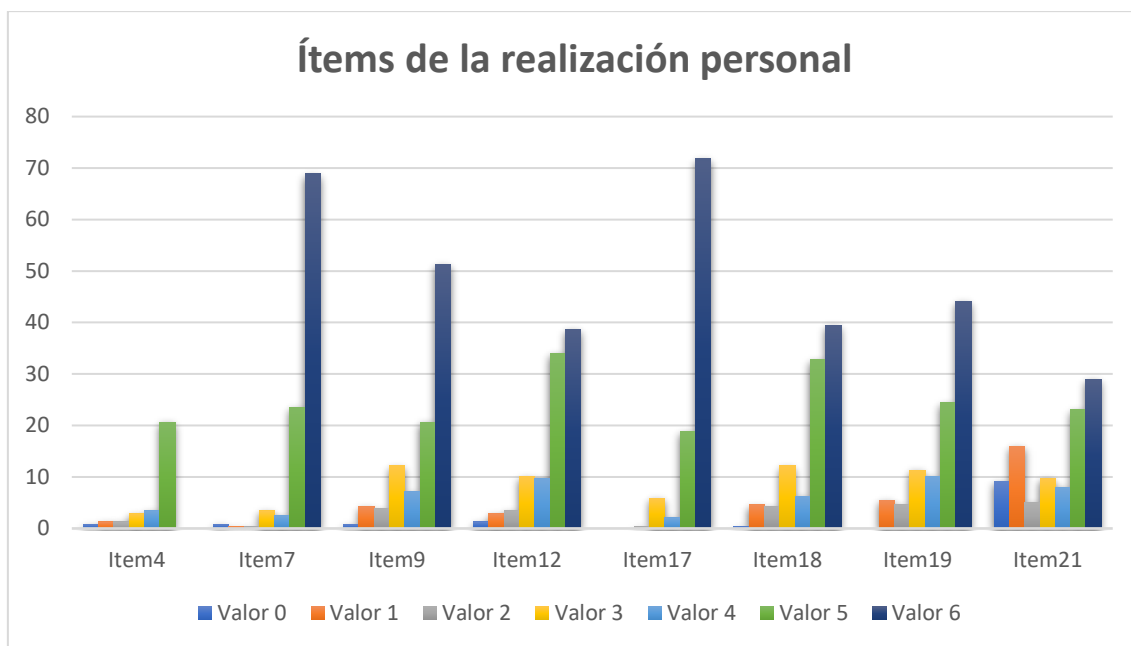


Figura V.1.21. Figura de porcentajes de los ítems de la realización personal.

V.2. ANÁLISIS INFERENCIAL.

El análisis inferencial de la muestra permite evaluar si la relación entre las subescalas del Síndrome de Burnout y las diferentes variables es estadísticamente significativa, y en aquellos casos en los que no lo sea, si puede ser relevante.

Este análisis, se ha hecho entre las tres subescalas: cansancio emocional, despersonalización y falta de realización personal, cruzando con las diferentes variables, objeto de este estudio. La exposición, se hará en relación a las mismas.

V. 2.1.- CANSANCIO EMOCIONAL

No se encontró una asociación estadísticamente significativa entre las siguientes variables y el cansancio emocional:

Edad

Sexo

Estado civil: Al observar los detalles de la muestra, se comprueba que los divorciados son los que están “más protegidos” frente al cansancio emocional, ya que presentan los valores más altos de riesgo bajo. Este grupo también es el que tiene el valor más elevado de riesgo medio, y el que presenta la menor proporción de profesionales con riesgo alto de padecer cansancio emocional.

Los valores extremos los ostentan los profesionales que conviven en pareja que presentan tan sólo un 27,1% de riesgo bajo, los casados, con un 13,4% de riesgo medio, y aquellos que conviven en pareja, con valores de riesgo alto de 52,1%. Estas diferencias no son estadísticamente significativas. (Tabla V.2.1.1.)

			CANSANCIO_EMOCIONAL			Total
			riesgo bajo	riesgo medio	riesgo alto	
Estado civil	Soltero	Recuento	24	14	29	67
		% dentro de Estado civil	35,8%	20,9%	43,3%	100,0%
	Casado	Recuento	46	15	51	112
		% dentro de Estado civil	41,1%	13,4%	45,5%	100,0%
	Divorciado	Recuento	5	4	2	11
		% dentro de Estado civil	45,5%	36,4%	18,2%	100,0%
	Convivencia en pareja	Recuento	13	10	25	48
		% dentro de Estado civil	27,1%	20,8%	52,1%	100,0%
Total	Recuento		88	43	107	238
	% dentro de Estado civil		37,0%	18,1%	45,0%	100,0%

Tabla V.2.1.1. Tabla de porcentajes de riesgo de cansancio emocional en relación con el estado civil.

Tiene hijos

Tipo de consulta en la que trabaja el mayor tiempo

Cuántos días a la semana trabaja

En qué turno desarrolla su trabajo

Tipo de contratación

Trabaja en más de una consulta/ En cuántas

En cuántas ciudades trabaja

Tamaño de las ciudades en las que trabaja

A continuación, se van a detallar las variables que sí influyen en el cansancio emocional:

1. Número de horas trabajadas y cansancio emocional.

Al analizar los resultados de porcentajes de la muestra en relación al número de horas trabajadas por semana, se puede observar un incremento importante del riesgo alto

de cansancio emocional a medida que aumentan las horas de trabajo. Este resultado es estadísticamente significativo.

Así mismo, el resultado de la diferencia entre medias del cansancio emocional, en función del número de horas trabajadas, también es estadísticamente significativo al aplicar el test de ANOVA, con el que se obtiene una significación $<0,001$. Las pruebas post hoc llevadas a cabo para encontrar la diferencia intra grupos, muestran que en los profesionales que trabajan hasta 34 horas y los que trabajan entre 35 y 44 la significación es de 0,004, y entre los que trabajan hasta 34 horas y los que lo hacen 45 o más, la significación es $<0,001$ (Tablas y Figura V.2.2.).

			CANSANCIO_EMOCIONAL			Total
			riesgo bajo	riesgo medio	riesgo alto	
¿Cuántas horas a la semana trabaja?	Hasta 34 horas	Recuento	33	12	17	62
		% dentro de ¿Cuántas horas a la semana trabaja?	53,2%	19,4%	27,4%	100,0%
	Entre 35- 44	Recuento	39	22	49	110
		% dentro de ¿Cuántas horas a la semana trabaja?	35,5%	20,0%	44,5%	100,0%
	45 o más	Recuento	16	9	41	66
		% dentro de ¿Cuántas horas a la semana trabaja?	24,2%	13,6%	62,1%	100,0%
Total	Recuento	88	43	107	238	
	% dentro de ¿Cuántas horas a la semana trabaja?	37,0%	18,1%	45,0%	100,0%	

Tabla V.2.1.2 a. Tabla de % de riesgo de cansancio emocional en función del número de horas trabajadas.

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	16,963	4	0,002

Tabla V.2.1.2 b. Tabla de significación del riesgo de cansancio emocional en función del número de horas trabajadas

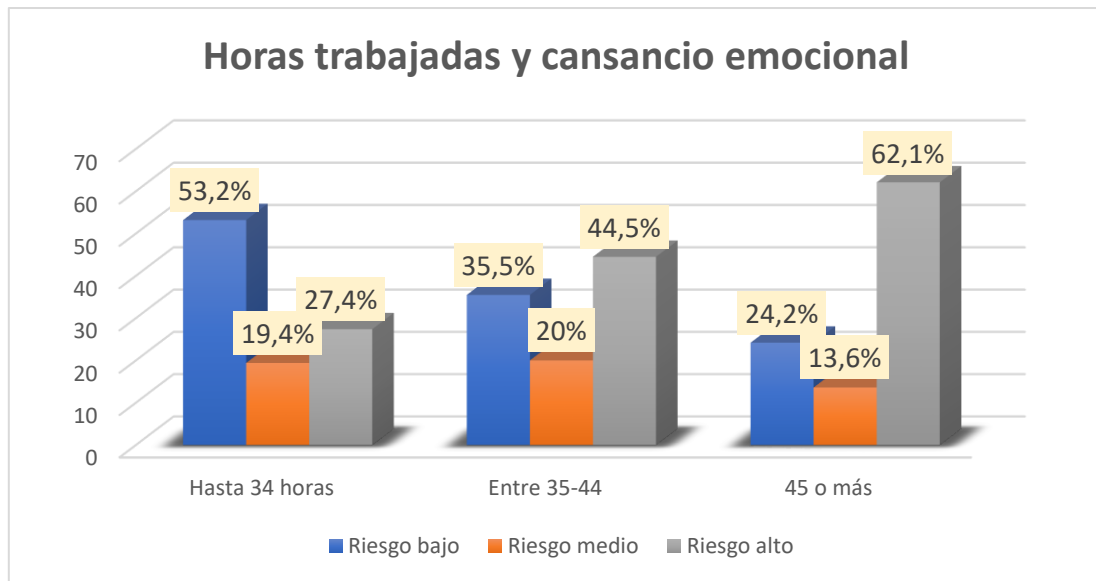


Figura V.2.1.2. Figura de % de riesgo de cansancio emocional en función del número de horas trabajadas

	Cansancio emocional	ANOVA	Post hoc
Hasta 34	18,95	Sig. <0,001	Sig.=0,004
Entre 35-44	25,65		Sig. < 0,001
45 o más	29,94		

Tabla V.2.1.2 c. Tabla de significación de medias del cansancio emocional en función del número de horas trabajadas.

2. Cuántos años lleva ejerciendo como cirujano/implantólogo

Esta variable no es significativa cuando se analizan los porcentajes de riesgo, sin embargo, al hacer estudio estadístico de las medias del cansancio emocional en relación con los años de experiencia profesional, el test de ANOVA muestra resultados de diferencia entre medias, estadísticamente significativos, con un p valor de 0,042, y al hacer el estudio post hoc, se comprueba que las diferencias entre medias, estadísticamente

significativas son las del grupo de profesionales que lleva hasta 9 años trabajando, y el que lleva entre 10 y 15, siendo el cansancio emocional mayor en este último grupo mencionado (Tabla V.2.1.3.).

	Cansancio emocional	ANOVA	Post hoc
Hasta 9 años	23,55	Sig.0,042	Sig.0,033
Entre 10-15	29,04		
16 o más	25,45		

Tabla V.2.1.3 Tabla de significación de medias del cansancio emocional en función del número de años trabajados.

3. Ingesta de ansiolíticos y cansancio emocional

En los pacientes que ingieren ansiolíticos, se duplica el porcentaje del riesgo alto de cansancio emocional, y este valor es estadísticamente significativo, con una p de 0,006. El porcentaje de riesgo bajo es mayor en aquellos pacientes que no ingieren ansiolíticos.

Para las medias, también se obtiene significación con la prueba de la t-Student, obteniendo un p valor < 0,001 (Tablas y Figura V.2.1.4.)

		CANSANCIO_EMOCIONAL			Total	
		riesgo bajo	riesgo medio	riesgo alto		
¿Toma algún tipo de antidepresivo, ansiolítico en la actualidad?	No	Recuento	86	42	93	221
		% dentro de ¿Toma algún tipo de antidepresivo, ansiolítico en la actualidad?	38,9%	19,0%	42,1%	100,0%
	Si	Recuento	2	1	14	17
		% dentro de ¿Toma algún tipo de antidepresivo, ansiolítico en la actualidad?	11,8%	5,9%	82,4%	100,0%
Total		Recuento	88	43	107	238
		% dentro de ¿Toma algún tipo de antidepresivo, ansiolítico en la actualidad?	37,0%	18,1%	45,0%	100,0%

Tabla V.2.1.4 a. Tabla de % de riesgo de cansancio emocional en función de la ingesta de ansiolíticos

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	10,346	2	0,006

Tabla V.2.1.4 b. Tabla de significación del riesgo de cansancio emocional en función de la ingesta de ansiolíticos.

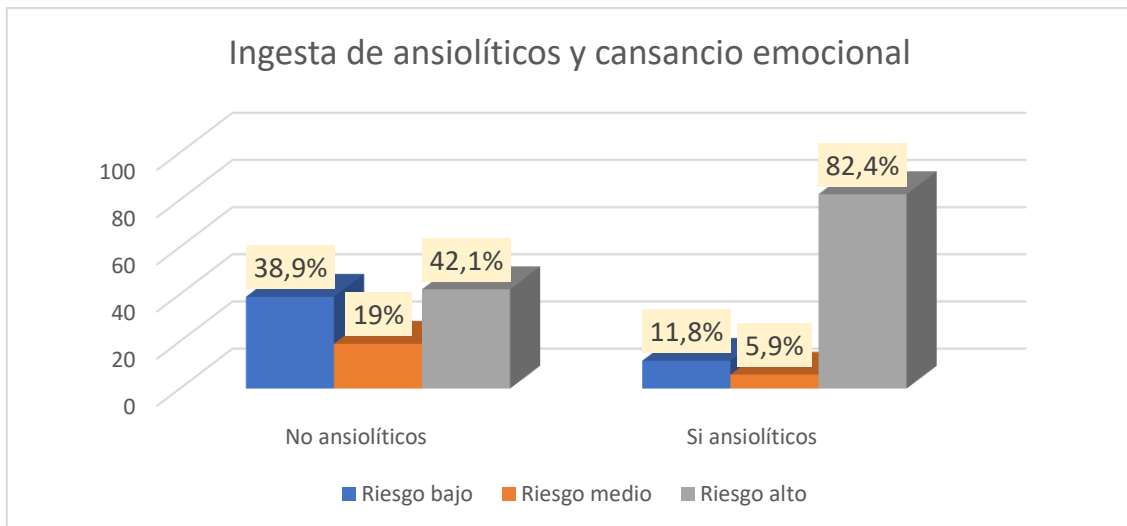


Figura V.2.1.4. Figura de porcentajes de riesgo de cansancio emocional en función de la ingesta de ansiolíticos.

	Media	Significación
No ansiolíticos	24,13	<0,001
Si ansiolíticos	37,65	

Tabla V.2.1.4 c. Tabla de significación de medias del cansancio emocional en función de la ingesta de ansiolíticos.

