

ORIGINAL

## Evidencia de validez factorial del Maslach Burnout Inventory y estudio de los niveles de *burnout* en profesionales sanitarios

Guillermo A. Cañadas-de la Fuente<sup>a,\*</sup>, Concepción San Luis<sup>b</sup>, Luis Manuel Lozano<sup>c</sup>, Cristina Vargas<sup>c</sup>, Inmaculada García<sup>a</sup> y Emilia I. de la Fuente<sup>c</sup>

<sup>a</sup> Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Granada, Granada, España

<sup>b</sup> Facultad de Psicología, Universidad Nacional de Educación a Distancia, Madrid, España

<sup>c</sup> Facultad de Psicología, Universidad de Granada, Granada, España

Recibido el 5 de abril de 2013; aceptado el 2 de abril de 2014

### PALABRAS CLAVE

Evidencia de validez factorial del MBI;  
Factores de riesgo;  
Prevalencia de *burnout*;  
Profesionales sanitarios

### Resumen

En el presente trabajo se quieren conocer los niveles de *burnout* y variables relacionadas con el síndrome en un grupo de profesionales sanitarios. Los objetivos de la investigación fueron la obtención de evidencias de validez factorial del Maslach Burnout Inventory, la estimación de la prevalencia y la identificación de factores de riesgo de *burnout* en un grupo de profesionales sanitarios. Se realizó un estudio transversal, cuantitativo y exploratorio. Los datos corresponden a una muestra de 435 profesionales que incluye auxiliares, enfermeros y médicos. Los resultados obtenidos indican un adecuado ajuste en la estructura trifactorial del Maslach Burnout Inventory; asimismo, se ha obtenido que la categoría profesional, edad y tipo de dedicación son factores de riesgo de padecimiento de *burnout*. Por otra parte, se obtiene que los enfermeros presentaban niveles de *burnout* más altos que el resto de grupos profesionales considerados. Lo anterior sugiere que los factores indicados deben ser tenidos en cuenta en la implantación de programas encaminados a la prevención del desarrollo del síndrome.

Copyright © 2013, Fundación Universitaria Konrad Lorenz. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/>).

### KEYWORDS

Evidence of Factorial Validity of MBI;  
Risk Factor;  
Prevalence of Burnout;

**Evidence for factorial validity of Maslach Burnout Inventory and burnout levels among health workers**

### Abstract

In this research we studied the levels and the associated variables with the burnout syndrome in health professionals. This research aimed to obtain evidences of factorial validity of the Maslach Burnout Inventory (MBI), to estimate the prevalence of burnout, and

\*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [gacf@ugr.es](mailto:gacf@ugr.es) (G.A. Cañadas-de la Fuente).

Health Care Professionals

to identify the risk factors for this syndrome among health professionals. A cross-sectional, quantitative, and exploratory study was conducted for this purpose. The sample consisted of 435 professionals including assistants, nurses and doctors. The results indicated proper adjustment in the tri-factorial structure of the MBI. It was also found that professional category, age and type of dedication, are risk factors for suffering from burnout. On the other hand, the results showed that nurses had higher burnout levels than the rest of the professional groups studied. The foregoing suggests that the above risk factors should be taken into account when implementing programs to prevent development of the syndrome.

Copyright © 2013, Konrad Lorenz University Foundation. Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons CC BY-NC ND Licence (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/>).

Existen diferentes aproximaciones al estudio del síndrome de *burnout*, pero en todas ellas se considera que dicho constructo abarca una serie de manifestaciones tanto físicas como psicológicas que surgen como consecuencia de la presión que sufren los profesionales que trabajan en relación directa con personas y que se encuentran sometidos de forma continuada a estresores que surgen en el contexto laboral (Caballero, Hederich y Palacio, 2010). La propuesta más aceptada en la conceptualización del *burnout* es la de Maslach y Jackson (1981, 1996) que lo describen como una reacción negativa hacia el propio trabajo que se produce por una exposición prolongada a un ambiente laboral estresante y caracterizado por cansancio emocional (CE), despersonalización (D), y falta de realización personal (RP) (Maslach, Schaufeli y Leiter, 2001).

Las investigaciones sobre el *burnout* se han desarrollado en diversas áreas profesionales en las que siempre se produce una fuerte interacción del trabajador con aquellas personas que son beneficiarias de su trabajo. Aunque el estudio del problema se abordó inicialmente en los servicios sociales (Freudenberger, 1974), cada vez hay más profesiones en las que se han identificado síntomas que se pueden encuadrar en el marco teórico del citado síndrome, tal y como se plantea en sus inicios (Lozano, Cañadas, Martín, Pedrosa, Cañadas, Suárez, et al., 2008). Así, Ortega y López Ríos (2004) presentaron una revisión teórica sobre diferentes aspectos del *burnout*, en la que ponen de manifiesto que en España la mayoría de investigaciones se han llevado a cabo en la población de profesiones vinculadas con el ámbito de la salud, en general, y del personal sanitario, en particular. De igual manera, en la literatura que existe sobre este tema, se expone que es una problemática muy generalizada, que cada vez son más las profesiones en las que se desarrolla, y que son muchas las organizaciones laborales y países en los que resulta de interés cualquier resultado de investigación que permita seguir avanzando en su estudio, prevención, identificación de factores de riesgo, medida o tratamiento.

En el ámbito de estudio del *burnout*, los resultados de investigación publicados son controvertidos. Si bien es cierto que hay acuerdo entre los investigadores en cuanto a la medida del síndrome (Maslach y Jackson, 1981, 1996), también lo es que no existe dicho consenso en cuanto a otros aspectos muy importantes; se echa en falta más homogeneidad en los resultados de investigación relativos a las variables que realmente tienen un peso específico en el desarrollo –factores de riesgo– del síndrome; tampoco hay una

opinión aceptada por la mayoría de los autores en cuanto a la secuencia en que aparecen sus dimensiones, o la modelización más apropiada para la evolución del trastorno.

