

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

1. Guillermo A. Cañadas-De la Fuente. Facultad de Ciencias de la Salud. Profesor del Departamento de Enfermería. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad de Granada. Granada, España. e-mail: gacf@ugr.es
2. Concepción San Luis, PhD. Catedrática del Departamento de Metodología de las Ciencias del Comportamiento. Facultad de Psicología. UNED. Madrid, España. e-mail: csanluis@psi.uned.es
3. Luis Manuel Lozano, PhD. Profesor del Departamento de Metodología de las Ciencias del Comportamiento. Facultad de Psicología. Universidad de Granada. Granada, España. e-mail: lmlozano@ugr.es
4. Cristina Vargas. Profesora del Departamento de Metodología de las Ciencias del Comportamiento. Facultad de Psicología. Universidad de Granada. Granada, España. e-mail: cvargas@ugr.es
5. Inmaculada García, PhD. Profesora del Departamento de Enfermería. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad de Granada. Granada, España. e-mail: igarcia@ugr.es
6. Emilia I. de la Fuente, PhD. Catedrática del Departamento de Metodología de las Ciencias del Comportamiento. Facultad de Psicología. Universidad de Granada. Granada, España. e-mail: edfuente@ugr.es

Revista Latinoamericana de Psicología 2014 Vol. 46. Núm. 1. páginas 44-52 (enero 2014)
DOI: 10.1016/S0120-0534(14)70005-6

RESUMEN

Introducción. En el presente trabajo se incluyen los niveles de Burnout evaluados en un grupo de profesionales de la salud. Los objetivos de la investigación son, la identificación de factores de riesgo relacionados con el síndrome y la estimación de su prevalencia.

Material y método. Se realiza un estudio cuantitativo, transversal, exploratorio. La muestra la constituyen 435 profesionales (auxiliares, enfermeros y médicos).

Resultados. Los datos analizados indican que los enfermeros presentan niveles de Burnout más altos que el resto de grupos. Dentro de este grupo, aquellos que atienden a personas mayores presentan niveles más bajos de Cansancio Emocional y mayor Realización Personal. La estimación más alta de prevalencia se obtiene en el grupo de enfermeros.

Conclusiones. Debido a la existencia de resultados divergentes en este campo, se hace necesario realizar estudios en los que se identifiquen y ratifiquen los factores de riesgo de padecer Burnout, lo que resulta de gran interés para la implantación de programas preventivos que mejoren tanto en la calidad de los servicios como la salud de estos profesionales.

Palabras clave. Síndrome de Burnout; factores de riesgo; evaluación de prevalencia del Burnout; profesionales sanitarios

ABSTRACT

Background. This work includes the Burnout levels evaluated in a health workers sample. The aims of this research are identify some risk factors associated to the syndrome and estimate the prevalence on these workers. All of that once the psychometrical properties of the MBI questionnaire in the sample were checked.

Materials and methods. This is a quantitative, exploratory, cross-sectional study. Data were collected in the first half of 2010, and it is constituted by 435 health workers (nurse assistans, nurses and physicians).

Results. The analyzed data show that nurses have higher Burnout levels than the other groups. Within this group, the ones who care of elderly have lower in Emotional Exhaustion, and higher in personal Accomplishment.

Conclusions. Due to the divergence of results in this field, it is necessary to conduct researches to identify and ratify the risk factors of suffer this syndrome, which is very interesting to implement prevention programs in this groups. This would ensure the improves in the quality of services and in the health of the proffesionals.

Key words. Syndrome of Burnout; risk factor; prevalence assessment; health workers

INTRODUCCION

El síndrome de Burnout es un cuadro clínico que ha sido definido como una clase específica de estrés ocupacional asociado a profesionales que trabajan en una relación directa con personas. Existen diferentes aproximaciones conceptuales para el citado síndrome, pero la más popular es la propuesta por Maslach y Jackson^{1,2}. Estas autoras describen el síndrome como una reacción negativa hacia el propio trabajo que se produce por una exposición prolongada a un ambiente laboral estresante y caracterizado por agotamiento emocional, despersonalización, y falta de realización personal³.