V. 2. 2.- DESPERSONALIZACIÓN

No se encontró una asociación estadísticamente significativa entre las variables enumeradas a continuación y la subescala de la despersonalización, sin embargo, se han explicado las marcadas con un asterisco, porque pueden tener relevancia clínica:

Sexo

Estado civil

*Tiene hijos: Para la variable hijos, se observa que el riesgo bajo es mayor en los encuestados con hijos, y los riesgos medio y alto, son menores en ellos.

Esta diferencia no es estadísticamente significativa, ya que la $p = 0,077$, pero consideramos que en el caso de que la muestra fuese más amplia, este valor podría ser significativo.

Cuántos días/ semana trabaja

Cuántas horas/semana trabaja

Toma algún antidepresivo

En qué turno desarrolla su trabajo

*En qué turno desarrolla su trabajo: en lo que al turno de trabajo se refiere, los profesionales que trabajan en ambos turnos tienen un riesgo alto del 48%, frente a un 14,3% de los que trabajan sólo por la mañana o por la tarde. A pesar de que los resultados no son estadísticamente significativos, ($p = 0,066$) están muy próximos a serlo, y si el tamaño muestral fuese más grande, probablemente se alcanzaría la significación.

Tipo de contratación

Trabaja en más de una consulta/ En cuántas

En cuántas ciudades trabaja

Tamaño de las ciudades en las que trabaja

A continuación, se detallan las variables que sí tienen significación estadística:

1. Edad y despersonalización

Al relacionar la despersonalización con la edad, se observa que a medida que aumenta la edad, disminuyen el riesgo alto y el medio, mientras que aumenta el riesgo bajo. (Tablas y Figura V.2.2.1). El test de chi-cuadrado de Pearson muestra que estas diferencias son estadísticamente significativas, ya que p es igual a 0,038. (Tabla V.2.B.).

Cuando lo que se mide son las medias, también se encuentran valores estadísticamente significativos en relación a la edad, ya que el test de ANOVA nos da una $p=0,006$, y los test post hoc muestran que esas diferencias tienen un p valor de 0,005 para los profesionales mayores de 46 años cuando se comparan con los que tienen hasta 35 años, y un p valor de 0,017 para la media de los profesionales mayores de 46 años comparada con la de los que tienen entre 36 y 45.

		DESPERSONALIZACIÓN			Total	
		riesgo bajo	riesgo medio	riesgo alto		
Edad	hasta 35 años	Recuento	28	29	58	115
		% dentro de Edad	24,3%	25,2%	50,4%	100,0%
	entre 36-45	Recuento	24	19	43	86
		% dentro de Edad	27,9%	22,1%	50,0%	100,0%
	> de 46 años	Recuento	19	6	12	37
		% dentro de Edad	51,4%	16,2%	32,4%	100,0%
Total	Recuento	71	54	113	238	
	% dentro de Edad	29,8%	22,7%	47,5%	100,0%	

Tabla V.2.2.1 a. Tabla de porcentajes de riesgo de la muestra de padecer despersonalización en función de la edad.

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	10,122	4	0,038

Tabla V.2.2.1 b. Tabla de significación del riesgo de padecer despersonalización en función de la edad.

	Despersonalización	ANOVA	Pruebas post hoc
Hasta 35 años	10,45	Sig.0,006	Sig. 0,005 Sig. 0,017
Entre 36-45 años	10,12		
>46 años	6,81		

Tabla V.2.2.1 c. Tabla de significación de medias de la despersonalización en función de la edad.

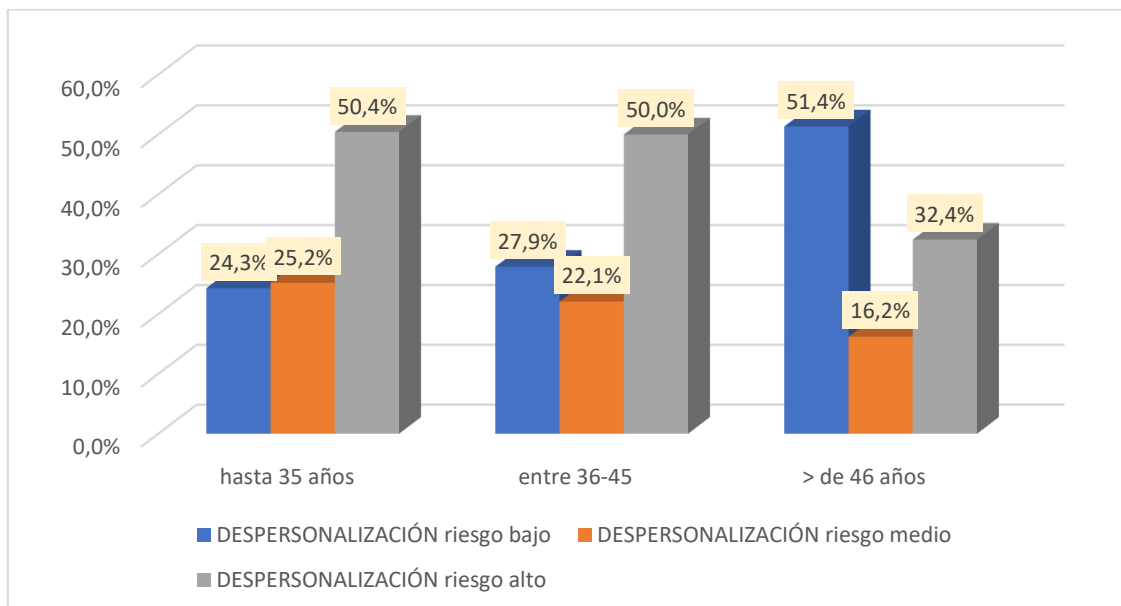


Figura V.2.2.1. Figura de porcentajes de riesgo de despersonalización en función de la edad

2. Tipo de consulta.

A pesar de no tener significación estadística para los porcentajes, los datos de la muestra analizados, en relación al tipo de consulta en la que trabaja, muestran que el riesgo bajo de padecer despersonalización es mucho más alto en las consultas privadas que en las franquicias, y el riesgo alto está casi 30 puntos por encima en las franquicias, respecto de la privada y las aseguradoras dentales.

Cuando se analizan los resultados de las medias de despersonalización, en función del tipo de consulta en la que trabaja el profesional encuestado, el test de ANOVA muestra significación estadística $p=0,016$ para la diferencia entre medias. Se llevó a cabo un test post-Hoc que muestra que estas diferencias son significativas entre los profesionales que trabajan en consulta privada, respecto a los que trabajan en franquicias dentales, con una $p=0,020$.

	Despersonalización	ANOVA	Pruebas post hoc
Consulta privada	9,23	Sig. 0,016	Sig. 0,020
Franquicia	27,29		
Aseguradoras dentales	26,69		

Tabla V.2.2.2. Tabla de significación de medias de despersonalización en función del tipo de consulta en la que trabaja.

3. Cuántas horas/ semana trabaja.

A pesar de ser significativa para el cansancio emocional, esta variable no lo es para la despersonalización, cuando lo que se analiza son los porcentajes.

Sin embargo, cuando se analizan las medias a través del test de ANOVA, se encuentran diferencias estadísticas entre ellas, $p=0,015$. Al realizar las pruebas post-hoc para determinar entre qué grupos se encuentran dichas diferencias, se comprueba que son entre los profesionales que trabajan hasta 34 horas con los que lo hacen entre 35 y 44 con una sig. de 0,031, y entre los primeros y los que trabajan 45 o más, con una sig. de 0,023 (Tabla V.2.2.3).

	Despersonalización	ANOVA	Pruebas post hoc
Hasta 34	7,82	Sig. 0,015	Sig. 0,031
Entre 35-44	10,30		Sig.0,023
45 o más	10,70		

Tabla V.2.2.3. Tabla de significación de medias de despersonalización en función de la edad.

4. Años que lleva ejerciendo como implantólogo

Al relacionar la variable años que lleva ejerciendo como cirujano, con la subescala de la despersonalización, se observa como el riesgo bajo de esta última se duplica en aquellos cirujanos e implantólogos que tienen 16 años o más de experiencia laboral. Los riesgos medio y alto son inferiores que en los otros dos grupos con menos años de experiencia. Estas diferencias son estadísticamente significativas para los porcentajes, sin embargo, para las medias, no existe significación, ya que el test ANOVA da un p valor de 0,080 (Tablas y Figura V.2.2.4.).

			DESPERSONALIZACIÓN			
			riesgo bajo	riesgo medio	riesgo alto	Total
¿Cuántos años lleva ejerciendo como Cirujano/Implantólogo?	Hasta 9 años	Recuento	36	38	71	145
		% dentro de ¿Cuántos años lleva ejerciendo como Cirujano/Implantólogo?	24,8%	26,2%	49,0%	100,0%
	entre 10 y 15	Recuento	13	14	26	53
		% dentro de ¿Cuántos años lleva ejerciendo como Cirujano/Implantólogo?	24,5%	26,4%	49,1%	100,0%
	16 o más	Recuento	22	2	16	40
		% dentro de ¿Cuántos años lleva ejerciendo como Cirujano/Implantólogo?	55,0%	5,0%	40,0%	100,0%
Total	Recuento	71	54	113	238	
	% dentro de ¿Cuántos años lleva ejerciendo como Cirujano/Implantólogo?	29,8%	22,7%	47,5%	100,0%	

Tabla V.2.2.4 a. Tabla de los porcentajes de riesgo de despersonalización en función de los años trabajados.

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	17,408	4	0,002

Tabla V.2.2.4 b. Tabla de significación de los porcentajes de riesgo en función de los años trabajados.

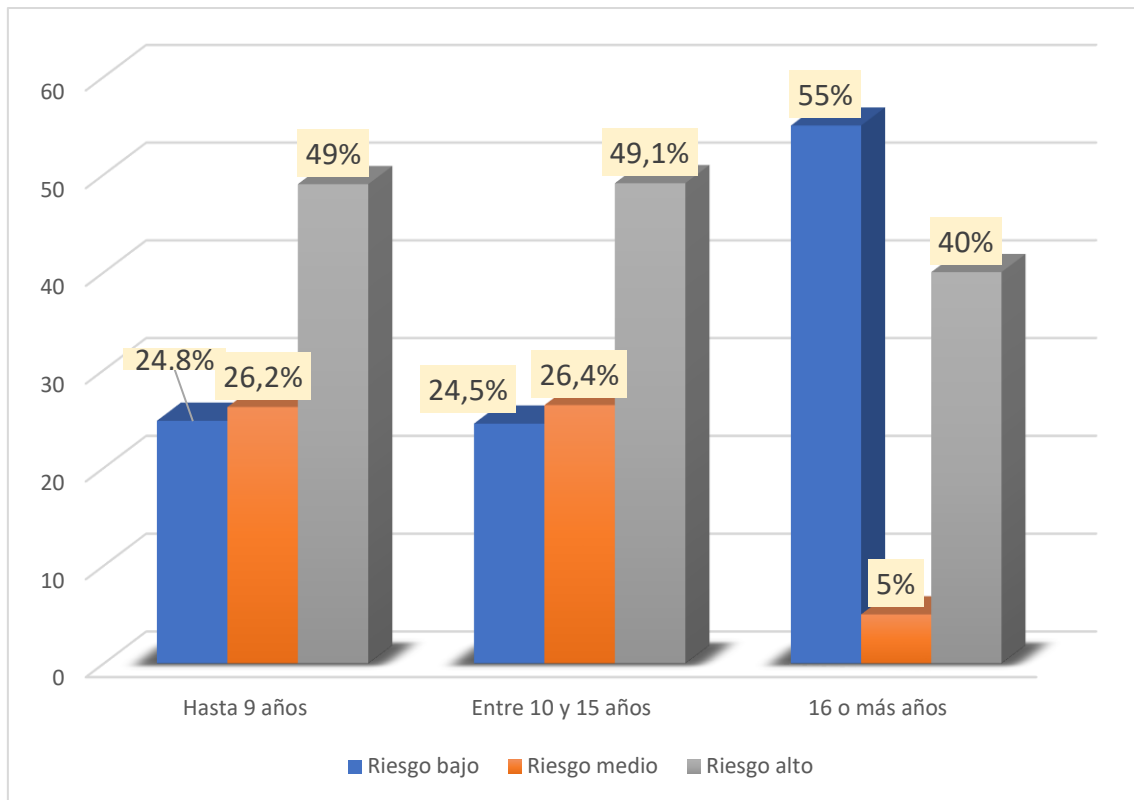


Figura V.2.2.4. Figura de porcentajes de riesgo de despersonalización en función de los años trabajado

5. Toma algún tipo de antidepresivo/ ansiolítico

En los profesionales que ingieren ansiolíticos, el porcentaje de riesgo alto de sufrir despersonalización es del 76,5%, muy superior al de los profesionales que no están en tratamiento con dichos fármacos. Esta relación es estadísticamente significativa, ya que $p = 0,040$ (Tablas y Figura V.2.2.5.).

Sin embargo, al realizar el análisis estadístico de las medias de despersonalización, en los profesionales de la muestra, los resultados obtenidos con el análisis estadístico de la t- Student no son significativos, ya que $p=0,075$.

		DESPERSONALIZACIÓN			Total	
		riesgo bajo	riesgo medio	riesgo alto		
¿Toma algún tipo de antidepresivo, ansiolítico en la actualidad?	No	Recuento	68	53	100	221
		% dentro de ¿Toma algún tipo de antidepresivo, ansiolítico en la actualidad?	30,8%	24,0%	45,2%	100,0%
	Si	Recuento	3	1	13	17
		% dentro de ¿Toma algún tipo de antidepresivo, ansiolítico en la actualidad?	17,6%	5,9%	76,5%	100,0%
Total		Recuento	71	54	113	238
		% dentro de ¿Toma algún tipo de antidepresivo, ansiolítico en la actualidad?	29,8%	22,7%	47,5%	100,0%

Tabla V.2.2.5 a. Tabla de porcentajes de riesgo de sufrir despersonalización en el caso de que ingieran ansiolíticos.

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	6,431 ^a	2	0,040

Tabla V.2.2.5 b. Tabla de significación de despersonalización en el caso de la ingesta de ansiolíticos.