Con respecto a las variables relacionadas con el desarrollo del síndrome, habitualmente se establecen 3 categorías de factores de riesgo asociados al mismo: sociodemográficos (edad, género, estado civil, etc.), psicológicos (características de personalidad, etc.) y laborales (categoría profesional, tipo de dedicación, antigüedad, etc.) (Purvanova y Muros, 2010; Vargas, Cañadas, Aguayo, Fernández y de la Fuente, 2014). Por otra parte, aunque se encontraron algunas coincidencias en los diferentes trabajos revisados, se puede decir que no existe un acuerdo generalizado acerca de la influencia de estas variables en el desarrollo del trastorno. De igual manera, se pudo concluir que la edad no parece tener gran influencia existiendo, además, bastantes divergencias en cuanto a las edades en las que el trastorno presenta una mayor gravedad. Aunado a esto, se concluyó que a mayor edad, disminuye la tensión laboral, lo que implica que el grado de *burnout* es menor (Alacacioglu, Yavuzsen, Dirioz, Oztop y Yilmaz, 2009; Kanai-Pak, Aiken, Sloane, y Poghosyan, 2008). En cuanto al género, algunos autores lo consideran más bien una variable moderadora que una variable con efecto directo (Hsu, Chen, Yu y Lou, 2010; Maccacaro, Di Tommaso, Ferrai, Bonatti, Bombana y Mersenneburger, 2011; Moreira, Magnago, Sakae y Magajewski, 2009). En relación con el estado civil, tampoco se encontraron resultados claros y unánimes; aunque existen resultados contradictorios, se han hallado más trabajos en los que se informa de una mayor propensión de los casados a padecer el síndrome (Dyrbye, Liselotte, Shanafelt, Tait, Balch, Charles, Satele y Freischlag, 2010).

Existe un acuerdo en cuanto a la importancia que tienen las variables laborales como factores de riesgo de padecimiento del síndrome de *burnout*, sin embargo, no se produce tal acuerdo cuando se trata de informar, en particular, de los factores que más afectan al desarrollo del trastorno. Variables como la categoría profesional, el tipo de servicio, el tipo de dedicación, así como otros aspectos relacionados con el trabajo que se realiza, son algunos de estos factores de riesgo, pero los resultados en este campo son contradictorios (Vargas et al., 2014). En general, se puede afirmar que el desarrollo de una labor profesional en situaciones en las que existe una gran implicación emocional hace más probable que se desarrolle el síndrome de *burnout* (Jones, Wells, Gao, Cassidy y Davie, 2013).

En relación con la modelización del constructo *burnout*, resulta obligado indicar que, aunque existen otras propuestas para su conceptualización, la más generalizada y que se adopta en este trabajo es la que utiliza el Maslach Burnout Inventory (MBI) como marco teórico para su definición, además de servir como herramienta para su medida (Maslach y Jackson, 1996). Muchos autores han utilizado este inventario para recoger información que permita proponer modelos explicativos de la evolución –fases– en que se produce y desarrolla el trastorno. Estos modelos: 1) establecen fases que representarían los diferentes estados por los que pasan aquellas personas que padecen *burnout*, y 2) proponen una secuencia de aparición de las 3 dimensiones del *burnout*. La combinación de ambos elementos permite realizar una propuesta de modelización para la evolución del síndrome que permitiría clasificar a los sujetos según la gravedad del cuadro clínico y la sintomatología que presenten. Se puede decir que hay acuerdo entre los investigadores en lo que se refiere al uso del concepto “fases del *burnout*”. Sin embargo, existe controversia en cuanto a la secuencia de aparición de las dimensiones del *burnout*, lo cual lleva a distintos modelos sobre su evolución.

Algunos autores consideran que los profesionales generan actitudes de D como mecanismo de afrontamiento para experimentar, posteriormente, baja RP y CE (Golembiewski, Munzenrider y Carter, 1983). Otros plantean este proceso evolutivo de forma que el CE surge inicialmente, como respuesta a los estresores laborales. En esta línea existen varias propuestas, entre las que cabe destacar las siguientes: 1) como consecuencia del CE surge una actitud de D que concluye en una baja RP (Leiter, 1993); 2) el CE y la baja RP surgen de manera simultánea para luego generar una actitud de D (Leiter, 1993), y 3) tras el CE surgen, simultáneamente, la D y la baja RP (Lee y Ashforth, 1993).

Los modelos citados surgen como planteamientos teóricos y existe poca información de investigaciones empíricas en las que se intente someter a prueba su veracidad. En este sentido, resultan de interés los trabajos realizados por Golembiewski y su equipo (Golembiewski, Munzenrider y Stevenson, 1986), quienes presentan datos empíricos de su propuesta en la que se combinan niveles altos y bajos en cada una de las 3 dimensiones del *burnout*, y se establece la D como fase de inicio de desarrollo del síndrome. De dicha combinación se obtiene un modelo con 8 fases progresivas que representan el cuadro clínico y, por tanto, la gravedad del problema. También, y debido a que la D es la dimensión más débil desde el punto de vista teórico e, incluso, desde el punto de vista de su medida –baja fiabilidad de la herramienta con la que se valora–, plantean un posible modelo en 4 fases, en el que los diferentes estados del *burnout* resultan de combinar las 2 categorías en las que los autores dicotomizan las dimensiones relativas a la RP y al CE.

El presente trabajo se desarrolla para cubrir, en primer lugar, un objetivo de tipo metodológico con el que se intenta garantizar la legitimidad del uso de la herramienta de medida utilizada. La propuesta sigue las recomendaciones que se realizan en revisiones metanalíticas en lo relacionado con la validación de estructura factorial y fiabilidad del cuestionario utilizado (Aguayo, Vargas, De la Fuente y Lozano, 2011; Córdoba, Tamayo, González, Martínez, Rosales y Helena, 2011; Worley, Vassar, Wheeler y Barnes, 2008).

Sumado a lo anterior, se tiene un doble objetivo, así: 1) estudiar la existencia de relaciones entre los niveles de *burnout* y algunos factores de riesgo relevantes en el estudio del síndrome, y 2) presentar una clasificación según la fase de padecimiento de *burnout* en la que se encuentran los profesionales que participan en la investigación, y estimar la prevalencia del trastorno de acuerdo con el modelo presentado.