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 beneficiarios de su trabajo. Aunque el estudio del problema se aborda inicialmente en los Servicios Sociales⁴, 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 inicios⁵.

Ortega, y López Ríos presentan una revisión teórica sobre diferentes aspectos del síndrome de Burnout, en la que ponen de manifiesto que en España la mayoría de investigaciones se desarrollan en la población de profesiones vinculadas con el ámbito de la salud en general y del personal sanitario en particular⁶. El análisis de ésta y otras revisiones pone de manifiesto que la mayoría de los trabajos se han centrado en la descripción de los niveles de estrés que padecen colectivos profesionales, diferentes organizaciones laborales y distintos países; sin embargo, se echan en falta trabajos que profundicen sobre las variables relacionadas con el desarrollo del Burnout (existe gran desagregación entre los resultados) y trabajos relacionados con el estudio de la evolución del Síndrome.

Con respecto a las variables relacionadas con el desarrollo del síndrome, Maslach establece tres categorías de factores que deben ser analizados: personales (edad, género...), sociales (estado civil...), laborales (categoría profesional, tipo de dedicación, antigüedad)². En general se puede decir que no existe acuerdo generalizado acerca de la influencia de estas variables en el desarrollo del síndrome de Burnout, si bien, existe cierta coincidencia en los diferentes trabajos revisados. Se puede 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. En general, se concluye que a mayor edad disminuye la tensión laboral con lo que el grado de Burnout sería menor. En cuanto al género, algunos autores lo consideran, más bien una variable moderadora que una variable con efecto directo^{7,8,9,10}.

En relación con los factores sociales y, en particular, en la variable estado civil, tampoco se encuentran resultados definitivos y unánimes, si bien parece que el grupo de casados presentan una tendencia mayor a padecer el síndrome¹¹.

Existe acuerdo en cuanto a la importancia que tienen los factores laborales, en el desarrollo del síndrome de Burnout. Se encuentran multitud de investigaciones en las que se obtiene que variables como, categoría profesional, tipo de servicio, tipo de dedicación, así como otros aspectos relacionados con el trabajo que se realiza, son factores de riesgo de padecimiento del síndrome. En general, se puede decir 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 Burnout¹².

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 asume 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. 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 síndrome de Burnout. 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 tres dimensiones del Burnout. La combinación de ambos elementos permite realizar una propuesta de modelización para la evolución del síndrome, lo que permite 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 que lleva a distintos modelos sobre la evolución del síndrome.

Algunos autores consideran que los profesionales generan actitudes de despersonalización como mecanismo de afrontamiento para experimentar, posteriormente, baja realización personal y agotamiento emocional¹³. Otros trabajos plantean este proceso evolutivo de forma que el agotamiento emocional surge inicialmente, como respuesta a los estresores laborales; en esta línea, existen varias propuestas, entre las que cabe destacar: (1) como consecuencia del cansancio emocional surge una actitud de despersonalización que concluye en una baja realización personal¹⁴; (2) simultáneamente al agotamiento emocional surge una baja realización personal para despersonalizar posteriormente¹⁴; (3) tras el agotamiento emocional surgen, simultáneamente, la despersonalización y la baja realización personal^{12,15}.

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, quienes presentan datos empíricos de su propuesta en la que se combinan niveles altos y bajos en cada una de las tres dimensiones del Burnout, estableciendo la despersonalización como fase de inicio de desarrollo del síndrome¹⁶. De dicha combinación se obtiene un modelo con ocho fases progresivas, que representan el cuadro clínico y, por tanto, la gravedad en el padecimiento del síndrome. También, y debido a que la despersonalización es la dimensión que más controversia genera, plantean un posible modelo en cuatro fases, en el que los diferentes estados del Burnout resultan de combinar las dos categorías en las que los autores dicotomizan las dimensiones relativas a la realización personal y el cansancio emocional.

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, siguiendo las recomendaciones que se realizan en revisiones meta analíticas, de validación de estructura factorial y fiabilidad del cuestionario utilizado^{17,18,19,20}.