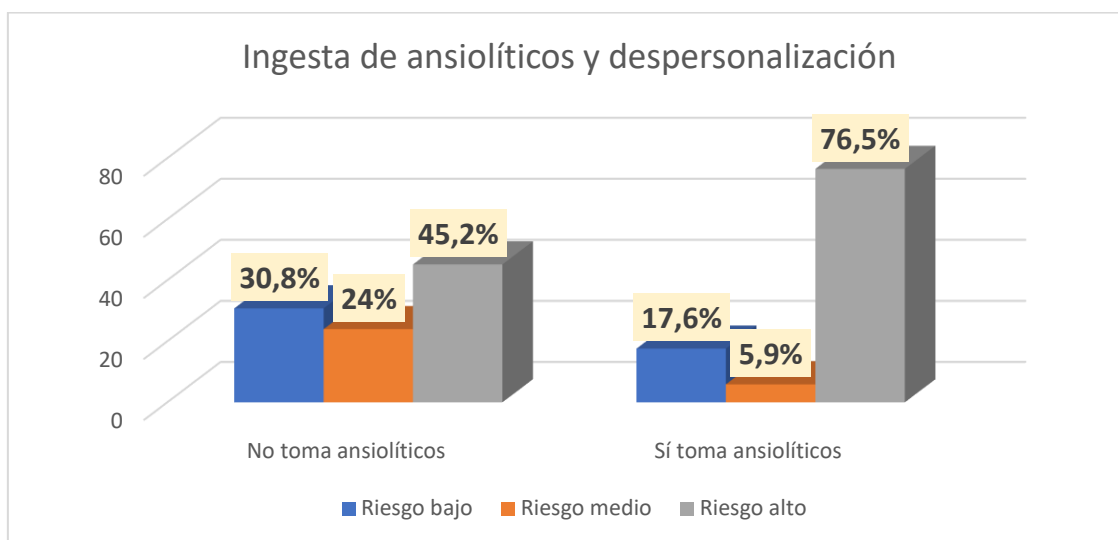


Figura V.2.2.5. Figura de porcentajes de riesgo de despersonalización en función de la ingesta o no de ansiolíticos.

V.2.3. REALIZACIÓN PERSONAL

No se encontró una asociación estadísticamente significativa entre las variables enumeradas a continuación y la subescala de la despersonalización, sin embargo, se han explicado las marcadas con un asterisco, porque pueden tener relevancia clínica:

*Edad: Según los datos estadísticos de la muestra estudiada, parece que la edad es un factor protector frente al riesgo de sentir una baja realización personal, ya que los valores de riesgo bajo son mucho mayores (hasta 20 puntos) en los pacientes mayores de 45 años.

Sin embargo, estos valores no son estadísticamente significativos.

Sexo

Estado civil: el grupo de divorciados son los que tienen una mayor proporción de personas con riesgo bajo de tener una baja realización personal. Las personas de la muestra que

refieren convivir en pareja son los que tienen el mayor riesgo de sentir una falta de realización personal.

Tipo de consulta

Cuántos días a la semana trabaja

Cuántos años lleva ejerciendo como cirujano/ implantólogo

En qué turno desarrolla su trabajo

Tipo de contratación

Trabaja en más de una consulta

En cuántas consultas trabaja

En cuántas ciudades trabaja

Tamaño de las ciudades en las que trabaja

A continuación, se van a explicar las variables que tienen relación estadísticamente significativa, bien sea por los porcentajes, las medias, o ambas.

1. ¿Tiene hijos?

Esta variable no tiene significación cuando se hace el análisis de porcentajes, pero sí tiene valores significativos cuando se hace el análisis de las medias y se utiliza el test de la t-Student. Se obtiene una significación, de diferencia de medias, de $p=0,007$ (Tabla V.2.3.1.).

Esto indica que los profesionales con hijos tienen una realización personal más alta que aquellos que no los tienen, y que esta relación es estadísticamente significativa, que no es producto del azar.

	Media	Significación
Sin hijos	38,62	0,007
Con hijos	40,52	

Tabla V.2.3.1. Tabla de significación de medias de realización personal en función de si tienen descendencia o no.

2. Toma algún tipo de antidepresivo

El porcentaje de riesgo alto de sentir baja realización personal, es mucho mayor en aquellos profesionales que ingieren algún tipo de ansiolítico de manera habitual (52,9% frente a un 15,4%). El riesgo bajo, en los pacientes que no están en tratamiento, duplica a aquellos que sí lo están (58,4% frente a un 29,4%). Estos valores son estadísticamente significativos.

Al analizar las medias de la realización personal, también se encuentran diferencias estadísticamente significativas entre los pacientes sometidos a tratamiento con ansiolíticos y aquellos que no lo están, obteniendo una significación de 0,007 (Tablas y Figura V.2.3.2.).

			REALIZACIÓN_PERSONAL			
			riesgo bajo	riesgo medio	riesgo alto	Total
¿Toma algún tipo de antidepresivo, ansiolítico en la actualidad?	No	Recuento	129	58	34	221
		% dentro de ¿Toma algún tipo de antidepresivo, ansiolítico en la actualidad?	58,4%	26,2%	15,4%	100,0%
	Si	Recuento	5	3	9	17
		% dentro de ¿Toma algún tipo de antidepresivo, ansiolítico en la actualidad?	29,4%	17,6%	52,9%	100,0%
Total	Recuento		134	61	43	238
	% dentro de ¿Toma algún tipo de antidepresivo, ansiolítico en la actualidad?		56,3%	25,6%	18,1%	100,0%

Tabla V.2.3.2 a. Tabla de porcentajes de riesgo de baja realización personal en función de la ingesta o no de ansiolíticos.

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	15,130 ^a	2	0,001

Tabla V.2.3.2 b. Tabla de significación de realización personal en función de la ingesta o no de ansiolíticos.

	Media	Significación
No ansiolíticos	40,01	0,007
Sí ansiolíticos	32,76	

Tabla V.2.3.2 c. Tabla de significación de medias de realización personal en función de la ingesta o no de ansiolíticos.

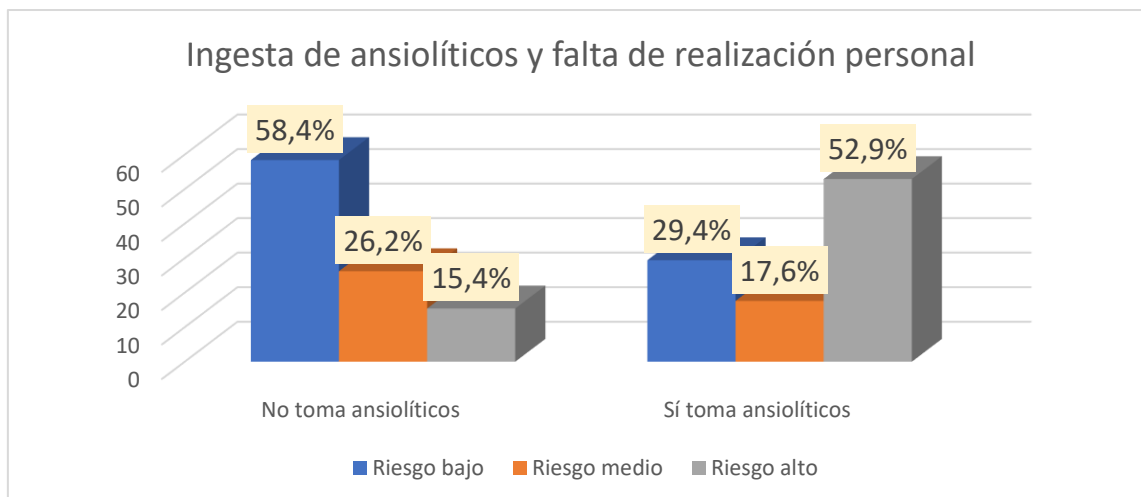


Figura V.2.3.2. Figura de porcentajes de realización personal en función de la ingesta de ansiolíticos.

2. Horas semanales trabajadas y realización personal

En el análisis estadístico de porcentajes de realización personal, no se observan diferencias estadísticamente significativas en los profesionales encuestados, en función del número de horas que trabajen. Por el contrario, cuando se lleva a cabo el análisis estadístico de medias, sí que se observa, a través del test de ANOVA, que existe significación estadística en función del número de horas que se trabaje por semana, con una $p=0,025$. Al realizar el test post hoc, se comprobó que las diferencias estadísticamente significativas se dan entre el grupo que trabaja hasta 34 horas y aquel que lo hace entre 35 y 44, con un p valor de 0,018 (Tabla V.2.3.3.).

	Realización personal	ANOVA	Post hoc
Hasta 34	41,44	Sig. 0,025	Sig. 0,018
Entre 35-44	38,41		
45 o más	39,47		

Tabla V.2.3.3. Tabla de significación de medias de realización personal en función de la edad del profesional.

V.3. ANÁLISIS MULTIVARIANTE.

Para finalizar el estudio estadístico, se llevó a cabo un análisis multivariante, llamado análisis de clasificación o árbol de decisión. El objetivo de este estudio, es encontrar “segmentos” o subconjuntos de la muestra que tienen un comportamiento propio y diferenciado respecto a una variable a explicar; en el caso de este trabajo, hablamos de los riesgos alto, medio y bajo de padecer el síndrome.

Se selecciona una nueva variable para subdividir los casos del Nodo si el test Chi de comparación de porcentajes es significativo. Además, exigimos que los Nodos generados tengan 10 o más casos.

V.3.1. CANSANCIO EMOCIONAL

Se evaluó el impacto de las horas por semana trabajadas, del tipo de contratación, de los años que el profesional lleva ejerciendo como cirujano bucal/ implantólogo y del estado civil, sobre el cansancio emocional.

Respecto al número de horas trabajadas, el 26% de la muestra, (62 personas), trabajaba hasta 34 horas, y solamente el 27,4% (17) tenían riesgo alto de padecer cansancio emocional. El 72,6% restante se encontraba en unos parámetros de riesgo bajo-medio.

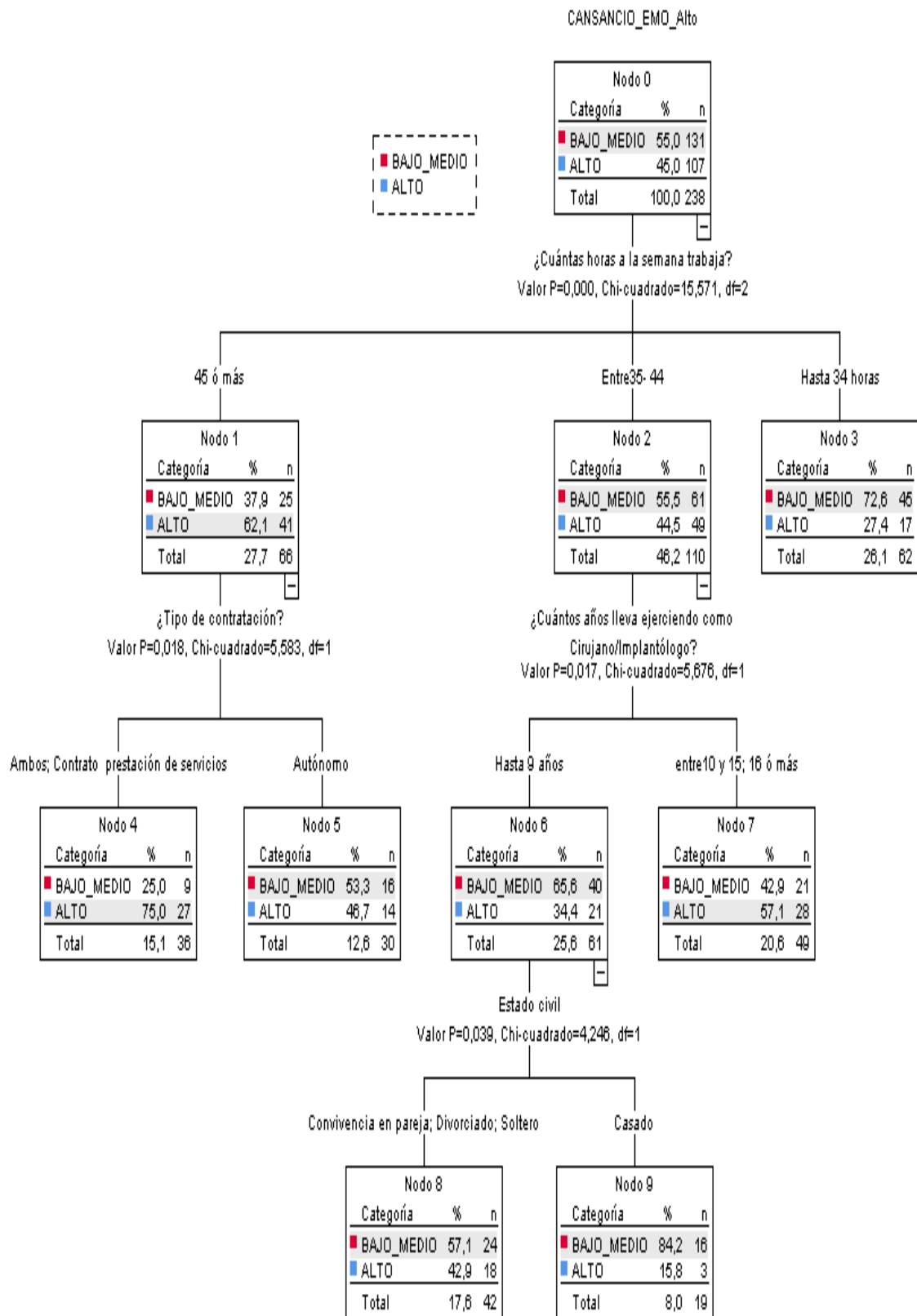
Un total de 110 personas, (46%) de la muestra, trabajaba entre 35 y 44 horas, y de éstas, 46, es decir, el 44,5% se encontraba dentro de los parámetros del riesgo alto de padecer Burnout, mientras que 61 de ellas, el 55,5% estaba en unos valores de riesgo bajo-medio. En este grupo que trabajaba entre 35 y 44 horas semanales, estudiamos cómo influía la variable “años de experiencia profesional”, y se comprobó que 61 de los 110 profesionales de la muestra que trabajaban entre 35 y 44 horas semanales, tenía hasta 9 años de experiencia, y el 65,6% tenían un riesgo bajo-medio de padecer cansancio

emocional, frente a un 34,4% que ocupaban parámetros de riesgo alto. En aquellos profesionales que tenían entre 10-15 años de experiencia (49 de los 110), y los que tenían 16 o más, el riesgo alto de padecer burnout aumentó hasta un 57,1% frente a un 42,9% que presentaban un riesgo bajo-medio. En los 61 profesionales que tenían hasta 9 años de experiencia, se evaluó el estado civil, y se observó que 42 de esas 61 personas que tenía hasta 9 años de experiencia, eran solteros, convivían en pareja o estaban divorciados, y el riesgo bajo-medio era del 57,1% frente a un 42,9% que tenía un riesgo alto de padecer burnout. Los 19 casados de este grupo, presentaban un porcentaje de 84,2% de riesgo bajo de padecer el síndrome, frente a un 15,8% de riesgo alto.