## Método

### Participantes

La muestra estaba formada por 435 profesionales sanitarios escogidos de forma aleatoria destinados en diferentes hospitales y residencias geriátricas de la provincia de Granada (España). El rango de edad fue de 22 a 63 años ( $M = 43,78$ ,  $DT = 8,35$ ). Del total de la muestra, el 73,33% son mujeres y el 26,67% hombres. El 9,43% de los participantes son médicos, el 37,7% enfermeros y el 52,87% auxiliares de enfermería. Respecto al estado civil de los participantes, el 21,03% están solteros, el 69,39% casados, el 8,88% separados o divorciados, y el 0,7% viudos. El 44,14% de los sanitarios trabajaban en centros geriátricos y el 55,86% en hospitalares.

### Instrumentos

La información sociodemográfica y la relativa al ámbito laboral se obtuvo mediante la administración de un cuadernillo. Las variables registradas fueron: edad (en 4 tramos según los cuartiles de la distribución), género, estado civil (soltero, casado, separado o divorciado, y viudo), categoría profesional (médico, enfermería y auxiliar de enfermería), y tipo de dedicación (atienden a adultos mayores vs. no atienden a adultos mayores).

Se administró también el cuestionario MBI (Maslach y Jackson, 1981) en su adaptación a la población española (Seisdedos, 1997). El MBI es un instrumento que evalúa los sentimientos y pensamientos con relación a su interacción con el trabajo. Este instrumento consta de 22 ítems con formato de respuesta tipo Likert de 7 puntos (0 = nunca, 1 = pocas veces al año o menos, 2 = una vez al mes o menos, 3 = unas pocas veces al mes, 4 = una vez a la semana, 5 = pocas veces a la semana, 6 = todos los días) donde se valoran las 3 dimensiones propuestas por las autoras sobre el constructo *burnout* de la siguiente manera: CE, 9 ítems, D, 5 ítems y RP, 8 ítems. En la versión original se obtuvo un valor alfa de Cronbach para la dimensión CE de ,89, para el D de ,77 y el de RP de ,74, y en la versión adaptada, un valor alfa de Cronbach para la dimensión CE de ,90, para el D de ,79 y el de RP de ,71.

Una práctica muy extendida es asumir la fiabilidad que se ha encontrado en aplicaciones previas, por ejemplo, la obtenida en la adaptación del cuestionario a nuestra población. Esta práctica es conocida como inducción de la fiabilidad. Este proceso tiene cierta validez siempre que se confirme que la muestra objeto de estudio es similar en composición y variabilidad a la de referencia (Vacha-Haase, Kogan y Thompson, 2000).

La muestra utilizada en la adaptación de Seisdedos (1997) era de 1.138 participantes pertenecientes a distintos colectivos profesionales (por ejemplo, policías o docentes), donde solo se incluían 156 profesionales del ámbito sanitario (médicos). La presente investigación está compuesta exclusivamente por profesionales sanitarios, más concretamente, 41 médicos, 164 enfermeros y 230 auxiliares de enfermería; por ello, se considera necesario evaluar en dicha muestra las propiedades psicométricas del MBI, ya que asumir incorrectamente la inducción de la fiabilidad puede conducir a una interpretación errónea de la potencia estadística obtenida en los contrastes de hipótesis (Wilkinson, 1999).

Otro aspecto psicométrico importante para garantizar una interpretación correcta de los resultados es la validez del cuestionario. En relación con el MBI, hay estudios que confirman las 3 dimensiones encontradas por Maslach y Jackson (Guerra, Mújica, Nahmias y Rojas, 2011; Oh y Lee, 2009; Pisanti, Lombardo, Lucidi, Violani y Lazzari, 2013; Poghosyan, Aiken y Sloane, 2009), aunque en otras investigaciones se han obtenido resultados diferentes, por ejemplo, 2 dimensiones (Kim y Ji, 2009), 4 dimensiones (Densten, 2001; Green y Walkey, 1988) e incluso 5 o más dimensiones (García, Herrero y León, 2007; García, Llor y Sáez, 1994). Por todo ello, se cree conveniente realizar un análisis factorial confirmatorio (AFC) en el presente estudio.

## Procedimiento

Para llevar a cabo la presente investigación se utilizó un diseño *ex post facto* (Ato, López y Benavente, 2013). En primer lugar, se contactó con los hospitales y las residencias geriátricas de la provincia de Granada para que autorizaran la investigación, y seguidamente se contactó con los profesionales sanitarios. Todos los participantes firmaron la hoja de consentimiento informado, y realizaron la investigación de forma individual y anónima.

## Análisis de datos

Las variables independientes utilizadas son: edad, género, estado civil, categoría profesional y tipo de dedicación. Las variables dependientes son las distintas dimensiones del MBI (CE, D y RP). Se utilizó el estadístico *t de Student* para realizar los contrastes de hipótesis sobre 2 medias independientes, y análisis de varianza (ANOVA) cuando hay 3 niveles o más de comparación. En aquellas situaciones donde no se pueda asumir que las varianzas poblacionales eran iguales (comprobación mediante la prueba de Levene) se utilizó el

estadístico de Brown-Forsythe para contrastar 3 o más medias independientes. Las pruebas de Tukey (se asumen varianzas poblacionales iguales) y Games-Howell (no se asumen varianzas poblaciones iguales) se utilizaron para realizar comparaciones a posteriori. Estos análisis se realizaron con el paquete estadístico SPSS 19.0. El AFC se llevó a cabo mediante el programa AMOS 16.0, empleando un método de estimación ULS.

Las características de los datos recogidos permitieron realizar la estimación bayesiana, con distribución inicial no informativa, de la prevalencia en cada una de las dimensiones del *burnout* (CE, D y RP); dichas estimaciones se realizaron con el programa WinBugs (Ntzoufras, 2009; Spiegelhalter, Thomas, Best y Gilks, 1994).

## Resultados

### Análisis de la validez y fiabilidad del cuestionario

La estructura en 3 dimensiones propuesta por Maslach y Jackson (1981) se sometió a prueba mediante AFC. La representación gráfica de dicha estructura factorial se encuentra en la figura 1.