Añadido a lo anterior, se tienen dos objetivos principales: (1) estudiar la existencia de relaciones entre los niveles de Burnout y algunos factores de riesgo relevantes en el estudio del síndrome; (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.

MATERIAL Y 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 73,3% son mujeres y el 26,7% hombres. El 9,4% de los participantes son médicos, 37,8% enfermeros y el 52,8% auxiliares de enfermería. Respecto al estado civil de los participantes, el 21,0% están solteros, el 69,4% casados, el 8,9% separados o divorciados, y el 0,7% viudos. El 44,1% de los sanitarios trabajaban en centros geriátricos y el 55,9% en hospitales.

Instrumentos

La información sociodemográfica y la relativa al ámbito laboral se obtuvo mediante la administración de un cuadernillo. Las variables registradas fueron: edad (en cuatro 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 personas mayores vs. no atienden a personas mayores).

Se administró también el cuestionario Maslach Burnout Inventory (MBI)¹ en su adaptación a la población española¹⁹. El MBI es un instrumento que evalúa los sentimientos y pensamiento en relación a su interacción con el trabajo. Este instrumento consta de 22 ítems con formato de respuesta tipo Likert donde se valoran las tres dimensiones propuestas por las autoras sobre el constructo Burnout: cansancio emocional (CE, 9 ítems), despersonalización (D, 5 ítems) y realización personal en el trabajo (RP, 8 ítems). En la versión original se obtuvo un valor alfa de Cronbach para la dimensión CE de 0,89, para el D de 0,77 y el de RP de 0,74 y en la versión adaptada, un valor alfa de Cronbach para la dimensión CE de 0,90, para el D de 0,79 y el de RP de 0,71.

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 de inducción de

la fiabilidad tiene cierta validez siempre que se confirme que la muestra objeto de estudio es similar en composición y variabilidad a la de referencia²².

La muestra utilizada en la adaptación de Seisdedos era de 1138 participantes pertenecientes a distintos colectivos profesionales (por ejemplo, policías o docentes), donde sólo se incluían 156 profesionales del ámbito sanitario (médicos). La presente investigación está compuesta exclusivamente por profesiones sanitarios, más concretamente, 41 médicos, 164 enfermeros y 230 auxiliares de enfermería; por ello, se considera necesario evaluar en ella 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 hipótesis²³.

Otro aspecto psicométrico importante para garantizar una interpretación correcta de los resultados es la validez del cuestionario. En relación al MBI, hay estudios que confirman la tres dimensiones encontradas por Maslach y Jackson^{24,25,26,27,28,29}, aunque en otras investigaciones se han obtenido resultados diferentes, por ejemplo, dos dimensiones^{30,31} cuatro dimensiones^{32,33,34,35,36} e incluso cinco o más dimensiones^{37,38}. Por todo ello, se cree conveniente realizar un Análisis Factorial Confirmatorio en el presente estudio.

Procedimiento

Se utilizó un diseño ex post facto. Se contactó con los hospitales y las Residencias Geriátricas de la provincia de Granada. Primero, los centros autorizaron 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 (cansancio emocional, despersonalización y realización personal).

Se utiliza el estadístico t-Student para realizar los contrastes de hipótesis sobre dos medias independientes y análisis de varianza (ANOVA) cuando hay tres niveles o más de comparación. Se aplicó la prueba de Tukey para realizar las comparaciones a posteriori.

Estos análisis se realizaron con el paquete estadístico SPSS 19.0. El Análisis Factorial Confirmatorio se llevó a cabo mediante el programa AMOS 16.0.

Las características de los datos recogidos permiten realizar la estimación bayesiana, con distribución inicial no informativa, de la prevalencia en cada una de las dimensiones del Burnout (cansancio emocional, despersonalización y realización personal); dichas estimaciones se realizan con el programa WinBugs^{39,40,41,42}.

RESULTADOS

Análisis de la validez y fiabilidad del cuestionario

Se somete a prueba, mediante Análisis Factorial Confirmatorio, la estructura en tres dimensiones propuesta por Maslach y Jackson (1981). La representación gráfica de dicha estructura factorial se encuentra en la Figura 1.