Aquellos profesionales que trabajaban 45 horas o más, eran el 27,7% de la muestra, un porcentaje bastante similar al de los profesionales que trabajaban hasta 34 horas, pero con una diferencia muy importante, y es que, en este caso, solamente un 37,9% se encontraba dentro de unos parámetros de riesgo bajo-medio y un 62% (41 de los 66 profesionales) ocupaba posiciones de riesgo alto. Se estudió qué tipo de contratación tenían estos 66 profesionales, y se comprobó que 36 de ellos tenían un contrato por prestación de servicios, y en este grupo, el 75% tenía riesgo alto de padecer cansancio emocional, dato que contrasta con el porcentaje inferior de riesgo alto (46,7%) de aquellos que trabajan como autónomos.

Árbol de clasificación

Especificaciones	Método de crecimiento	CHAID
	Variable dependiente	CANSANCIO EMOCIONAL Alto
	Variables independientes	Edad Sexo Estado civil Tiene Hijos ¿Cuántos hijos tiene? Tipo de consulta en la que trabaja la mayor parte del tiempo ¿Cuántos días a la semana trabaja? ¿Cuántas horas a la semana trabaja? ¿Cuántos años lleva ejerciendo como Cirujano/Implantólogo? ¿En qué turno desarrolla su trabajo? ¿Tipo de contratación? ¿Trabaja usted en más de una consulta?
	Validación	Ninguna
	Máxima profundidad del árbol	3
	Casos mínimos en nodo padre	25
	Casos mínimos en nodo hijo	10
Resultados	Variables independientes incluidas	¿Cuántas horas a la semana trabaja? ¿Tipo de contratación? ¿Cuántos años lleva ejerciendo como Cirujano/Implantólogo? Estado civil
	Número de nodos	10
	Número de nodos terminales	6
	Profundidad	3



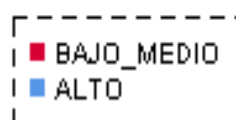
V.3.2. DESPERSONALIZACIÓN

En la subescala de la despersonalización, el árbol nos mostró que 113 profesionales (el 47,5%) presentaban riesgo alto de padecer cansancio emocional, mientras que el 52,5% se encontraba en niveles bajos-medios. Se cruzaron estos datos con la variable “tipo de consulta en la que trabaja el profesional”, y se comprobó que 217 profesionales trabajaban en consulta privada, y que, para ellos, el riesgo alto de padecer despersonalización era de un 45,2%, mientras que para los profesionales de nuestra muestra que trabajaban en franquicias (21), el riesgo alto de padecer despersonalización era del 71,4%.

Árbol de clasificación

Especificaciones	Método de crecimiento	CHAID
	Variable dependiente	DESPERSONALIZACIÓN Alto
	Variables independientes	Edad
		Sexo
		Estado civil
		Tiene Hijos
		¿Cuántos hijos tiene?
		Tipo de consulta en la que trabaja la mayor parte del tiempo
		¿Cuántos días a la semana trabaja?
		¿Cuántas horas a la semana trabaja?
¿Cuántos años lleva ejerciendo como Cirujano/Implantólogo?		
¿En qué turno desarrolla su trabajo?		
¿Tipo de contratación?		
¿Trabaja usted en más de una consulta?		
Validación	Ninguna	
Máxima profundidad del árbol	3	
Casos mínimos en nodo padre	25	
Casos mínimos en nodo hijo	8	
Resultados	Variables independientes incluidas	Tipo de consulta en la que trabaja la mayor parte del tiempo
	Número de nodos	3
	Número de nodos terminales	2
	Profundidad	1

DESPERSONALIZACION_Alto



Nodo 0		
Categoría	%	n
■ BAJO_MEDIO	52,5	125
■ ALTO	47,5	113
Total	100,0	238

Tipo de consulta en la que trabaja la mayor parte del tiempo
 Valor P=0,021, Chi-cuadrado=5,298, df=1

Franquicia

Consulta privada; Consulta de aseguradoras

Nodo 1		
Categoría	%	n
■ BAJO_MEDIO	28,6	6
■ ALTO	71,4	15
Total	8,8	21

Nodo 2		
Categoría	%	n
■ BAJO_MEDIO	54,8	119
■ ALTO	45,2	98
Total	91,2	217

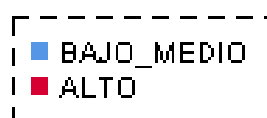
V.3.3. REALIZACIÓN PERSONAL

El árbol, en lo que a esta subescala se refiere, refleja que la muestra tiene un riesgo medio-bajo de sufrir falta de realización personal. Sólo un 18,1% de profesionales tiene riesgo alto de sufrir una pérdida de realización personal, y al cruzarlo con las horas semanales trabajadas por cada profesional, podemos comprobar que aquellos cirujanos que trabajan 45 o más horas tienen un riesgo mayor de no sentirse realizados profesionalmente que aquellos que trabajan hasta 34 horas con porcentajes de 21,6% el primero, frente al 8,1% del segundo.

Árbol de clasificación

Especificaciones	Método de crecimiento	CHAID
	Variable dependiente	REALIZACIÓN PERSONAL Alto
	Variables independientes	Edad Sexo Estado civil Tiene Hijos ¿Cuántos hijos tiene? Tipo de consulta en la que trabaja la mayor parte del tiempo ¿Cuántos días a la semana trabaja? ¿Cuántas horas a la semana trabaja? ¿Cuántos años lleva ejerciendo como Cirujano/Implantólogo? ¿En qué turno desarrolla su trabajo? ¿Tipo de contratación? ¿Trabaja usted en más de una consulta?
	Validación	Ninguna
	Máxima profundidad del árbol	3
	Casos mínimos en nodo padre	20
	Casos mínimos en nodo hijo	5
Resultados	Variables independientes incluidas	¿Cuántas horas a la semana trabaja?
	Número de nodos	3
	Número de nodos terminales	2
	Profundidad	1

REALALIZACION_PER_Alto



Nodo 0		
Categoría	%	n
■ BAJO_MEDIO	81,9	195
■ ALTO	18,1	43
Total	100,0	238

¿Cuántas horas a la semana trabaja?
Valor P=0,017, Chi-cuadrado=5,667, df=1

45 ó más; Entre35- 44

Hasta 34 horas

Nodo 1		
Categoría	%	n
■ BAJO_MEDIO	78,4	138
■ ALTO	21,6	38
Total	73,9	176

Nodo 2		
Categoría	%	n
■ BAJO_MEDIO	91,9	57
■ ALTO	8,1	5
Total	26,1	62

VI. DISCUSIÓN

A pesar de que el Síndrome de Burnout fue descrito en la literatura hace muchos años, ha sido muy difícil ponerle nombre y poder llevar a cabo estudios con la suficiente consistencia, como para poder hablar de síndrome y poder establecer sus causas y las consecuencias que se derivan del mismo.

Durante muchos años se han estado desarrollando proyectos de investigación para poder establecer unos tests representativos de la situación de los profesionales que llevaban a cabo un trabajo, y que además fueran medibles.

Cuando se empezó este estudio de investigación, la decisión de elegir el MBI-HSS (Human Services Survey) de C. Maslach, como instrumento de medida, se tomó porque tras la definición del síndrome por parte de Freudenberg y su desarrollo meramente clínico, fue C. Maslach quien comenzó a desarrollar la vía científica, lo que quiere decir que fue la pionera en la búsqueda de una justificación teórica a lo que ya se observaba en clínica desde hacía años y no se conseguía clasificar como enfermedad o trastorno mental.

Maslach y Jackson (14) desarrollaron el instrumento de medida que se ha empleado en la recogida de datos de este estudio en 1981, y, hoy en día, sigue siendo el “gold standard” para recoger los datos de las personas dedicadas a profesiones asistenciales; pronto tuvieron que desarrollar otros instrumentos de medida, al comprobar que el burnout podía afectar a otras profesiones y actividades no asistenciales: MBI-ES (Educators Survey) y MBI-GS (General Survey). Estas nuevas encuestas surgen fruto de investigaciones sobre grupos grandes de profesionales, y se han medido tanto su consistencia como su validez, lo que le ha hecho ganar la confianza y extender su aplicabilidad en el campo del estudio de burnout en todo el mundo. Así, Gaynés y cols. (85), en su estudio, refieren que, para evaluar el burnout en profesionales sanitarios, el instrumento de medida más utilizado es el Maslach Burnout Inventory (utilizado en un 31% de los casos), seguido del General Health Questionary que aparece en un 6,9% de los artículos.

Durante todos estos años de investigación sobre el fenómeno de Burnout, se han desarrollado múltiples encuestas para su evaluación, entre ellas algunas como el NEO-FFI (Five Factor Inventory), Copenhagen Burnout Inventory, Encuesta de la Satisfacción General de la Vida, y en ocasiones, se han llevado a cabo estudios en los que se combinaban estas encuestas con el Beck Depression Inventory, Cuestionario Tetradimensional Estructural para la Depresión (TEC-DE), Graduate Dental Environment Stress (GDES30), Work Engagement ScaleCECAD (Cuestionario Educativo Clínico de Ansiedad y Depresión), etc.

Otro motivo por el que se decidió utilizar el MBI es porque es una encuesta validada, única y exclusivamente para los profesionales sanitarios, evitando sesgos que aparecen en el caso de utilizar esta encuesta para otro tipo de profesionales diferentes a los asistenciales.

A pesar de que se ha determinado que el burnout es una amenaza para la salud y el bienestar de los profesionales asistenciales y de sus pacientes, existen algunos problemas que amenazan la validez de las conclusiones derivadas de este mecanismo de recogida de datos. Entre ellos, los puntos de corte de los valores obtenidos, la utilización de la encuesta en estudiantes y el conocimiento, por parte de los profesionales que rellenan las encuestas, de que se trata de una recogida de datos para evaluar si tienen burnout o no. Algunos autores, como Eckleberry-Hunt y cols. (86), defienden que no se deben establecer puntos de corte de riesgo alto, medio y bajo para los valores del cansancio emocional y la despersonalización de manera conjunta, ya que en un estudio que ellos llevaron a cabo en 6880 médicos, un 46,9% tenían valores altos de cansancio emocional, un 34,6% valores elevados de despersonalización y un 54,4% valores altos en, al menos, cansancio emocional o despersonalización. Según estos datos, los autores reportaron un valor de 54,4% en los valores de cansancio emocional o despersonalización, mientras que, al combinar los valores del cansancio emocional y la despersonalización, sólo un 34,6% de la muestra padecía el síndrome. En esta muestra, un 57% más de profesionales padecen el síndrome cuando no combinamos los valores de las dos subescalas, por eso en este estudio se ha decidido dar los valores por separado, y así no descartar aquellos resultados que no dan positivo por buscar que sea la suma de los valores

de cansancio emocional y de despersonalización los que determinan la presencia del síndrome, en lugar de evaluarlos por separado.

Se decidió utilizar esta escala ya que los profesionales de nuestra muestra tienen, como mínimo, dos años de experiencia, y estos autores defienden que los profesionales que aún no han tenido contacto con los pacientes no son representativos.

Sin embargo, en nuestra revisión bibliográfica, para desarrollar en más profundidad la discusión, también incluimos artículos de estudiantes de Odontología o de diferentes grados de especialización, para comparar su respuesta frente a la de profesionales con más experiencia.

En la literatura revisada, autores como Divaris y cols. (70), muestran resultados de un empeoramiento del cansancio emocional y la despersonalización a medida que iban pasando los trimestres y, sin embargo, la realización personal era mayor, en los estudiantes, al principio de su evaluación que a medida que iba pasando el tiempo. Sus resultados son coincidentes con los de Atalayin y cols. (72), que muestran un aumento del cansancio emocional a medida que pasan los cursos de formación y una realización personal mayor en los primeros años de formación. Burger y cols. (76) hablan de un deterioro mental en los estudiantes relacionado con el avance en la carrera.

Todos estos resultados no coinciden con los datos obtenidos de artículos de profesionales consolidados, como pueden ser el de Singh y cols. (79), que hacen referencia a diferentes artículos en los que aseguran que a edades más avanzadas se encuentra un efecto positivo en la salud de los odontólogos.

Estos resultados pueden ser debidos a que los individuos que llegan a superar los años de formación son personas con un nivel de resistencia al estrés muy marcado, y aquellos que no pudieron superarlo, abandonaron la carrera; éste puede ser el motivo por el que los resultados, entre los grupos de estudiantes, sean tan diferentes a los obtenidos

al estudiar a los profesionales con más experiencia. Debido a estas diferencias tan importantes, se decidió no contar con profesionales que no tuvieran al menos dos años de experiencia.

Los profesionales de este estudio de investigación sí sabían que iban a rellenar una encuesta en relación al síndrome de burnout, a pesar de que autores como Maslach recomienden que la persona que va a rellenar la encuesta crea que se trata de un estudio en relación con la actitud hacia su trabajo, para que no esté hipersensibilizada con el Burnout y de esta forma, no falsear los resultados (55). En este estudio se decidió informar a los profesionales que rellenaban la encuesta debido a la dificultad que supuso conseguir el tamaño muestral; si los profesionales no sabían claramente de qué trataba la encuesta, no presentaban intención alguna de rellenarla.

Respecto al porcentaje de respuesta de este estudio, fueron difundidas 420 encuestas, de las que se recogieron de 238 válidas, lo que indica una tasa de respuesta del 56%.