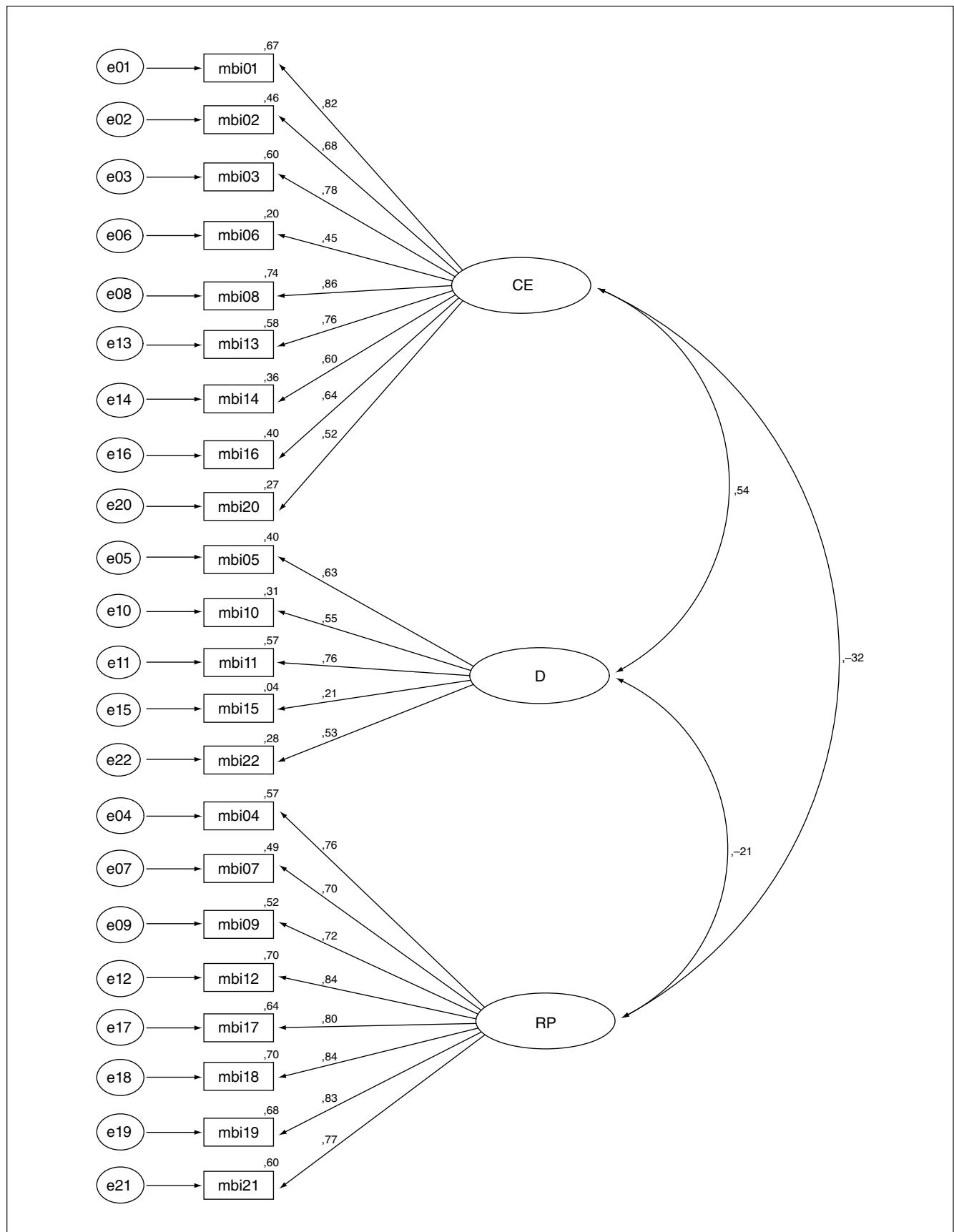
El índice de bondad de ajuste (GFI) se utilizó como índice de ajuste del modelo, en el que los valores superiores a ,90 se consideran indicadores de buen ajuste (Bollen y Long, 1993; Byrne, 2000) y el error cuadrático medio de aproximación en el que los valores de hasta ,08 son indicativos de un ajuste razonable (Kline, 2005). También se informó del intervalo confidencial del error cuadrático medio de aproximación a un nivel de confianza del 90% (se considera un buen ajuste si el extremo inferior de dicho intervalo es < ,05 y el superior no excede de ,1). Se obtuvo la raíz cuadrada de la media de los residuales estandarizados, cuyos valores deben estar por debajo de ,08. La comparación del modelo nulo y el propuesto por las autoras del MBI se realizó con el *Comparative Fix Index*, índice incremental que debe ser > ,90 según Bentler (1990). Por último, se utilizó el estadístico propuesto por Hoelter (1983), que se centra en el estudio de la adecuación de la muestra, y en el que se deben obtener valores > 200 para concluir la correcta representación del modelo. En la tabla 1 se incluyen los valores de los índices de ajuste obtenidos, que cumplen los criterios indicados previamente y avalan el modelo tridimensional.

La fiabilidad de la escala en cuanto a consistencia interna resultó similar a las habituales en la literatura, obteniéndose como viene ocurriendo en muchos trabajos el valor más

Tabla 1 Índices de bondad de ajuste globales

GFI	RMSEA	RMSEA (90%)		SRMR	CFI	HOELTER
		LIM. INFERIOR	LIM. SUPERIOR			
Modelo	,937	,039	,030	,048	,052	,974
						261

CFI: Comparative Fix Index; GFI: índice de bondad de ajuste; RMSEA: error cuadrático medio de aproximación; SRMR: raíz cuadrada de la media de los residuales estandarizados.



**Figura 1.** Solución estandarizada del análisis factorial confirmatorio del Maslach Burnout Inventory.  
CE: cansancio emocional; D: despersonalización; RP: realización personal.

bajo en la dimensión D. Se obtuvieron los coeficientes alfa de Cronbach ,88 para la dimensión CE, ,77 en la dimensión asociada a la RP y ,58 en la dimensión D. Se obtuvieron valores mínimos de los índices de discriminación de los ítems de ,41, ,24 y ,31, respectivamente. Todos ellos son adecuados según la clasificación de Ebel (1965).