Se utiliza como índice de ajuste del modelo el índice de bondad de ajuste (GFI), en el que se consideran los valores superiores a .90 indicadores de buen ajuste^{43,44}, y el error cuadrático medio de aproximación (RMSEA), en el que los valores de hasta .08 son indicativos de un ajuste razonable⁴⁵. También se informa del intervalo confidencial del RMSEA a un nivel de confianza del 90% (se considera un buen ajuste si el extremo inferior de dicho intervalo es inferior a .05 y el superior no excede de .1). Se obtiene la raíz cuadrada de la media de los residuales estandarizados (SRMR), cuyos valores deben estar por debajo de .08. La comparación del modelo nulo y el propuesto por las autoras del MBI se realiza con el CFI, índice incremental que debe ser superior a .90 según Bentler⁴⁶. Por último, se utiliza el estadístico propuesto por Hoelter⁴⁷, que se centra en el estudio de la adecuación de la muestra, y en el que se deben obtener valores superiores a 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 resulta adecuada y se obtienen los coeficientes alfa de Cronbach .883 para la dimensión “Cansancio Emocional”, .773 en la dimensión asociada a la “Realización Personal” y .575 en la dimensión “Despersonalización”. Se obtienen 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 utiliza el modelo de Golembiewski y Munzenrider¹³ para clasificar a los profesionales que participan en la investigación, a partir de las puntuaciones que obtuvieron en cada una de las tres dimensiones del Burnout, según el MBI. En la tabla 2 se incluyen las fases consideradas por el modelo y el porcentaje de profesionales que se encuentran en cada una de las fases.

El modelo establece que los profesionales que se encuentran en fase 6 o superior, tienen niveles altos de Burnout. A partir de la información recogida, se estima que la prevalencia de Burnout, relativa sólo a valores altos, es del 25.80% obteniéndose un intervalo de estimación para dicho valor entre el 21.79% y el 30.02%. Si se utiliza sólo la submuestra de enfermeros, la prevalencia de Burnout se estima en el 32.2%, con intervalo de estimación 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 es del 22.66%, con intervalo asociado de extremos 17.19% y 28.64%.

Identificación de grupos de riesgo según las variables socio-demográficas consideradas en el estudio

Se encuentran diferencias estadísticamente significativas en “Cansancio Emocional” en diferentes grupos de la variable “Edad” ($F_{3, 426}=3.618$; $p=.013$). Se categoriza dicha variable por sus cuartiles, de forma que se consideran cuatro grupos diferenciados de la misma. Existen diferencias estadísticamente significativas ($p=.018$) entre los grupos de menor y mayor edad considerados.

No existen diferencias significativas en las variables “Género” y “Estado Civil” en ninguna de las dimensiones del Burnout.

Existen diferencias estadísticamente significativas en los niveles de Burnout entre los grupos de la variable “Categoría Profesional” ($F_{3,428}=2.375$; $p= .008$). Más concretamente, se encuentran diferencias significativas en la dimensión “Cansancio Emocional”, entre enfermeros y médicos ($p=.025$), así como entre enfermeros y auxiliares de enfermería ($p=.032$). En ambos casos, los enfermeros presentan un nivel más alto de cansancio emocional.

Existen diferencias significativas en algunas de las dimensiones del Burnout entre grupos con diferente “Tipo de Dedicación”. Más concretamente, se obtienen diferencias en “cansancio Emocional” ($t_{430}= -2,082$; $p=.038$) y en la dimensión “Realización Personal” ($t_{433}= -2.256$; $p=.025$). Los profesionales que atienden a personas mayores presentan menor cansancio emocional y menor realización personal.

DISCUSION

En este trabajo se presenta 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 en las que las muestras correspondientes tengan tamaños superiores.