De los múltiples artículos revisados en la literatura para poder llevar a cabo este estudio, hay algunos de ellos que obtienen tasas de respuesta similares a la nuestras, así autores como Te Brake y cols. (15) en 2007, al llevar a cabo su estudio en odontólogos daneses, obtienen tasas de respuesta del 58,6%, lo mismo ocurre con Ríos-Santos y cols. (66), cuyo estudio, dirigido a Periodoncistas españoles, refiere una tasa de respuesta del 59,85%. Autores como Jugale y cols. (77) en su trabajo dirigido a 116 dentistas en Bangalore, obtienen una tasa de respuesta del 58,6% y Calvo y cols. (81) en 2017, en una población americana que asistía a cursos de formación, obtiene una tasa del 56%, exactamente igual que la de este estudio.

Otros autores, sin embargo, refieren tasas muy superiores a las registradas en este estudio, encontrando valores como el de Divaris y cols. (70) que llevan a cabo su estudio en odontólogos recién licenciados que están haciendo cursos de posgrado en la Universidad de Berna, con una tasa de respuesta del 84%, Wilson y cols. (60) de un 82%

al desarrollar un estudio en odontólogos generales de Inglaterra y Gales, Kulkarni y cols.(78), en un estudio llevado a cabo en odontólogos recién licenciados en Udaipur obtienen una tasa de un 80%, Mathews y Scully. (59) de un 79% al recoger los datos de una población de odontólogos del Reino Unido, Ayers y cols. (63) en una población de odontólogos en Nueva Zelanda, de un 78%, Gorter y cols. (37) en 1999 en un grupo de odontólogos daneses, de un 77%, Atalayin y cols. (72), en un grupo de estudiantes de pregrado de Turquía, del 72%, Denton y cols. (62), en odontólogos en el Reino Unido, de un 70,8%. De estos autores, Gorter (69), en 2012, obtiene una tasa de respuesta en otro de sus estudios del 70%, es decir, ligeramente inferior a la obtenida en 1999 en su estudio anterior, lo que parece indicar que no se debe a un error en el planteamiento de la difusión de las encuestas, sino simplemente a la predisposición que tengan los profesionales a colaborar en el estudio en determinado momento.

Autores como Matthews y Scully (59), obtienen tasas de respuesta del 75% para los hombres y el 81% para las mujeres, es decir, entre un 25-30 % más que la de nuestro estudio. Años más tarde, Gorter y cols. (68) en 2011, llevan a cabo un estudio en personal odontológico de Irlanda del Norte, y la tasa de respuesta se sitúa en un 45% para el personal odontológico y el 65% para los odontólogos; esta diferencia de respuesta puede deberse a que los odontólogos son más proclives a padecer el síndrome que el personal que le rodea en el trabajo de clínica, lo que hace que los odontólogos tengan mayor interés en rellenar las encuestas y comprobar la situación del gremio, al tiempo que buscan encontrar las causas que provocan la aparición del síndrome y las posibles opciones tanto preventivas como de tratamiento de síntomas. Este mismo autor, al año siguiente, es decir, en 2012, realiza un estudio en cirujanos orales daneses y la tasa de respuesta es del 70%, superior a la obtenida el año anterior en Irlanda del Norte (69).

También encontramos artículos con tasas de respuesta muy inferiores a la que obtuvimos en nuestro estudio de burnout; así, autores como Jin y cols., Choy, Goetz y cols. y Collin y cols., obtienen tasas de respuesta de 44,4%, 28,3%, 35,2% y 13% respectivamente (73,80,83,84). Quizás la disminución de la tasa de respuesta pueda ser debida a que hace años, cuando empezó la investigación, la población se mostraba más

interesada y receptiva; sin embargo, estos estudios llevados a cabo entre los años 2015-19 no han sido acogidos con tanto entusiasmo entre los profesionales de la Odontología.

Para valorar el análisis de las tasas de respuesta obtenidas, podemos preguntarnos si la vía de entrega de la encuesta ha podido ser determinante a la hora de la colaboración por parte del profesional. En los estudios revisados que obtuvieron mayor tasa de respuesta, la mayoría habían entregado las encuestas a los profesionales vía postal, y el estudio que presentaba la tasa de respuesta más alta, el de Divaris (70), con un 84%, fue entregado en mano a residentes de cursos de postgrado de la Universidad de Berna, motivo éste, por el que han podido obtener una tasa tan elevada de respuesta. La entrega directa genera una sensación de obligación de respuesta mayor que cuando se envía un correo, bien sea electrónico o convencional.

Entre los estudios que emplearon el correo como método de entrega de la encuesta, no hay demasiadas diferencias, y todos oscilan en rangos entre 70 y 80% de participación, y ocupan los valores más altos aquellos estudios que remiten de nuevo la encuesta a los profesionales que no la habían respondido en una primera entrega y que además llevaban sobres franqueados para pagar en destino.

En el estudio de 2012 de Gorter (69), se envió una carta, una semana antes del franqueo de la encuesta, para anticipar la llegada de la misma, pero eso no hizo que su tasa de respuesta fuese mayor que la del resto de los autores que no lo hicieron.

Nosotros decidimos emplear el método del correo electrónico y la difusión de la encuesta a través de grupos de odontólogos en redes sociales, porque acceder a las direcciones postales de los profesionales es muy complicado debido a la ley de protección de datos y a que las sociedades SECIB y SEI, a las que pedimos colaboración, no nos facilitaron ninguna dirección. La introducción a la encuesta, en la que se explicaba el objeto de la misma, se hizo en el momento de entrega de la encuesta de burnout. Pasados dos meses desde el primer envío y publicación de la encuesta, se volvió a hacer un e-mailing y se publicó de nuevo en el grupo de Odontología en tiempos revueltos.

Autores como Kelley y cols. (87) asumen que una tasa de respuesta de un 20% es normal para cuestionarios enviados vía email o correo postal ordinario, ya que la tasa de respuesta de las encuestas enviadas por correo siempre es la más baja, al no existir contacto entre el investigador y la persona objeto del estudio. Según el autor, van seguidas de las encuestas telefónicas y las que obtienen una mayor tasa de respuesta son las que hacen entrega de la encuesta “cara a cara”, dato que podemos corroborar con la tasa de respuesta del artículo de Divaris y cols. (70), que de todos los artículos revisados es el que mayor tasa de respuesta obtuvo debido a que fue entregada en mano.

El perfil del profesional de nuestra muestra es indistintamente varón o mujer, de entre 37 y 38 años, casado y sin hijos. Trabaja 5 días por semana, una media de 35-44 horas, en turnos matutino y vespertino, y en consulta privada. Es autónomo, y trabaja en una o dos consultas. Trabaja en una única ciudad mayor de 500.000 habitantes. Iremos analizando cada una de las variables de nuestro estudio y contrastándolas con las de otros autores.

En nuestra muestra, respecto a la variable sexo, la proporción de hombres es bastante similar a la de mujeres (52,9% de varones frente a un 47,1% de mujeres), sin embargo, en la mayoría de los estudios revisados, la proporción de hombres es mayor que la de mujeres, llegando incluso a doblar los valores, como en los estudios de Wilson y cols., Newton y cols., Te Brake y cols. y Denton y cols., esto puede ser debido a que son artículos más antiguos y la proporción de mujeres del mundo de la Odontología era menor (60,61,88,62). Sin embargo, autores como Ayers y cols. (63) y Divaris y cols. (70), obtienen valores semejantes a los de nuestro estudio, con muestras de 55% de hombres y 45% de mujeres el primero, y 51% de mujeres y 49% de hombres el segundo.

A la hora de evaluar cómo ha influido el sexo en el síndrome de burnout en nuestro estudio, no se han obtenido valores estadísticamente significativos para la escala del cansancio emocional, coincidiendo este dato con el de autores como Jin y cols., Jugale y cols. y Calvo y cols. (73,77,81).

Sin embargo, autores como Ríos -Santos y cols. (66) encuentran, en su muestra, que los hombres presentan valores más altos de cansancio emocional que las mujeres, al igual que lo que publican Gorter y cols. (69), que refieren que los hombres con edades comprendidas entre los 40-50 años presentan valores más altos de cansancio emocional. Según Newton y cols. (61) los hombres suelen ocupar puestos de más responsabilidad que las mujeres, debido a los años de experiencia y a los títulos adicionales que han ido consiguiendo con los años de profesión, pudiendo ser esta la explicación que justifique que lleguen a sentir más cansancio emocional que las mujeres, en los estudios que así lo avalan. Existen artículos que describen que una proporción mayor de hombres es propietaria de clínicas, y que las mujeres, son colaboradoras en las clínicas en la que trabajan, en su mayoría. Esto puede ser un motivo que justifique que los hombres sientan más cansancio emocional, debido a que, al hecho de atender al paciente, hay que añadir la gestión de una clínica, con lo que eso conlleva respecto a horarios del personal y del profesional, pagos de impuestos, gestión de stocks, y un largo etcétera.

Por el contrario, la mayoría de los autores, entre los que cabe destacar a Divaris y cols., Porto y cols., Atalayin y cols. y Kulkarni y cols., obtienen, en sus estudios, resultados que muestran que son las mujeres las que sufren un mayor cansancio emocional (70-72,78). En el caso concreto de Kulkarni, el estudio describe que el 78,13% de las mujeres sufren cansancio emocional (78).

Estas diferencias, entre los resultados, pueden deberse en nuestro caso, a que la edad media de la muestra es de 37,65 años, y a que el 54,2% de la misma no tiene hijos a su cargo. En alguno de los estudios revisados, como en el de Ayers y cols. (63), se observa que las mujeres con hijos a su cargo, son las que reducen el número de horas semanales trabajadas (29,1 horas frente a las 36 de los hombres) para hacerse cargo de los niños, reducen la asistencia a cursos de formación y son, en su mayoría, asalariadas, factores que parecen influir en que perciban mayor cansancio emocional. El cansancio emocional en mujeres suele ser debido al sobreesfuerzo para conseguir un equilibrio adecuado entre el trabajo y la vida familiar; además de que los conflictos trabajo-familia son importantes factores de riesgo (89).

De esta forma podría quedar justificado que nuestra muestra, al ser joven y sin hijos, en su mayoría, no muestre diferencias estadísticamente significativas respecto al sexo para el cansancio emocional.

Respecto a la relación existente entre el sexo y la despersonalización, tampoco nuestros resultados fueron estadísticamente significativos, lo mismo que ocurría en el estudio de Porto y cols., Atalayin y cols., Jin y cols. y contrastando con estudios como los de Ríos – Santos y cols., que en la línea de lo que decían respecto al cansancio emocional, afirman que, en su estudio, son los hombres los que sufren más despersonalización que las mujeres (71-73,66). Lo mismo ocurre en el estudio de Te Brake y cols. (88), que obtienen resultados de mayor despersonalización en hombres que en mujeres, y lo atribuyen a una media de trabajo de 7,5 horas/semana más que las mujeres del estudio, factor que les enfrenta a la atención de un mayor número de pacientes, por lo tanto, para el autor, no es sólo el sexo el que influye en una despersonalización mayor, sino que hay factores subyacentes que provocan esas diferencias.

En nuestro estudio tampoco se encontró ninguna relación estadísticamente significativa entre el sexo y la falta de realización personal, al igual que en los estudios de Atalayin y cols. y Jugale y cols. (72,77); sin embargo, autores como Ríos-Santos y cols. y Jin y cols., obtienen resultados en sus estudios en los que las mujeres sienten mayor realización personal que los odontólogos hombres. En contrapartida, Divaris y cols. (70), publican en sus resultados, que los hombres sienten mayor realización personal que las mujeres.

En lo que a la variable estado civil se refiere, nuestro estudio no mostró resultados estadísticamente significativos con la subescala del cansancio emocional ni de la despersonalización, ni tampoco con la falta de realización personal, pero, sin embargo, creemos que en el caso del cansancio emocional y de la realización personal puede ser debido a que no tenemos suficientes casos como para llegar a la significación.

En ambos casos, a pesar de la falta de significación, parece que el ser divorciado representa un factor de protección contra el cansancio emocional y la falta de realización personal, y aquellos que conviven en pareja son los que tienen una realización personal menor. Esto puede ser debido a que las personas divorciadas no tienen problemas de convivencia diarios que puedan provocar un agotamiento mental del que el profesional no sea capaz de liberarse antes de llegar a su entorno de trabajo, y que, sumado a las complicaciones que se derivan de la práctica clínica diaria consiga hacerle sentir ese cansancio emocional y falta de realización personal.

Estos resultados difieren de los obtenidos por Jugale y cols. (77), ya que ellos observaron en su estudio que la realización personal era mayor en aquellos profesionales que estaban casados, y lo justificaban diciendo que el estar casado enseña al profesional a convivir y gestionar problemas personales, además de argumentar que la estabilidad emocional en el hogar facilita la gestión de los problemas de fuera.

Otro factor que se ha analizado en nuestro estudio es si el profesional encuestado tenía hijos. En estudios como el de Myers y cols. (90), que tratan sobre cómo el estrés afecta a los odontólogos en el Reino Unido, los autores reportan un mayor grado de estrés en aquellos profesionales que tienen hijos, y dicho estrés aumenta de manera proporcional al número de los mismos, y lo asocian a que las necesidades económicas cuando se tienen niños son mayores.

En nuestro estudio, para las subescalas del cansancio emocional y de la despersonalización, los resultados obtenidos no fueron estadísticamente significativos, pero en el caso de la despersonalización, a pesar de la falta de significación, sí se observa una disminución de la misma asociada al hecho de tener hijos. Podría explicarse por el simple hecho de que las personas que tienen hijos, generalmente, presentan una sensibilización especial y una empatía con el entorno mayor que aquellas que no los tienen; esa coraza que nos protege se ve mermada en el momento en el que tenemos niños.

La relación hijos - realización personal sí que es estadísticamente significativa en nuestro estudio. Esto puede ser debido a que las personas que tienen hijos, al cambiar totalmente de actividad en el desempeño de su trabajo, tienen más facilidad para sentir que están realizando una labor que sí que está reconocida, y que sirve de ayuda a otras personas, ya que, en comparación con el funcionamiento de una casa con niños, es muy fácil de gestionar. También puede ser debido a que las mujeres con hijos reducen, en su mayoría el número de horas de trabajo y eso puede repercutir en que no sientan una falta de realización personal, porque parte de su realización personal, ya la sienten como madres, sumado a la reducción de horas de trabajo.