### Prevalencia de *burnout* y clasificación de los participantes según la fase de *burnout* en la que se encuentran

Se utilizó el modelo de Golembiewski et al. (1983) para clasificar a los profesionales que participaron en la investigación, a partir de las puntuaciones que obtuvieron en cada una de las 3 dimensiones del *burnout*, según el MBI. En la tabla 2 se incluyen las 8 fases consideradas por el modelo general, así como el modelo parcial de 4 fases, debido a la baja fiabilidad obtenida en nuestra muestra de la dimensión D; también se incluye el porcentaje de profesionales de la muestra que se encuentran en cada una de las fases.

El modelo establece que los profesionales que se encuentran en fase 6 o superior, o en la fase 4 del modelo parcial, tienen niveles altos de *burnout*. La prevalencia estimada de *burnout* alto para la población de profesionales sanitarios, a partir de la totalidad de la muestra considerada, fue del 25,8%, con un intervalo de estimación para dicho valor entre el 21,79 y el 30,02%. La prevalencia estimada de niveles altos de *burnout* en los profesionales de enfermería fue del 32,2%, con intervalo asociado entre el 24,89 y el 39,96%; la estimación de la prevalencia del *burnout* a partir de la información recogida en auxiliares de enfermería fue del 22,66%, con intervalo asociado de extremos 17,19 y 28,64%. No se realizaron estimaciones de prevalencia para el colectivo de médicos, debido al bajo número de dichos profesionales en la muestra de participantes.

### Identificación de grupos de riesgo según las variables sociodemográficas consideradas en el estudio

Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la dimensión CE en diferentes grupos de la variable edad,  $F_{BF}(3, 382.818) = 3.541, p = ,015, \eta^2 = ,025$ . Se categorizó dicha variable por sus cuartiles, de forma que se consideran 4 grupos diferenciados de la misma. Existen diferen-

cias estadísticamente significativas entre los grupos de menos de 38 años y el grupo entre 45 y 50 años (Games-Howell = -3.908,  $p = ,042, d = -0,372$ ) y el grupo de menos de 38 años y el de más de 50 años (Games-Howell = -4,621,  $p = ,026, d = -0,399$ ). No existen diferencias en el resto de comparaciones, aunque se quiere destacar que en la comparación entre el grupo de menor edad y el grupo de edades entre 38 y 45 años, se obtuvieron datos que estuvieron muy cercanos de alcanzar la significación estadística (Games-Howell = -3,574,  $p = ,055$ ). En todas las comparaciones, el grupo de menor edad presentó un nivel más bajo de CE. No existen diferencias significativas en las variables género y estado civil en ninguna de las dimensiones del *burnout*.

Por otro lado, existen diferencias estadísticamente significativas en los niveles de *burnout* entre los grupos de la variable categoría profesional,  $F (3,428) = 3.452, p = ,017, \eta^2 = ,024$ , más concretamente se encuentran diferencias significativas en la dimensión CE entre enfermeros y médicos ( $Tukey = 5.818, p = ,042, d = 0,474$ ), así como entre enfermeros y auxiliares de enfermería ( $Tukey = 3.267, p = 0,05, d = 0,275$ ). En ambos casos, los enfermeros presentaron un nivel más alto de CE.

Para terminar, existen diferencias significativas en algunas de las dimensiones del *burnout* entre grupos con diferente tipo de dedicación. Más concretamente, se obtuvieron diferencias en CE,  $t(430) = -2.082, p = ,038, d = -0,202$ , y en la dimensión RP,  $t(433) = -2.256, p = ,025, d = -0,218$ . Concluyendo que los profesionales que atienden a adultos mayores presentan menor CE y menor RP.

### Discusión

En el presente trabajo se expone información relativa a una muestra de participantes en cuya descripción cabe resaltar que está compuesta, eminentemente, por mujeres y en la que la mayoría de los profesionales son enfermeros y personal auxiliar de enfermería. Lo que significa, obligadamente, que los resultados relativos a la variable género o al colectivo de médicos deben ser puestos en tela de juicio y ratificados en investigaciones posteriores que cuenten con muestras de mayor tamaño.

Los análisis de fiabilidad, validez y estructura realizados indicaron que el cuestionario de *burnout* MBI mantiene, en la muestra utilizada, las características psicométricas infor-

Tabla 2 Distribución de la muestra según el modelo de 8 y 4 fases de Goleniewski (1983)

Fases	1	2	3	4	5	6	7	8
D	B	A	B	A	B	A	B	A
RP (inv)	B	B	A	A	B	B	A	A
CE	B	B	B	B	A	A	A	A
n (%)	70 (20,7%)	29 (8,6%)	26 (7,7%)	37 (10,9%)	30 (8,9%)	31 (9,2%)	30 (8,9%)	81 (24%)
Fases	1	2	3	4				
RP (inv)	B	A	B	A				
CE	B	B	A	A				
n (%)	99 (29,3%)	63 (18,6%)	61 (18,1%)	111 (32,9%)				

A: alto; B: bajo; CE: cansancio emocional; D: despersonalización; (inv): puntuación invertida; RP: realización personal.

madas por las autoras de la prueba original en las dimensiones CE y RP, y unas más bajas en el caso de la dimensión D. De este modo, y en la línea de solución apuntada por diversas investigaciones metanalíticas (Aguayo et al., 2011; Worley et al., 2008), se entiende que se dan las circunstancias que avalan su uso, al menos en 2 de las 3 dimensiones citadas que componen el síndrome.

En relación con la estimación de la prevalencia de altos valores del síndrome, el análisis realizado lleva a cifras preocupantes. Se obtuvieron regiones de estimación alrededor del 25,8% en profesionales sanitarios en general y del 32,2 y 22,66% en particular, respectivamente. En cuanto al personal de enfermería y auxiliar, nuestros resultados indicaron que los profesionales de enfermería son los que parecen estar más afectados por el problema.

Respecto al análisis de los factores de riesgo relacionados con el desarrollo del síndrome de *burnout*, se obtuvieron resultados que ratifican lo encontrado en otras investigaciones. La edad parece ser un factor de riesgo asociado al desarrollo del trastorno. En este trabajo, de nuevo, queda puesto de manifiesto que los profesionales de mayor edad presentan mayores niveles de CE (Kanai-Pak et al., 2008; Lin, St. John y McVeigh, 2009).