Los análisis de fiabilidad, validez y estructura realizados, indican que el cuestionario de Burnout MBI, mantiene, en la muestra utilizada, las características psicométricas informadas por las autoras de la prueba original. De este modo, y en la línea de solución apuntada por diversas investigaciones meta analíticas^{17,18}, se entiende que se dan las circunstancias que avalan su uso y se evitan los problemas de heterogeneidad de resultados en los aspectos psicométricos, que diversas investigaciones han puesto de manifiesto en relación con este cuestionario.

En relación con la estimación de la prevalencia de altos valores del síndrome, el análisis realizado lleva a cifras preocupantes. Se obtienen regiones de estimación que se encuentran alrededor de los valores, 25,8%, 32,2% y 22,66%, respectivamente, para los tres tipos de profesionales sanitarios considerados, siendo el personal de enfermería los que, aparentemente, parecen estar más afectados por el problema.

Respecto al análisis de los factores de riesgo relacionados con el desarrollo del síndrome de Burnout, se obtienen resultados que ratifican lo encontrado en otras investigaciones^{48,49}. 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 cansancio emocional.

Las relaciones entre profesionales a veces son complicadas, tanto por el tipo de funciones como por el grado de responsabilidad y ello puede generar conflictos⁴⁸. El personal de enfermería está cansado emocionalmente por el tipo de turno, la sobrecarga de trabajo y el contacto continuado con el paciente^{49,50,51} y los médicos por la responsabilidad y la sobrecarga de trabajo, dándose esto, incluso desde su periodo de formación como residentes^{51,52}. De acuerdo con Peisah, Latif, Wilhelm et al (2009), los médicos de más edad sufren menos cansancio emocional gracias a su experiencia, lo que aparece reflejado en este trabajo⁵³.

No se encuentran diferencias en los niveles de Burnout entre hombres y mujeres, así como en diferentes grupos profesionales, en ninguna de las dimensiones del síndrome. Si se repara en el grupo más numeroso de profesionales participantes en esta investigación, el colectivo de enfermeros, se quiere hacer notar que, aunque empieza a hacerse más pequeña la diferencia entre el número de hombres y el de mujeres que eligen dicha profesión en España, la realidad es que, aunque menor, 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 los factores, género y categoría profesional, 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 insuficiente en algunos de los grupos considerados, es el que enmascara la existencia de diferencias en este sentido, a diferencia de los resultados encontrados en otros trabajos⁵⁴.

Por último se ha analizado el nivel de Burnout dentro del grupo profesional más numeroso en nuestra muestra, el grupo de enfermeros, distinguiendo en el tipo de actividad que realizan en su trabajo. Se ha considerado como elemento diferencial entre los dos grupos considerados, el hecho, o no, de atender habitualmente en su trabajo a ancianos. Los

resultados nos muestran que los enfermeros que atienden a personas mayores están menos cansados y, sin embargo, más realizados que en los centros de atención a mayores.

Los enfermeros que trabajan en los geriátricos están vocacionalmente más motivados⁵⁵, sin embargo y teniendo en cuenta que el tipo de trabajo de un centro geriátrico de larga estancia favorece un entorno más estresante⁵⁰, no es raro que se sientan menos realizados en el ámbito laboral. El hecho de cuidar a los ancianos, a veces, en condiciones precarias, puede derivar en un agotamiento emocional considerable⁵⁶, que se puede ver incrementado por factores extrínsecos de diversa índole, por ejemplo, entrar en conflicto con familiares de los ancianos⁵⁷ e incluso con otros profesionales enfermeros^{49,54,58}. A pesar de que el personal que atiende a personas 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 agotamiento emocional⁴⁸.

Aunque en algunas investigaciones se destaca el hecho de un perfil de personalidad diferente por parte de los profesionales sanitarios que eligen desarrollar su profesión en el cuidado a personas mayores; más concretamente, se habla, entre otras características, de altos niveles de sociabilidad y desarrollo profesional y bajos en neuroticismo⁵⁰, parece claro que proporcionar atención continua a personas mayores tiende a provocar altos niveles de fatiga, que pueden influir negativamente en el día a día del cuidador, e indudablemente, también, en la calidad del cuidado^{59,60}. A partir de los resultados que se obtienen en este trabajo, consideramos de gran interés estudiar de forma diferenciada este grupo de profesionales, que tienen, cada vez más, una importante y difícil tarea, la de tratar con nuestros mayores.