Respecto al tipo de consulta en la que trabaja el profesional, nuestros resultados mostraron que no existía relación estadísticamente significativa entre el cansancio emocional y la realización personal y el tipo de consulta, pero sí que se observó una relación clara entre esta última y la despersonalización, mostrando que los profesionales que trabajan en consultas privadas sienten menos despersonalización que aquellos que lo hacen en franquicias. Resultados coincidentes con los de autores como Ríos- Santos y cols. (66), que defienden en sus estudios que los profesionales que trabajan en el sector privado sufren menos Burnout que aquellos que trabajan en el público, combinado con el privado. Sin embargo, son muy diferentes a los de Calvo y cols. (81) que obtienen resultados de mayor cansancio emocional y despersonalización para los profesionales que trabajan en las clínicas privadas que para aquellos que lo hacen en las públicas.

Myers y cols. (90) establecen una clasificación de las situaciones que generan estrés y que son susceptibles de provocar Burnout en el odontólogo : la primera es el hecho de acumular retraso en las citas, seguida de atender a un paciente ansioso, trabajar bajo presión respecto al horario, que se pueda producir una emergencia sanitaria dentro del gabinete, la existencia de pacientes insatisfechos con su tratamiento, atender a más pacientes de los que se puedan abarcar por el hecho de llegar a objetivos en la facturación, trabajar muy deprisa para atender al mayor número de pacientes y el sistema de pago de paciente (referido a saber si va a pagar o no el tratamiento).

Esto nos llevó a pensar que la menor despersonalización registrada en los profesionales de nuestro estudio que trabajan en clínicas privadas es debida a que, en este tipo de clínicas, el trato con el paciente es más cercano y de mayor calidad que en las franquicias o consultas de aseguradoras, porque se atienden menos pacientes y se permite al profesional trabajar con más sosiego y tener más tiempo de escuchar e intentar entender al paciente, ya que se respetan los horarios de las citas; en estos casos, se dispone de períodos más largos para tratar al paciente ansioso y el profesional no está muy sobrecargado por la agenda.

En las clínicas tipo franquicias, muchos de los profesionales trabajan con agendas sobre citadas, bajo la presión de llegar a una determinada facturación para acceder a las comisiones de cobro, generando retraso en el transcurso de la jornada laboral y el estrés mantenido; esto, a su vez, hace que el profesional no pueda perder tiempo en atender las necesidades de determinados pacientes, provocando que aflore el sentimiento de despersonalización. Cuando el paciente percibe que se le ha atendido con demasiada rapidez, se siente insatisfecho y desconfiado y se genera un círculo vicioso difícil de romper:” paciente insatisfecho porque el profesional no le dedica el tiempo que él estima oportuno y profesional sin tiempo para explicarle que eso no es así y ganar de nuevo su confianza.”

Puede que estos resultados sean diferentes a los de Calvo y cols. (81) porque este autor lleva a cabo su estudio en dos grupos de profesionales americanos que trabajan en clínicas privadas o en hospitales, y eso no es comparable al tipo de trabajo que en la actualidad tenemos en España, ya que a nivel hospitalario no hay presencia de profesionales de la Odontología.

En cualquier caso, el sector dental tiende a un aumento de franquicias con más de veinte empleados, en detrimento de las clínicas con cinco o menos empleados, y es importante remarcar que, en los equipos con más profesionales, el sentimiento de cansancio emocional y de despersonalización suele ser menor que en las clínicas en las que el profesional trabaja más aislado. Esto parece quedar justificado al entender que los

profesionales que tienen un buen ambiente de trabajo y una sensación de equipo consolidada están más protegidos frente al Burnout.

Autores como Porto y cols. (71), no encuentran diferencias estadísticamente significativas entre el número de horas trabajadas y la aparición de Burnout; sin embargo, nuestro análisis estadístico muestra que el cansancio emocional y la despersonalización aumentan a medida que aumentan las horas de trabajo, y la realización personal se ve disminuida cuando el profesional trabaja demasiadas horas. Estos resultados coinciden con los de autores como Ríos – Santos y cols., Jin y cols. y Jugale y cols. (66,73,77).

Estos resultados pueden ser debidos a que una vez que el profesional trabaja más horas de las que tiene capacidad de soportar, tiene sentimientos encontrados, y se siente sin fuerzas para atender a los pacientes como él considera que sería correcto, haciéndole sentir mal porque no le interesan los problemas de sus pacientes y generando una sensación de incapacidad de llevar a cabo su trabajo con eficiencia, al verse mermada su capacidad para tomar decisiones diagnósticas correctas.

En nuestro estudio también quisimos ver cómo podían influir los años de experiencia en la aparición o no del síndrome, y se pudo observar una relación estadísticamente significativa para las variables del cansancio emocional y de la despersonalización, y comprobamos que no afectaba a los valores de la realización personal. Autores como Ríos- Santos y cols. (66) en su estudio, defienden que los profesionales que llevan entre 16 y 22 años trabajando tienen niveles más altos de cansancio emocional, pero también una realización personal más alta.

Jin y cols. (73) también hablan de una realización personal más alta en los profesionales con más de 11 años de experiencia, pudiendo ser justificado porque después de tantos años desempeñando la misma labor, la sensación de hacer las cosas bien es más fácil de conseguir que al principio de la profesión, ya que a medida que avanza el tiempo, somos más capaces de controlar las situaciones que se plantean en la práctica clínica diaria y tenemos menos miedo a la falta de éxito terapéutico. La experiencia que aportan

los años de trabajo hace que disminuyan las situaciones que suponen retos para el profesional.

En nuestro caso, son los profesionales que llevan entre 10 y 15 años de experiencia los que presentan un cansancio emocional mayor, y éste disminuye en los que llevan más de 16 años de profesión. Algunos artículos defienden que esto puede ser debido a que aquellas personas que son capaces de soportar los primeros años de trabajo, sin abandonarlo, ya están preparadas psicológicamente frente a los retos que van a vivir a lo largo del resto de su carrera profesional.

Calvo y cols. (81) obtienen resultados de menor cansancio emocional y despersonalización en aquellos profesionales que tienen entre 65-85 años que en los que tienen entre 34-44 y 55-64, resultados que coinciden con los obtenidos en nuestra muestra. Estos autores justifican sus resultados explicando que los profesionales hacia la mitad de su ejercicio como odontólogos trabajan más horas, lo que hace que su vida profesional les ocupe demasiado tiempo y vean disminuida su vida familiar. Establecen diferencias entre las causas del Burnout en odontólogos y en otros sectores sanitarios, tales como la Medicina y la Enfermería, siendo el cúmulo de errores médicos y la disminución en la calidad del cuidado, las causas que provocan la aparición de síntomas de Burnout en estos dos últimos grupos mencionados.

Respecto a la despersonalización, en nuestro estudio, las personas que llevaban más de 16 años ejerciendo como cirujanos bucales e implantólogos son las que presentaban un riesgo menor de desarrollar valores altos en esta subescala, resultados similares a los de Jin y cols. (73) que en su estudio muestran como a medida que los profesionales ganan años de experiencia, disminuye el riesgo de sufrir despersonalización. Quizás esto pueda justificarse porque habitualmente trabajan con equipos humanos que les sirven de apoyo en los momentos en los que puedan tener sentimientos de tratar al paciente como algo impersonal, evitando que ese sentimiento se mantenga en el tiempo. Siempre hay algún miembro del equipo que evita que el equipo completo decaiga.

En nuestra muestra, un pequeño porcentaje de pacientes estaba en tratamiento con ansiolíticos, y se pudo comprobar que la ingesta de dichos fármacos influía en las tres subescalas del síndrome de burnout: aumentaba el riesgo de padecer cansancio emocional y despersonalización, al tiempo que disminuía la realización personal. Pudimos observar que el consumo de ansiolíticos es mayor en los profesionales que son autónomos, en aquellos que trabajan entre 35-44 horas y en los que llevan más de 16 años de ejercicio profesional, mientras que, el consumo es menor en los profesionales con hijos. Lo que no hemos podido comprobar, es si la causa de la aparición de síntomas de burnout es anterior a la ingesta de ansiolíticos, o si han sido los ansiolíticos los que han provocado la aparición de los mismos, así que no hemos ahondado más en el tema, a pesar de que existen estudios que tratan sobre las adicciones a alcohol y drogas en los profesionales de la Odontología.

Estudios como el de Porto y cols. (71) reflejan que el consumo elevado de alcohol hace que disminuya la realización personal, y provoca que el personal sea más vulnerable en el trabajo. En el mismo sentido, Winwood y cols. (92), llevan a cabo un estudio en odontólogos australianos y explican que la Odontología no es una profesión asociada al consumo de alcohol, como lo podrían ser la minería y los agentes del orden, sin embargo, encuentran que un 4% de los odontólogos australianos consume alcohol, y lo atribuyen a que tienen un estatus económico y social alto, lo que hace que en sus salidas y eventos consuman alcohol. Estos autores refieren, en su trabajo, que los profesionales del campo de la Odontología no suelen pedir ayuda cuando se encuentran sobrepasados por el estrés y las dificultades propias de su profesión, de manera que consideran importante una formación en las Facultades de Odontología para los jóvenes, así como hacer llegar información a los profesionales que están ejerciendo para informarles sobre los riesgos de abusar de sustancias adictivas.

Aunque en nuestra muestra no se haya encuestado a profesionales con menos de dos años de experiencia, nos ha parecido importante incluir artículos sobre el estado y evolución psicológica de los estudiantes de Odontología en la discusión, ya que como veremos más adelante, parte de los cambios que se deben hacer para evitar el Burnout han de ser llevados a cabo en estudiantes para que sean efectivos.

Existen múltiples estudios sobre la evolución de la población de estudiantes hacia un estado de depresión a pesar de no estar diagnosticados previamente de trastornos psicológicos. Autores como Burger y cols. (76) reflejan los resultados de un estudio en alumnos de Odontología a los que se les hace un seguimiento y se observa cómo van evolucionando hacia un estado depresivo con requerimiento de tratamiento.

Atalayin y cols. (72) también hacen un seguimiento de los estudiantes de Odontología y evalúan cómo van cambiando los valores de las tres subescalas del Burnout a medida que avanzan en sus estudios.

Esta tendencia a la depresión puede deberse a que la Odontología es una carrera en la que los alumnos se sienten muy supervisados a la hora de desempeñar sus prácticas, y sienten la necesidad de hacer muy bien su trabajo para poder optar a los masteres que les abrirán camino en los campos de las diferentes disciplinas en Odontología. Esto, sumado a su miedo e inseguridad a la hora de tratar pacientes, pueden llevarlos a situaciones de estrés mantenido en el tiempo y a desarrollar procesos depresivos. En nuestra muestra, que, como ya hemos explicado, no incluye estudiantes, pudimos observar cómo sólo un 5,2% de los profesionales que tomaban ansiolíticos eran menores de 36 años, frente a un 10,8% que eran mayores de 46. El sexo no parecía influir en la tendencia a la ingesta de estos fármacos.

Respecto a este tema de la evolución de estados depresivos en los estudiantes de Odontología, la literatura revisada advierte sobre la necesidad de llevar a cabo planes de atención y preparación psicológica para los estudiantes, para intentar minimizar los efectos de las situaciones de estrés que viven antes de enfrentarse al trato directo con el paciente. Autores como Rada y Jonhson (92) recomiendan incluir entre las asignaturas del grado de Odontología algunas como: gestión empresarial, gestión de estrés y desarrollo de habilidades para la comunicación. También recomiendan un asesoramiento sobre los objetivos del profesional, para valorar si sus expectativas son realistas, asequibles y racionales.

Alzahem y cols. (93) en su artículo defienden que los estudiantes de Odontología son individuos con tendencia al perfeccionismo, ya que para acceder al este grado la nota requerida es muy alta, al igual que una vez dentro, la exigencia por parte del profesorado a la hora de realizar tratamientos dentales es muy elevada, ya que se busca la excelencia en el tratamiento. Según estos autores, el tercer y quinto año son los más estresantes, y proponen medidas para manejar el estrés en estos grupos, evitando el abandono en los últimos años de formación, y haciendo fuertes a estos estudiantes para encarar la profesión con más recursos. Proponen programas con sesiones de técnicas de relajación y de información acerca del estrés. A su vez, recomiendan que sería interesante la presencia de un psicólogo clínico en las facultades para poder ayudar a los estudiantes de Odontología a aprender a gestionar los miedos a los que tienen que enfrentarse.

Autores como Bretherton y cols. (94) recomiendan, como mecanismo de lucha frente al Burnout: mejorar la habilidad de adaptación en dentistas recién licenciados, en el paso de las prácticas a la toma de decisiones sin soporte de un profesional cualificado y enseñarles a tomar decisiones consensuadas con el paciente respecto al tratamiento, sin olvidar que ha de ser el profesional quien tenga la última palabra, evitando así hacer tratamientos en los que no creemos al sentirnos forzados por la demanda del paciente y que a la larga puedan generar malestar en el mismo.

Si no se llevan a cabo estrategias correctas, muchos de los profesionales que presentan síntomas de estrés y depresión terminarán padeciendo Burnout y viceversa. Parece que el paso del Burnout a la depresión es más rápido que el de la depresión al Burnout (31).

Autores como Chapman y cols. (95), explican en su artículo que entre las consecuencias del Burnout caben ser destacadas: un empeoramiento de la salud tanto física como mental, una falta de motivación para llevar a cabo comportamientos sanos (ejercicio y dietas adecuados) y un incremento de los hábitos nocivos, como, por ejemplo, el consumo de alcohol y drogas.

Tras analizar los resultados estadísticos de nuestro estudio, pudimos comprobar que nuestra muestra presentaba niveles medios de cansancio emocional, niveles altos de despersonalización y niveles también bajos de riesgo de sufrir una falta de realización personal.

Según la literatura revisada, existen dos formas de interpretar estos resultados:

1. Ramírez y cols. (96), que mantienen la idea de que, para presentar el síndrome, es necesario que las subescalas del cansancio emocional y de la despersonalización alcancen valores altos, y la falta de realización personal valores bajos. Siguiendo este criterio, nuestra muestra no presentaría Burnout.
2. Grunfeld y cols. (97), que mantiene que con que una de las subescalas mantenga valores altos, ya significa que el síndrome está manifestándose, independientemente de la subescala que sea. Si nos acogemos a este criterio, nuestra muestra sí presentaría Burnout.

Estos datos coinciden con los de Sancho y cols. (65), que reflejan en su estudio que los profesionales dedicados al campo de la Odontología presentan un riesgo menor de padecer Burnout que la población general, y que solamente un 10-21% de los odontólogos tiene riesgo de sufrir Burnout.