Las relaciones entre profesionales a veces son complicadas, tanto por el tipo de funciones que estos desempeñan como por el grado de responsabilidad que tienen, y ello puede generar conflictos (Kanai-Pak et al., 2008). Por una parte, el personal de enfermería está cansado emocionalmente por factores como el tipo de turno, la sobrecarga de trabajo y el contacto continuado con el paciente (Gandoy-Crego, Clemente, Mayán-Santos y Espinosa, 2009; Lin et al., 2009; Pereda-Torales, Celedonio, Vásquez y Yáñez Zamora, 2009) y por otra, los médicos, por la responsabilidad y la sobrecarga de trabajo, dándose esto, incluso desde su período de formación como residentes (Msaouel, Keramaris, Tasoulis, Kolokythas, Syrmos, Pararas, et al., 2010; Pereda-Torales et al., 2009).

No se encontraron diferencias en los niveles de *burnout* ni entre hombres y mujeres ni en el estado civil de los diferentes grupos profesionales considerados, en ninguna de las dimensiones del síndrome. Si se repara en el grupo más numeroso de profesionales participantes en esta investigación, que es el colectivo de enfermeros, es importante hacer notar que, aunque la diferencia entre el número de hombres y el de mujeres que eligen dicha profesión en España empieza a hacerse más pequeña, la realidad es que aún persiste. Esto hace algo más difícil la obtención de tamaños de muestra mayores en cuanto al número de hombres participantes en una investigación.

Como conclusión a partir de los resultados obtenidos en cuanto a las variables, género y categoría profesional, a diferencia de los resultados encontrados en otros trabajos (Hsu et al., 2010), se puede decir que, o bien no existen realmente diferencias entre hombres y mujeres en cuanto a la adquisición y evolución del trastorno, o bien el tamaño muestral resulta insuficiente en algunos de los grupos considerados, lo que enmascara la existencia de diferencias en este sentido.

Por último, se analizó el nivel de *burnout* en enfermeros, que fue el grupo profesional más numeroso en nuestra muestra, distinguiendo el tipo de actividad que realizan en

su trabajo. Se consideró como elemento diferencial entre los 2 grupos considerados, el hecho de atender o no habitualmente a adultos mayores. Los resultados nos muestran que los enfermeros que atienden a personas mayores están menos cansados y menos realizados que el resto de enfermeros.

Los enfermeros que trabajan en los geriátricos están vocationalmente más motivados (De Guzmán, Ching, Chiong, Chua, Chua y Dumalasa, 2009), sin embargo y teniendo en cuenta que el tipo de trabajo de un centro geriátrico de larga estancia favorece un entorno más estresante, no es raro que se sientan más cansados y menos realizados en el ámbito laboral (Gandoy-Crego et al., 2009). El hecho de cuidar a los adultos mayores, a veces en condiciones precarias, puede derivar en un CE considerable (Jenull, Brunner, Ofner y Mary, 2008), que se puede ver incrementado por factores extrínsecos de diversa índole, por ejemplo, entrar en conflicto con familiares de los adultos mayores (Abrahamson, Suttor y Pillemer, 2009) e incluso con otros profesionales enfermeros (Ejaz, Noelker, Menne y Bagaka, 2008; Hsu et al., 2010; Lin et al., 2009). A diferencia de los trabajos citados previamente, el personal que atiende a adultos mayores, en nuestra investigación, está menos cansado que los que no lo hacen. Hay que destacar el hecho de que la media de edad del personal en centros geriátricos es mucho menor que en los hospitales, al contrario de lo que sucede en otros países, lo que puede ser el motivo de los resultados obtenidos en cuanto al CE (Kanai-Pak et al., 2008).

Aunque en algunas investigaciones se destaca el hecho de que de los profesionales sanitarios que eligen desarrollar su profesión en el cuidado de personas mayores tienen un perfil de personalidad diferente con altos niveles de sociabilidad y desarrollo profesional y bajos en neuroticismo (Gandoy-Crego et al., 2009), entre otras características, parece claro que proporcionar atención continua a personas mayores tiende a provocar altos niveles de fatiga, que pueden influir de manera negativa en el día a día del cuidador, e indudablemente, también, en la calidad del cuidado (Van Bogaert, Meulemans, Clarke, Vermeyen y Van de Heyning, 2009). A partir de los resultados que se obtuvieron en este trabajo, consideramos de gran interés estudiar de forma diferenciada este grupo de profesionales que tienen una importante y difícil tarea, la de tratar con nuestros mayores.

En conclusión, se obtuvieron cifras preocupantes de prevalencia del síndrome de *burnout* entre el personal de enfermería, más altas que la estimada para el resto de profesionales sanitarios. A partir de los resultados obtenidos, los profesionales que constituyen un grupo de riesgo y, por tanto, susceptibles de desarrollar el síndrome de *burnout* serían enfermeros con edades que se sitúan a partir de los 45 años. Los profesionales que se encuentran en una franja de edad entre 38 y 45 años obtuvieron promedios considerablemente más altos en las dimensiones del síndrome que los de los trabajadores de menor edad, aunque no alcanzaron la significación estadística. Estos datos están en consonancia con los obtenidos por otros autores (Davis, Lind y Sorensen, 2013), y consideramos que son de gran interés tanto en el establecimiento de perfiles de riesgo de padecimiento del síndrome como para ser considerados en la implantación de medidas preventivas de desarrollo del trastorno. El estable-

cimiento de programas preventivos del trastorno sería beneficioso, no solo para la salud de los profesionales que desarrollan su labor asistencial en los servicios de salud, sino también para la de los usuarios de los mismos, pues mejoraría la calidad de los servicios ofrecidos.

## Financiación

El presente trabajo fue financiado por los proyectos P07HUM-02529 y P11HUM-07771 (Proyectos de Excelencia de la Junta de Andalucía. España).

## Agradecimientos

Agradecemos a todos los empleados del Sindicato de Enfermería SATSE Granada, por su colaboración en la recogida de la información que permitió realizar este trabajo.