AGRADECIMIENTOS

A todos los empleados del SATSE Granada, por su colaboración en el suministro de la información que condujo a este trabajo.

BIBLIOGRAFIA

1. Maslach C, Jackson SE. The measurement of experienced burnout. *J Occup Psychol.* 1981; 2: 99-13.
2. Maslach C, Jackson SE. *The Maslach Burnout Inventory.* 3rd edn. Palo Alto, California: Consulting Psychologist Press; 1996.
3. Maslach C, Schaufeli W, Leiter MP. Job burnout. *Annu Rev Psychol.* 2001; 52: 397-422.
4. Freudenberg HJ. Staff Burn-out. *J Soc Issues.* 1974; 30: 159-65.
5. Lozano LM, Cañadas GA, Martín M, Pedrosa I, Cañadas GR, Suárez J, et al. *Aula Abierta.* 2008; 36 (1,2): 79-88.
6. Ortega C, López Ríos F. El burnout o síndrome de estar quemado en los profesionales sanitarios: revisión y perspectivas. *Int J Clin Health Psychol.* 2004; 4 (1): 137-60.
7. Albaladejo R, Villanueva R, Ortega P, Astasio P, Calle ME, Domínguez V. Síndrome de Burnout en el personal de Enfermería de un Hospital de Madrid. *Rev Esp Salud Publica.* 2004; 78 (4): 505-16.
8. Belloch SL, Renovell V, Calabuig JR, Gómez L. Síndrome de agotamiento profesional en médicos residentes de especialidades médicas hospitalarias. *An Med Interna.* 2000; 17: 118-22
9. Caballero MA, Bermejo F, Nieto R, Caballero F. Prevalencia y factores asociados al burnout en un área de salud. *Aten Primaria.* 2001; 27: 313-7.
10. Luecken L, Edward C. Stress in employed women: impact of marital status and children at home on neurohormone output and home strain. *Psychosomat Med.* 1997; 59: 352-9.
11. Dyrbye Liselotte N, Shanafelt Tait D, Balch Charles M, Satele D, Freischlag J. Physicians Married or Partnered to Physicians: A Comparative Study in the American College of Surgeons. *J Am Coll Surg.* 2010; 211 (5): 663-71.
12. Gil-Monte PR, Peiró J. *Desgaste psíquico en el trabajo: el síndrome de quemarse.* Madrid: Síntesis; 1997
13. Golembiewski RT, Munzenrider R, Carter D. Phases of progressive burnout and their work-site covariants. *J Appl Behav Sci.* 1983; 13: 461-82.
14. Leiter M. *Burnout as a developmental process: Consideration of models.* En W. Schaufeli, C. Maslach C, Merck T. (Eds). Professional burnout: Recent developments in theory and research (pp. 237-250). Hemisphere. Washington DC; 1993.