Así mismo, en 2012, Gorter y cols. (69) en un estudio llevado a cabo en cirujanos orales y maxilofaciales, comparan los resultados del cansancio emocional y la despersonalización entre estos profesionales y los odontólogos generales y otros profesionales de la salud, y comprueba que los niveles de CE y DP son menores en los cirujanos bucales y maxilofaciales. Los autores atribuyen estos resultados a que generalmente los cirujanos bucales tienen una motivación muy alta, así como al trabajo en equipo de la mayoría de ellos, lo que les sirve de gran apoyo, y en último lugar, a que son un colectivo muy supervisado durante su formación, lo que hace que estén más preparados para asumir críticas. Estos resultados también pueden ser debidos a que la

gran mayoría de los profesionales que se dedican a la Cirugía Bucal y a la Implantología, tienen años de formación adicional, aparte de los años correspondientes a la carrera de Odontología, lo que les aporta más conocimientos y, por tanto, más seguridad a la hora de realizar los tratamientos.

Choy (80), en su estudio en 301 profesionales encuentran que sólo un 7% de ellos presenta todas las subescalas del burnout elevadas.

Denton y cols. (62), en un estudio llevado a cabo en odontólogos del Reino Unido, refieren tasas de respuesta del 8% de afectación de las tres subescalas de Burnout y del 18% en profesionales que se ven afectados en dos, de las tres subescalas.

Te Brake y cols. (15), en su estudio en odontólogos daneses, defiende que estos profesionales sufren menos Burnout y están más implicados en su trabajo que el resto de la población.

Calvo y cols. (81) obtienen valores de un 13,2% de burnout en la muestra de profesionales americanos encuestados. Según estos autores, uno de cada ocho odontólogos americanos presenta síntomas de burnout, y el cansancio emocional es mayor en los odontólogos dedicados en exclusiva a la práctica clínica que en aquellos que se dedican también a la docencia.

Chapman y cols. (95) hablan de un 8% de odontólogos con burnout en el Reino Unido, una tasa que consideran baja, al compararla con el 16% de los Países Bajos.

Otra inquietud que se nos planteó a la hora de analizar los resultados obtenidos fue, si los profesionales del resto de las especialidades sufrían o no Burnout, al compararlos entre sí y con los profesionales que se dedican a la Odontología general sin haber realizado ningún tipo de postgrado. Encontramos, entre la literatura, el artículo de Newton y cols. (98) en el que refieren que no hay diferencias en los valores de Burnout entre los especialistas de Ortodoncia, Odontopediatría, Prótesis, Endodoncia,

Odontología Conservadora y Periodoncia del Reino Unido. Los odontopediatras son los especialistas que tienen niveles más elevados de estrés, pero no son significativos (62).

Chohan y cols. (99) llevan a cabo un estudio en odontopediatras americanos, ya que tienen la sospecha de que sufren más burnout que otros compañeros de profesión debido a que tienen que enfrentarse a pacientes muy ansiosos y a padres hiper protectores. Sin embargo, los resultados del estudio que llevan a cabo muestran que, aunque un 23% de los profesionales encuestados presentan cansancio emocional y el 12% despersonalización, tan solo el 9% de ellos tiene síntomas de burnout, al tener cansancio emocional combinado con la despersonalización. Esto indica que un porcentaje pequeño de Odontopediatras sufren Burnout, a pesar de lo que habían sospechado al inicio del estudio.

Respecto a otras profesiones, reconocidas como las más afectadas por el síndrome de Burnout, nuestra investigación nos llevó a tratar de averiguar cómo de afectadas estaban y cuáles eran las diferencias respecto a la Odontología.

Es sabido por todos que, el hecho de ser profesional sanitario se ha identificado como una profesión de alto riesgo de estrés, debido tanto a las circunstancias laborales, como a la exposición a enfermedades peligrosas, al hecho de convivir con el sufrimiento humano y a cómo la vida de las personas dependa de las decisiones acertadas o no que tome el profesional en cada momento.

Entre todos los profesionales sanitarios, el personal de enfermería de las UCI son los profesionales más afectados, Kerlin y cols. (100) refieren que el 81% de las enfermeras de su estudio presentan algún síntoma de burnout, y que el 33% presentan síntomas severos.

Portero de la Cruz y cols. (89), en un estudio llevado a cabo en personal de enfermería del Servicio de Urgencias Andaluz encuentran que el 21,05% tienen altos

niveles de cansancio emocional, 43,27% de despersonalización y el 26,31% de falta de realización personal. El 3,4% de la muestra tenía niveles altos de Burnout.

Estos valores han de ser tenidos muy en cuenta porque Vahey y cols. (101), en su estudio, demuestran que el personal de enfermería que no está satisfecho con su equipo de trabajo, presenta mayor cansancio emocional, y, a su vez, está asociado a indicadores de pérdida de seguridad, que derivan en errores en la atención al paciente. Cuando el profesional siente un cansancio emocional muy grande, el absentismo laboral es mayor y se corre el riesgo de que abandone su puesto de trabajo.

El cansancio emocional y la falta de realización personal, influyen en la satisfacción del paciente, en la percepción de sentirse bien atendido, mientras que la despersonalización, no parece influir en dicha percepción.

Estudios como el de Awa y cols. (102) muestran que los programas de tratamiento del Burnout son beneficiosos, ya que los profesionales que participan en ellos sienten menos Burnout que aquellos que no lo hacen. Describen como los programas han de dirigirse tanto al individuo como a la entidad para la que trabaja, ya que cuando sólo se dirigen al profesional, los resultados que se obtienen son menos duraderos en el tiempo. También recomiendan que se hagan recordatorios de estos programas para que sean más efectivos.

Sobre la sensación de tener baja realización personal, el sistema organizativo o entidad para la que trabaja el profesional, no puede influir, pero sí que puede hacerlo sobre el cansancio emocional, evitando poner en riesgo al paciente, y perder a un profesional que ya está bien formado para desempeñar el cargo que ocupa. Hacer un seguimiento del cansancio emocional de los profesionales es esencial para asegurar un buen trabajo en equipo y una elevada seguridad del paciente (101).

Autores como Shanafelt y cols. (103) establecen nueve estrategias organizacionales para reducir el burnout en profesionales sanitarios y promover el compromiso o engagement. Estas estrategias empiezan por reconocer el problema que afecta a los profesionales, intentando mostrar al personal sanitario que la entidad va a estar a la altura de las necesidades. En segundo lugar, este autor propone valorar el poder del liderazgo, valorando la consecución de los objetivos por parte del equipo, pero a su vez, evaluando al líder para saber si la consecución de objetivos se ha llevado a cabo de manera lícita y sin maltratar al personal. En tercer lugar, valoran el desarrollo de intervenciones dirigidas, y fomentar el trabajo en equipo, para que no sea una única persona la que se sienta responsable de los fracasos. En quinto lugar, consideran que el uso de recompensas o incentivos en función de la satisfacción que refiera el paciente respecto al trato del profesional y la búsqueda de la convergencia de los valores del profesional con los de la entidad. Otro factor que resulta de gran ayuda para prevenir el Burnout es la flexibilidad laboral, con la consiguiente reducción del salario, para favorecer la conciliación familiar. Estos autores defienden la idea de que es necesario aportar recursos al profesional para mejorar la resiliencia y el cuidado de uno mismo. En último lugar, la creación de organizaciones para la ciencia parece favorecer la percepción de engagement en los profesionales sanitarios.

Algunos estudios demuestran que los profesionales sanitarios de una franja de edad comprendida entre los 38 y 45 años, obtienen promedios más altos en las tres dimensiones del síndrome que los trabajadores de menor edad, lo que indica que es en esas edades donde debemos prestar más atención a los síntomas que sean indicativos de padecimiento de burnout y nos pueden ser de gran ayuda para establecer perfiles de riesgo y para implantar medidas preventivas de desarrollo del trastorno (104).

En el campo de la Odontología, donde los estudios son más limitados que en otras especialidades sanitarias, autores como Bretherton y cols. (94) proponen diferentes soluciones para intentar afrontar el burnout inherente a nuestra profesión:

1. Diseño de técnicas que sean capaces de mantener al odontólogo dentro de su zona de confort.

2. Técnicas que amplíen la zona de confort instruyendo al odontólogo en técnicas de resiliencia.
3. Intervenciones que alivien el estrés a los profesionales de la Odontología.
4. Mejorar el reconocimiento y la celebración de las experiencias emocionales positivas.

Es importante que los programas para gestionar el estrés y el burnout sean rápidos y accesibles para los profesionales que carecen de tiempo en su día a día de ajetreo.

Estos autores hablan de la posibilidad de llevar a cabo una terapia cognitiva de comportamiento, en la que se puedan reproducir escenarios dentales positivos y negativos. De esta forma, se puede fomentar el aprendizaje en situaciones clínicas que mejorarán las habilidades de comunicación y de toma de decisiones, generando una disminución tanto del estrés, como de las quejas de los pacientes. Así mismo, mejorará la gestión emocional del profesional.

A pesar de que existen otras muchas profesiones afectadas por el burnout, nos hemos centrado en las sanitarias, porque son las que más similitudes tienen con la profesión odontológica y en concreto con el campo de la Cirugía Bucal y la Implantología.

VII. CONCLUSIONES

1.- Alrededor del 60% de la población de cirujanos bucales e implantólogos, analizados en este estudio, tienen un riesgo medio-alto de padecer el síndrome de burnout.

2.- La edad no es un factor influyente en el cansancio emocional, sin embargo, los profesionales de mayor edad tienen menor riesgo de despersonalización y mayor sensación de realización personal.

3.- El estado civil no afecta al cansancio emocional y a la despersonalización; si bien, los profesionales divorciados sufren más falta de realización personal.

4.- Los profesionales que trabajan más de 35 horas semanales presentan mayor riesgo de padecer el síndrome.

5.- Los trabajadores de las franquicias dentales se ven afectados por una mayor despersonalización que aquellos que trabajan en consultas privadas y en clínicas de aseguradoras. Sin embargo, no existen diferencias en las subescalas del cansancio emocional ni de la realización personal entre los diferentes tipos de clínicas.

6.- Los años de ejercicio profesional influyen en el cansancio emocional y en la despersonalización, siendo el primero mayor en el grupo que lleva trabajando entre 10 y 15 años y la segunda menor en el grupo que lleva más de 16 años ejerciendo como cirujano bucal o implantólogo.

VIII. BIBLIOGRAFÍA

1. Gil-Monte PR. El síndrome de quemarse por el trabajo (Burnout): una enfermedad laboral en la sociedad del bienestar. Edit Pirámide. Madrid. 2005.
2. Farber BA. Introduction: Understanding and treating burnout in a changing culture. *J Clin Psychol* 2000; 56 (5): 589–94.
3. Bährer-Kohler. Burnout for Experts. *Saudi Med J* 2012; 33: 3–8.
4. Weber A, Jaekel-Reinhard A. Burnout Syndrome: A Disease of Modern Societies? *Occup Med* 2000; 50 (7): 512–7.
5. Gorter R, Freeman R, Hammen S, Murtooma H, Blinkhorn A, Humphris G. Psychological stress and health in undergraduate dental students: fifth year outcomes compared with first year baseline results from five European dental schools. *Eur J Dent Educ* 2008; 12: 61–8.
6. Freudenberg HJ. Staff Burn Out? *J Soc Issues* 1974; 30 (1): 159-65.
7. Maslach C, Shaufelli WB, Leiter MP. Job Burnout. *Annu Rev Psychol* 2001; 52: 397–422.
8. Maslach C; Burn-out. *Hum Behav* 1976; 5: 16–22.
9. Kaschka WP, Korczak D, Broich K. Burnout: a fashionable diagnosis. *Dtsch Arztebl Int* 2011; 108 (46): 781–7.
10. Swartz, MS., Will, GT. Low morale and mutual withdrawal on a mental hospital ward. *Psychiatry* 1953; 16 (4): 337–53.
11. Schaufeli WB, Maslach C, Maslach C. Professional Burnout. Edit Routledge. New York. 2017.
12. Cherniss C. Long term consequences of burnout: an exploratory study. *J Organ Behav* 1992; 13(1): 1–11.

13. Perlman A, Hartman B, Alan E, Perlman B. Burnout: Summary and Future Research. *Human Relations* 1982 ;35 (4): 283-305.
14. Maslach C., Jackson SE. The measurement of experienced burnout. *J Occup Behav* 1981; 2: 99–113.
15. Te Brake H, Bouman A-M, Gorter R, Hoogstraten J EM. Professional burnout and work engagement among dentists. *Eur J Oral Sci* 2007; 115: 180–5.
16. Önder Ç, Basim N. Examination of developmental models of occupational burnout using burnout profiles of nurses. *J Adv Nurs* 2008; 64 (5): 514–23.
17. Shirom A. Burnout in work organizations. In: Schaufeli WB, Maslach C, Marek T. *Professional burnout: Recent developments in theory and research*. Edit Taylor & Francis. Washington. 1993.
18. Pines A. “Burnout: An Existential Perspective” In Schaufelli WB, Maslach C, Marek T. *Recent developments in theory and research*. Edit Taylor & Francis. Washington. 1993.
19. Fender LK. Athlete burnout: potential for research and interventions strategies. *Sport Psychol* 1989; 3: 63–71.
20. Carlin M, Garcés de los Fayos Ruiz J. El síndrome de burnout: Evolución histórica desde el contexto laboral al ámbito deportivo. *An Psicol* 2010; 26 (1): 169–80.
21. Lemyre PN, Hall HK, Roberts GC. A social cognitive approach to burnout in elite athletes. *Scand J Med Sci Sport* 2008; 18: 221–3.
22. Levinson H. When executives burn-out. *Harvard Bussines Rev* 1981; 59: 73–8.
23. Procaccini J, Kiefaber M. *Parent Burnout*. Doubleday Books. New York. 1983.
24. Pines, A. *Couple burnout: Causes and cures*. Routledge. New York. 2013.