## Bibliografía

- Abrahamson, K., Suttor, J. J. y Pillemer, K. (2009). Conflict between nursing home staff and residents' families does it increase Burnout? *Aging & Mental Health*, 21, 895-912. doi:10.1177/0898264309340695
- Alacacioglu, A., Yavuzsen, T., Dirioz, M., Ozturk, I. y Yilmaz, U. (2009). Burnout in nurses and physicians working at an oncology department. *Psycho-Oncology*, 18, 543-548. doi:10.1002/pon.1432
- Aguayo, R., Vargas, C., de la Fuente, E. I. y Lozano, L. M. (2011). A meta-analytic reliability generalization study of the Maslach Burnout Inventory. *International Journal of Clinical Health Psychology*, 11, 343-361.
- Ato, M., López, J. J. y Benavente, A. (2013). Un sistema de clasificación de los diseños de investigación en psicología. *Anales de Psicología*, 29, 1038-1059. doi: <http://dx.doi.org/10.6018/analesps.29.3.178511>
- Bentler, P. M. (1990). Fit indexes, Lagrange multipliers, constraint changes and incomplete data in structural models. *Multivariate Behavioral Research*, 25, 163-172. doi: 10.1207/s15327906mbr2502\_3
- Bollen, K. A. y Long, J. S. (1993). *Testing structural equation models*. Newbury Park, CA: Sage.
- Byrne, B. M. (2000). *Structural equation modeling with AMOS: basic concepts, applications and programming*. Nueva York, NY: Taylor & Francis Group.
- Caballero Domínguez, C., Hederich Martínez, C. y Palacio Sañudo, J. E. (2010). El burnout académico: delimitación del síndrome y factores asociados con su aparición. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 42, 131-146. doi: 10.14349/rlp.v42i1.403
- Córdoba, L., Tamayo, J. A., González, M. A., Martínez, M. I., Rosales, A. y Helena, S. (2011). Adaptation and validation of the Maslach Burnout Inventory-Human Services Survey in Cali, Colombia. *Colombia Médica*, 42, 286-293.
- Davis, S., Lind, B. K. y Sorensen C. (2013). A comparison of burnout among oncology nurses working in adult and pediatric inpatient and outpatient settings. *Oncology Nursing Forum*, 40, 303-311. doi: 10.1188/13.ONF.E303-E311.
- De Guzmán, A. B., Ching, M. I. D., Chiong, E. M. L., Chua, C. C., Chua, J. E. P. y Dumalasa, M. C. (2009). At the end of the rainbow, is there always a pot of gold?: Understanding the labor and fervor of filipino geriatric nurses. *Educational Gerontology*, 35, 1057-1075. doi: 10.1080/03601270802708483
- Densten, I. L. (2001). Re-thinking burnout. *Journal of Organizational Behavior*, 22, 833-847. doi:10.1002/job.115
- Dyrbye Liselotte, N., Shanafelt Tait, D., Balch Charles, M., Satele, D. y Freischlag J. (2010). Physicians married or partnered to physicians: A comparative study in the American College of Surgeons. *Journal of the American College of Surgeons*, 211, 663-671. doi:10.1016/j.jamcollsurg.2010.03.032
- Ebel, R. L. (1965). *Measuring educational achievement*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall, Inc.
- Ejaz, F. K., Noelker, L. S., Menne, H. L. y Bagaka, J. G. (2008). The impact of stress and support on direct care worker's job satisfaction. *The Gerontologist*, 48, 60-70. doi: 10.1093/geront/48.Supplement\_1.60
- Freudenberger, H. J. (1974). Staff Burn-out. *Journal of Social Issues*, 30, 159-165.
- Gandoy-Crego, M., Clemente, M., Mayán-Santos, J. M. y Espinosa, P. (2009). Personal determinants of burnout in nursing staff at geriatric centers. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 48, 246-249. doi:10.1016/j.archger.2008.01.016. ISSN: 0167-4943
- García, J. M., Herrero, S. y León, J. L. (2007). Validez factorial del Maslach Burnout Inventory (MBI) en una muestra de trabajadores del Hospital Psiquiátrico Penitenciario de Sevilla. *Apuntes de Psicología*, 25, 157-174.
- García, M., Llor, B. y Sáez, C. (1994). Estudio comparativo de dos medidas de burnout en personal sanitario. *Anales de Psiquiatría*, 10, 180-184.
- Golembiewski, R. T., Munzenrider, R. y Carter, D. (1983). Phases of progressive burnout and their work-site covariants. *Journal of Applied Behavioral Science*, 13, 461-482. doi:10.1177/002188638301900408
- Golembiewski, R. T., Munzenrider, R. F. y Stevenson, J. G. (1986). *Stress in organizations. toward a phase model of burnout*. Nueva York, NY: Praeger.
- Green, D. E. y Walkey, F. H. (1988). A confirmation of the three-factor structure of the Maslach Burnout Inventory. *Educational and Psychological Measurement*, 48, 579-585. doi:10.1177/0013164488483002
- Guerra Vio, C., Mújica Platz, A., Nahmias Bermúdez, A. y Rojas Vidal, N. (2011). Análisis psicométrico de la escala de conductas de autocuidado para psicólogos clínicos. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 43, 319-328. doi:10.14349/rlp.v43i2.722
- Hoelter, J. W. (1983). Factorial invariance and self-esteem: Reassessing race and sex differences. *Social Forces*, 61, 835-846. doi:10.1093/sf/61.3.834
- Hsu, Y., Chen, S. H., Yu, H. Y. y Lou, J. H. (2010). Job stress, achievement motivation and occupational burnout among male nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 66, 1592-1601. doi: 10.1111/j.1365-2648.2010.05323.x
- Jenull, B., Brunner, E., Ofner, M. y Mary, M. (2008). Burnout and coping in long term care units. A regional comparison in registered nurses. *Pflege*, 21, 16-24. doi:10.1024/1012-5302.21.1.16
- Jones, M. C., Wells, M., Gao, C., Cassidy, B. y Davie, J. (2013). Work stress and well-being in oncology settings: a multidisciplinary study of health care professionals. *Psycho-Oncology*, 22, 46-53. doi:10.1002/pon.2055
- Kanai-Pak, M., Aiken, L. H., Sloane, D. M. y Poghosyan, L. (2008). Poor work environments and nurse inexperience are associated with burnout, job dissatisfaction and quality deficits in Japanese hospitals. *Journal of Clinical Nursing*, 17, 3324-3329. doi: 10.1111/j.1365-2702.2008.02639.x
- Kim, H. y Ji, J. (2009). Factor structure and longitudinal invariance of the Maslach Burnout Inventory. *Research on Social Work Practice*, 19, 325-339. doi:10.1177/1049731508318550
- Kline, R. B. (2005). *Principles and practice of structural equation modeling*. Nueva York, NY: Guilford Press.
- Lee, R. T. y Ashforth, B. E. (1993). A longitudinal study of burnout among supervisors and managers: Comparisons between the Leiter and Maslach (1988) and Golembiewski et al. (1986) models. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 54, 369-398. doi: 10.1006/obhd.1993.1016