15. Lee RT, Ashforth BE. A longitudinal study of burnout among supervisors and managers: Comparisons between the Leiter and Maslach (1988) and Golembiewski et al (1986) models. *Organ Behav Hum Dec.* 1993; 54: 369-98.
16. Golembiewski RT, Munzerider RF, Stevenson JG. *Stress in Organizations. Toward a Phase Model of Burnout.* New York: Praeger; 1986.
17. Aguayo R, Vargas C, De la Fuente EI, Lozano LM. A meta-analytic reliability generalization study of the Maslach Burnout Inventory. *Int J Clin Health Psychol.* 2011; 11 (2): 343-61.
18. Worley JA, Vassar M, Wheeler DL, Barnes LLB. Factor structure of scores from the Maslach Burnout Inventory: A review and meta-analysis of 45 exploratory and confirmatory factor-analytic studies. *Educ Psychol Meas.* 2008; 68: 797-823.
19. Cardona-Arias J. Calidad de vida relacionada con la salud en personas con VIH/SIDA: Comparación del MOSSF-36, WHOQOL-BREF y WHOQOL-HIV-BREF, Medellín, Colombia, 2009. *Colomb Med.* 2011; 42 (4): 438-47.
20. Córdoba L, Tamayo JA, González MA, Martínez MI, Rosales A, Helena S. Adaptation and validation of the Maslach Burnout Inventory-Human Services Survey in Cali, Colombia. *Colomb Med.* 2011; 42 (3): 286-93.
21. Seisdedos N. *MBI. Inventario "Burnout" de Maslach: manual.* Madrid: TEA; 1997.
22. Vacha-Haase T, Kogan LR, Thompson B. Sample compositions and variabilities in published studies versus those in test manuals: Validity of score reliability inductions. *Educ Psychol Meas.* 2000; 60: 509-22.
23. Wilkinson L. APA Task Force on Statistical Inference. Statistical methods in psychology journal: Guidelines and explanations. *Am Psychol.* 1999; 54: 594-604.
24. Kokkinos CM. Factor structure and psychometric properties of the Maslach Burnout Inventory- Educators Survey among elementary and secondary school teachers in Cyprus. *Stress Health.* 2006, 22, 25-33.
25. Langballe EM, Falkum E, Innstrand ST, Aasland OG. The factorial validity of the Maslach Burnout Inventory- General Survey in representative samples of eight different occupational groups. *J Career Assessment.* 2006; 14: 370-84.
26. Manso-Pinto JF. Estructura factorial del Maslach Burnout Inventory- version Human Services Survey- en Chile. *Rev Interam Psicol.* 2006; 40: 115-8.

27. Meda RM, Moreno B, Rodríguez A, Morante E, Ortiz GR. Análisis factorial confirmatorio del MBI-HSS en una muestra de psicólogos mexicanos. *Psicol Salud*. 2008; 18: 107-16.
28. Oh S-H, Lee M. Examining the psychometric properties of the Maslach Burnout Inventory with a sample of child protective service workers in Korea. *Children and Youth Services Review*. 2009, 31, 206-210.
29. Poghosyan L, Aiken LH, Sloane DM. Factor structure of the Maslach Burnout Inventory: An analysis of data from large scale cross-sectional surveys of nurses from eight countries. *Int J Nurs Stud*. 2009; 46 (7): 894–902.
30. Kalliath TJ, O'Driscoll MP, Gillespie DF, Bluedorn AC. A test of the Maslach Burnout Inventory in three samples of healthcare professionals. *Work Stress*. 2000; 14: 35-50.
31. Kim H, Ji J. Factor structure and longitudinal invariance of the Maslach Burnout Inventory. *Res Social Work Prac*. 2009; 19: 325-39.
32. Densten IL. Re-thinking burnout. *J Organ Behav*. 2001; 22: 833–47.
33. Green DE, Walkey FH. A confirmation of the three-factor structure of the Maslach Burnout Inventory. *Educ Psychol Meas*. 1988; 48: 579-85.
34. Iwanicki EF, Schwab RL. A cross validation study of the Maslach Burnout Inventory. *Educ Psychol Meas*. 1981; 41: 1167-74.
35. Kanste O, Miettunen J, Kyngäs H. Factor structure of the Maslach Burnout Inventory among Finnish nursing staff. *Nurs Health Sci*. 2006; 8: 201-7.
36. Powers S, Gose KF. Reliability and construct validity of the Maslach Burnout Inventory in a sample of university students. *Educ Psychol Meas*. 1986; 46: 251-5.
37. García M, Llor B, Sáez C. Estudio comparativo de dos medidas de burnout en personal sanitario. *An Psiquiatr*. 1994; 10: 180-4.
38. García JM, Herrero S, León JL. Validez factorial del Maslach Burnout Inventory (MBI) en una muestra de trabajadores del Hospital Psiquiátrico Penitenciario de Sevilla. *Apun Psicol*. 2007; 25: 157-74.
39. Spiegelhalter D, Thomas A, Best N, Gilks W. *BUGS: Bayesian inference using Gibbs sampling*. Cambridge: Available from MRC Biostatistics Unit; 1994.
40. Spiegelhalter D, Thomas A, Best N, Gilks W. *BUGS: Examples*. Cambridge: Available from MRC Biostatistics Unit; 1994.