25. Moreno-Jimenez B, Rodríguez-Carvajal R, Redonda EE. La Evaluación del Burnout profesional. Factorialización del MBI-GS. Un análisis preliminar. *Ansiedad y Estrés* 2001; 7(1): 69–78.
26. Gutiérrez B.M. La ciencia empieza en la palabra. Análisis e historia del lenguaje científico. Edit Península. Barcelona.1998.
27. Farber BA, Heifetz LJ. The process and dimensions of burnout in psychotherapists. *Professional psychology* 1982; 13 (2): 293-301.
28. Selye H. Stress and the general adaptation syndrome. *BMJ Br Med J* 1950; 1 (4667): 1383-92
29. Meier ST. Toward a theory of burnout. *Human relations* 1983; 36 (10): 899-910.
30. Martínez Pérez A. El síndrome de Burnout. Evolución conceptual y estado actual de la cuestión. *Vivat Acad* 2010; 112: 42–80.
31. Ahola K, Honkonen T, Isometsä E, Kalimo R, Nykyri E, Aromaa A, Lönnqvist J. The relationship between job-related burnout and depressive disorders: results from the Finnish Health 2000 Study. *J Affect Disord* 2005; 88 (1): 55-62.
32. Schonfeld IS, Bianchi R. Burnout and Depression: Two Entities or One? *J Clin Psychol* 2016; 72: 22–37.
33. Berg A, Hansson UW, Hallberg IR. Nurses' creativity, tedium and burnout during 1 year of clinical supervision and implementation of individually planned nursing care: comparisons between a ward for severely demented patients and a similar control ward. *J Adv Nurs* 1994; 20 (4): 742–9.
34. Pines A, Kafry D. Tedium in the life and work of professional women as compared with men. *Sex Roles* 1981; 7 (10): 963–77.

35. Golembiewsky RT, Munzenrider RF. Phases of Burnout: Developments in concepts and Applications. Edit Praeger. New York. 1988.
36. Leiter MP, Maslach C. The impact of interpersonal environment on burnout and organizational commitment. *J Organ Behav* 1988; 9: 297-308.
37. Gorter RC, Albrecht G, Hoogstraten J, Eijkman MAJ. Professional burnout among Dutch dentists. *Community Dent Oral Epidemiol* 1999; 27 (2): 109–16.
38. Dignam JT, West SG. Social support in the workplace: tests of six theoretical models. *Am J Community Psychol* 1988; 16: 701–24
39. Firth H, Britton P. ‘Burnout’, absence and turnover amongst British nursing staff. *J Occup Psychol* 1989; 62 (1): 55–9.
40. Wolpin J, Burke RJ, Greenglass ER. Golembiewski’s Phase Model of Psychological Burnout: Some Issues. *Psychol Rep* 1990; 66 (2): 451–7.
41. Moreno-Jiménez B, Luis González J, Garrosa E. Desgaste profesional (burnout), personalidad y salud percibida. En: Empleo, estrés y salud. Buendía J, Ramos F. Edit Pirámide. Madrid. 2001: 59-83.
42. Hombrados-Mendieta I, Cosano-Rivas F. Burnout, workplace support, job satisfaction and life satisfaction among social workers in Spain: a structural equation model. *Int Soc Work* 2013; 56 (2): 228–46.
43. Moreno-Jiménez B, Gonzalez JL, Garrosa E. Burnout docente, sentido de la coherencia y salud percibida. *Rev Psicopatología y Psicol Clínica* 1999; 4 (3): 163–80.
44. Semmer N, Zapf D, Greif S. ‘Shared job strain’: A new approach for assessing the validity of job stress measurements. *J Occup Organ psychology* 1996; 69 (3): 293–310.

45. Five-factor model of personality.
<https://www.psychologistworld.com/personality/five-factor-model-big-five-personality>.
46. French JRP Jr, Rodgers W CS. Adjustment as person- environment fit. Coping and adaptation. GV Coelho, DA Hamburg JA, editor. New York; 1974. 316–33 p.
47. Maslach C, Leiter MP. The truth about burnout. Atlantic. 1997.
48. LaRocco JM, House JS, French JRP. Social Support, Occupational Stress, and Health. *J Health Soc Behav* 1980; 21: 202–18.
49. Pelsma DM, Roland B, Tollefson N, Wigington H. Parent burnout: Validation of the Maslach Burnout Inventory with a sample of mothers. *Measurement and Evaluation in Counseling and Development* 1989; 22 (2): 81-7.
50. Cherniss C. Professional burnout in human service organizations. Edit Praeger Publishers. New York.1980.
51. Freudenberger HJ, Richelson G. Burn-out: The High Cost of High Achievement. Edit Bantam Books. 1980.
52. Leiter M. The dream denied: professional burnout and the constraints of human service organizations. *Canadian Psychology* 1991; 32 (4): 547-58.
53. Paine WS. Job stress and burnout: Research, theory, and intervention perspectives. Edit Sage. Beverly Hills CA.1982.
54. Pines A, Aronson E. Burnout; from tedium to personal growth. Free Press, New York 1981.
55. Maslach C, Jackson SE LM. Maslach Burnout Inventory. Edit Consulting Psychologists Press. Palo Alto CA. 1996.

56. Brill PL. The need for an operational definition of burnout. *Fam Community Heal J Heal Promot Maintenance* 1984; 6 (4): 12–24.
57. Cooper CL, Watts J KM. Job satisfaction, mental health and job stressors among general dental practitioners in the UK. *Br Dent J* 1987; 81 (6): 162-77.
58. Brennan DS, Spencer AJ, Szuster FS. Differences in time devoted to practice by male and female dentists. *Br Dent J* 1992; 172 (9): 348–9.
59. Matthews RW, Scully C. Working patterns of male and female dentists in the UK. *Br Dent J* 1994 ;176 (12): 463–6.
60. Wilson RF, Coward PY, Capewell J, Laidler TL, Rigby AC, Shaw TJ. Perceived sources of occupational stress in general dental practitioners. *Br Dent J* 1998; 184 (10): 499–502.
61. Newton JT, Thorogood N, Gibbons D. A study of the career development of male and female dental practitioners. *Br Dent J* 2000; 188 (2): 90–4
62. Denton DA, Newton JT, Bower EJ. Occupational burnout and work engagement: a national survey of dentists in the United Kingdom. *Br Dent J* 2008; 205 (7): 1-8.
63. Ayers KMS, Thomson WM, Rich AM, Newton JT. Gender differences in dentists' working practices and job satisfaction. *J Dent*. 2008; 36 (5): 343–50.
64. Harris RV, Ashcroft A, Burnside G, Dancer JM, Smith D, Grieveson B. Facets of job satisfaction of dental practitioners working in different organisational settings in England. *Br Dent J* 2008; 204:1-8.
65. Sancho FM, Ruiz CN. Risk of suicide amongst dentists: myth or reality? *Int Dent J* 2010; 60 (6): 411–8.

66. Ríos-Santos J-V, Reyes-Torres M, López-Jiménez A, Morillo-Velázquez J-M, Bullón P. Research and depression among Spanish periodontology practitioners. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2010; 15 (5): 813–9.
67. LaPorta LD. Occupational Stress in Oral and Maxillofacial Surgeons: Tendencies, Traits, and Triggers. *Oral and Maxillofacial Surgery Clinics of North America* 2010; 22: 495–502.
68. Gorter R, Freeman R.: Burnout and engagement in relation with job demands and resources among dental staff in Northern Ireland. *Community Dent Oral Epidemiol* 2011; 39 (1): 87-95.
69. Gorter RC, Jacobs BLTH, Allard RHB. Low burnout risk and high engagement levels among oral and maxillofacial surgeons. *Eur J Oral Sci*. 2012;120 (1): 69–74.
70. Divaris K, Lai CS, Polychronopoulou A, Eliades T KC. Stress and burnout among Swiss dental residents. *Zurich Open Repository and Archive*. 2012; 122 (7–8): 610–5.
71. Porto GG, Carneiro SC, Vasconcelos BC, Nascimento MM, Leal JLF. Burnout syndrome in oral and maxillofacial surgeons: a critical analysis. *Int J Oral Maxillofac Surg* 2014; 43 (7): 894–9.
72. Atalayin C, Balkis M, Tezel H, Onal B, Kayrak G. The prevalence and consequences of burnout on a group of preclinical dental students. *Eur J Dent* 2015; 9 (3): 356–63.
73. Jin M-U, Jeong S-H, Kim E-K, Choi Y-H, Song K-B. Burnout and its related factors in Korean dentists. *Int Dent J* 2015; 65 (1): 22–31.
74. Lo Sasso AT, Starkel RL, Warren M, Guay AH, Vujicic M. Practice settings and dentists' job satisfaction. *J Am Dent Assoc* 2015;146 (8): 600-9.

75. Johns RE, Jepsen DM. Sources of occupational stress in NSW and ACT dentists. *Austral Dent J* 2015; 60: 182-9.
76. Burger PHM, Neumann C, Ropohl A, Paulsen F SM. Development of depression and deterioration in quality of life in German dental medical students in preclinical semesters. *Ann Anat.* 2016; 208: 183–6.
77. Jugale P V, Mallaiah P, Krishnamurthy A, Sangha R. Burnout and work engagement among dental practitioners in Bangalore city: A cross-sectional study. *J Clin Diagnostic Res* 2016; 10 (2): 63–7.
78. Kulkarni S, Dagli N, Duraiswamy P, Desai H, Vyas H, Baroudi K. Stress and professional burnout among newly graduated dentists. *J Int Soc Prev Community Dent* 2016; 6 (6): 535–41.
79. Singh P, Aulak DS, Mangat SS, Aulak, AM. Systematic review: factors contributing to burnout in dentistry. *Occup Med* 2016; 66 (1): 27–31.
80. Choy HB1 WM. Occupational stress and burnout among Hong Kong dentists. *Hong Kong Med J* 2017; 23 (5): 408–9.
81. Calvo JM1, Kwatra J, Yansane A, Tokede O, Gorter RC KE. Burnout and Work Engagement Among US Dentists. *J Patient Saf* 2017; 0(0): 1-7.
82. Ab-Murat N, Mason L, Kadir RA YN. Self-perceived mental well-being amongst Malaysian dentists. *Int J Occup Saf Ergon* 2018; 24 (2): 233–9.
83. Goetz K, Schuldei R, Steinhäuser J. Working conditions, job satisfaction and challenging encounters in dentistry: a cross-sectional study. *Int Dent J* 2019; 69 (1): 44–9.
84. Collin V, Toon M, O'Selmo E, Reynolds L, Whitehead P. A survey of stress, burnout and well-being in UK dentists. *Br Dent J* 2019. 2019; 226 (1): 40–9.

85. Gaynés E, Giménez M, Portell M. El burnout en los profesionales sanitarios: una aproximación. *Arch Prev Riesgos Labor* 2004; 7 (3): 101–8.
86. Eckleberry-Hunt J, Kirkpatrick H, Barbera,T. The problems with Burnout research. *Acad Med* 2018; 93 (3): 367–70.
87. Kelley K, Clark B, Brown V, Sitzia J. Methodology Matters. Good practice in the conduct and reporting of survey research. *Int J Qual Heal Care*. 2003; 15 (3): 261–6.
88. Brake H Te, Bloemendal E, Hoogstraten J. Gender differences in burnout among Dutch dentists. *Community Dent Oral Epidemiol* 2003; 31 (5): 321–7.
89. De La Cruz SP, Abellan MV. Desgaste profissional, stress e satisfação no trabalho do pessoal de enfermagem em um hospital universitário. *Rev Lat Am Enfermagem* 2015; 23 (3): 543–52.
90. Myers HL, Myers LB. ‘It's difficult being a dentist’: stress and health in the general dental practitioner. *Br Dent J* 2004; 197 (2): 89–93.
91. Winwood P, Winefield A, Lushington K. The role of occupational stress in the maladaptive use of alcohol by dentists: A study of South Australian general dental practitioners. *Aust Dent J* 2003; 48 (2): 102–9.
92. Rada RE, Johnson-leong C. Stress, burnout, anxiety and depression among dentists. *J Am Dent Assoc* 2004; 135: 788-794.
93. Alzahem A, Van der Molen H, Alaujan AH, de Boer, B. Stress management in dental students: a systematic review. *Adv Med Educ Pract* 2014; 5: 167-176.
94. Bretherton R, Chapman HR, Chipchase S. A study to explore specific stressors and coping strategies in primary dental care practice. *Br Dent J* 2016; 220 (9): 1-19

95. Chapman HR, Chipchase SY, Bretherton R. Understanding emotionally relevant situations in primary dental practice. 2. Reported effects of emotionally charged situations. *Br Dent J* 2015; 219 (9): 1-6.
96. Ramirez AJ, Graham J, Richards MA, Cull A, Gregory WM, Timothy AR. Burnout and psychiatric disorder among cancer clinicians. *Br J Cancer* 1995; 71 (6): 1263-9.
97. Grunfeld E, Whelan,TJ, Zitzelsberger L.,Willan AR, Montesanto B, Evans W. Cancer care workers in Ontario: prevalence of burnout, job stress and job satisfaction. *CMAJ*. 2000;163 (2): 166–9.
98. Newton JT, Mistry K, Patel A, Patel P, Perkins M S, K SC. Stress in dental specialists: a comparison of six clinical dental specialties. *Prim Dent Care* 2002; 9:100–104.
99. Chohan, L, Dewa, C, El- Badrawy W, Nainar H. Occupational burnout and depression among paediatric dentists in the United States. *Int J Paediatr Dent* 2020; 1–8.
100. Kerlin MP, McPeake J, Mikkelsen M. Burnout and Joy in the Profession of Critical Care Medicine. *Crit Care* 2020; 1-6.
101. Vahey DC, Aiken, LH, Sloane, DM, Clarke SP, Vargas D. Nurse Burnout and patient satisfaction. *Med Care* 2004; 42 (2): 1157–66.
102. Awa WL, Plaumann M, Walter U. Burnout prevention: A review of intervention programs. *Patient Educ Couns* 2010; 78:184-190.
103. Shanafelt TD, Noseworthy JH. Executive Leadership and Physician Well-being: Nine Organizational Strategies to Promote Engagement and Reduce Burnout. *Mayo Clin Proc* 2017; 92 (1): 129–46.

104. Cañadas-de La Fuente GA, Luis CS, Lozano LM, Vargas C, García I, de La Fuente EI. Evidencia de validez factorial del Maslach Burnout Inventory y estudio de los niveles de burnout en profesionales sanitarios. *Rev Latinoam Psicol* 2014; 46 (1): 44–52.