- Leiter, M. (1993). Burnout as a developmental process: Consideration of models. En W. Schaufeli, C. Maslach C. y Merek T. (Eds), *Professional burnout: Recent developments in theory and research* (pp. 237-250). Washington, DC: Hemisphere.
- Lin, F., St. John, W. y McVeigh, C. (2009). Burnout among hospital nurses in China. *Journal of Nursing Management*, 17, 294-301. doi: 10.1111/j.1365-2834.2008.00914.x
- Lozano, L. M., Cañadas, G. A., Martín, M., Pedrosa, I., Cañadas, G. R., Suárez, J., et al. (2008). Descripción de los niveles de *Burnout* en diferentes colectivos profesionales. *Aula Abierta*, 36, 79-88.
- Maccacaro, G., Di Tommaso, F., Ferrai, P., Bonatti, D., Bombana, S. y Merseburger, A. (2011). The effort of being male: a survey on gender and burnout. *La Medicina del Lavoro*, 102, 286-296.
- Maslach, C. y Jackson, S. E. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of Occupational Behaviour*, 2, 99-113. doi: 10.1002/job.4030020205
- Maslach, C. y Jackson, S. E. (1996). *The Maslach Burnout Inventory*. 3.<sup>a</sup> ed. Palo Alto, CA: Consulting Psychologist Press.
- Maslach, C., Schaufeli, W. y Leiter, M. P. (2001). Job burnout. *Annual Review of Psychology*, 52, 397-422. doi: 10.1146/annurev.psych.52.1.397
- Moreira, D.S., Magnago, R.F., Sakae, T.M. y Magajewski, F.R. (2009). Prevalence of burnout syndrome in nursing staff in a large hospital in south of Brazil. *Cuadernos de Salud Pública*, 25, 1559-1568.
- Msaouel, P., Keramiris, N. C., Tasoulis, A., Kolokythas, D., Syrmos, N., Pararas, N., et al. (2010). Burnout and training satisfaction of medical residents in Greece: will the European Work Time Directive make a difference? *Human Resources for Health*, 8, 16. doi:10.1186/1478-4491-8-16
- Ntzoufras, I. (2009). *Bayesian modeling using WinBUGS*. Nueva Jersey, NJ: Wiley & Sons.
- Oh, S. H. y Lee, M. (2009). Examining the psychometric properties of the Maslach Burnout Inventory with a sample of child protective service workers in Korea. *Children and Youth Services Review*, 31, 206-210. doi: 10.1016/j.childyouth.2008.07.012
- Ortega, C. y López Ríos, F. (2004). El *burnout* síndrome de estar quemado en los profesionales sanitarios: revisión y perspectivas. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 4, 137-160.
- Pereda-Torales, L., Celedonio, F. G. M., Vásquez, M. T. H. y Yáñez Zamora, M. I. (2009). Síndrome de *Burnout* en médicos y personal paramédico. *Salud Mental*, 32, 399-404.
- Pisanti, R., Lombardo, C., Lucidi, F., Violani, C. y Lazzari, D. (2013). Psychometric properties of the Maslach Burnout Inventory for Human Services among Italian nurses: a test of alternative models. *Journal of Advanced Nursing*, 69, 697-707. doi: 10.1111/j.1365-2648.2012.06114.x
- Poghosyan, L., Aiken, L. H. y Sloane, D. M. (2009). Factor structure of the Maslach Burnout Inventory: An analysis of data from large scale cross-sectional surveys of nurses from eight countries. *International Journal of Nursing Studies*, 46, 894-902. doi:10.1016/j.ijnurstu.2009.03.004
- Purvanova, R. K. y Muros, J. P. (2010). Gender differences in burnout: A meta-analysis. *Journal of Vocational Behavior*, 77, 168-185. doi: 10.1016/j.jvb.2010.04.006
- Seisdedos, N. (1997). *MBI. Inventario "Burnout" de Maslach: manual*. Madrid, España: TEA.
- Spiegelhalter, D., Thomas, A., Best, N. y Gilks, W. (1994). *BUGS: Bayesian inference using Gibbs sampling*. Cambridge, Reino Unido: MRC Biostatistics Unit.
- Vacha-Haase, T., Kogan, L. R. y Thompson, B. (2000). Sample compositions and variabilities in published studies versus those in test manuals: Validity of score reliability inductions. *Educational and Psychological Measurement*, 60, 509-522. doi: 10.1177/00131640021970682
- Van Bogaert, P., Meulemans, H., Clarke, S., Vermeyen, P. y Van de Heyning, P. (2009). Hospital nurse practice environment, burnout, job outcomes and quality of care: test of a structural equation model. *Journal of Advanced Nursing*, 66, 2175-2185. doi: 10.1111/jan.12010
- Wilkinson, L. (1999). APA Task force on statistical inference. Statistical methods in psychology journal: Guidelines and explanations. *American Psychologist*, 54, 594-604. doi: 10.1037/0003-066X.54.8.594
- Worley, J. A., Vassar, M., Wheeler, D. L. y Barnes, L. L. B. (2008). Factor structure of scores from the Maslach Burnout Inventory: A review and meta-analysis of 45 exploratory and confirmatory factor-analytic studies. *Educational and Psychological Measurement*, 68, 797-823. doi: 10.1177/0013164408315268