41. Spiegelhalter D, Thomas A, Best N, Lunn D (2002). WINBUGS User Manual, Version 1.4. Disponible en www.mrc-bsu.cam.ac.uk/bugs.
42. Ntzoufras I. *Bayesian modeling using WinBUGS*. New Jersey: Wiley & Sons; 2009.
43. Bollen KA, Long JS. *Testing structural equation models*. Newbury Park, CA: Sage; 1993.
44. Byrne BM. *Structural equation modeling with AMOS: basic concepts, applications and programming*. New York: Taylor & Francis Group; 2000.
45. Kline RB. *Principles and practice of structural equation modeling*. New York: Guilford Press; 2005.
46. Bentler PM. Fit indexes, Lagrange multipliers, constraint changes and incomplete data in structural models. *Multivar Behav Res*. 1990; 25: 163-72.
47. Hoelter JW. Factorial Invariance and Self-Esteem: Reassessing Race and Sex Differences. *Social Force*. 1983; 61 (3): 835-46.
48. Kanai-Pak M, Aiken LH, Sloane DM, Poghosyan L. Poor work environments and nurse inexperience are associated with burnout, job dissatisfaction and quality deficits in Japanese hospitals. *J Clin Nurs*. 2008; 17 (24): 3324-9.
49. Lin F, St. John W, McVeigh C. Burnout among hospital nurses in China. *J Nurs Manag*. 2009; 17 (3 Sp.): 294-301.
50. Gandoy-Crego M, Clemente M, Mayán-Santos JM, Espinosa P. Personal determinants of burnout in nursing staff at geriatric centers. *Arch Gerontol Geriatr*. 2009; 48 (2): 246-9.
51. Pereda-Torales L, Celedonio FGM, Vásquez MTH, Yáñez Zamora MI. Burnout syndrome in medical practitioners and paramedic personal. *Salud Ment*. 2009; 32 (5): 399-404.
52. Msaouel P, Keramaris NC, Tasoulis A, Kolokythas D, Syrmos N, Pararas N, et al. Burnout and training satisfaction of medical residents in Greece: will the European Work Time Directive make a difference?. *Hum Resour Health*. 2010; 8: 16.
53. Peisah C, Latif E, Wilhelm K, Williams B. Secrets to psychological success: why older doctors might have lower psychological distress and burnout than younger doctors. *Aging Men Health*. 2009; 13 (2): 300-7.
54. Hsu Y, Chen SH, Yu HY, Lou JH. Job stress, achievement motivation and occupational burnout among male nurses. *J Adv Nurs*. 2010; 66 (7): 1592–1601.

55. De Guzman AB, Ching MID, Chiong EML, Chua CC, Chua JEP, Dumalasa MC. At the End of the Rainbow, is there Always a Pot of Gold?: Understanding the Labor and Fervor of Filipino Geriatric Nurses. *Educ Gerontol.* 2009; 35 (12): 1057-75.
56. Jenull B, Brunner E, Ofner M, Mary M. Burnout and Coping in long term care units. A regional comparison in registered nurses. *Pflege.* 2008; 21 (1): 16-24.
57. Abrahamson K, Sutor JJ, Pillemer K. Conflict Between Nursing Home Staff and Residents' Families Does It Increase Burnout?. *J Aging Health.* 2009; 21 (6): 895-912.
58. Ejaz FK, Noelker LS, Menne HL, Bagaka JG. The impact of stress and support on direct care worker's job satisfaction. *Gerontologist.* 2008; 48: 60-70.
59. Weman K, Fagerber I. Registered nurses working together with family members of older people, *J Clin Nurs.* 2006; 15: 281-289.
60. Van Bogaert P, Meulemans H, Clarke S, Vermeyen P, Van de Heyning P. Hospital nurse practice environment, burnout, job outcomes and quality of care: test of a structural equation model. *J Adv Nurs.* 2009; 66 (7): 2175-85.

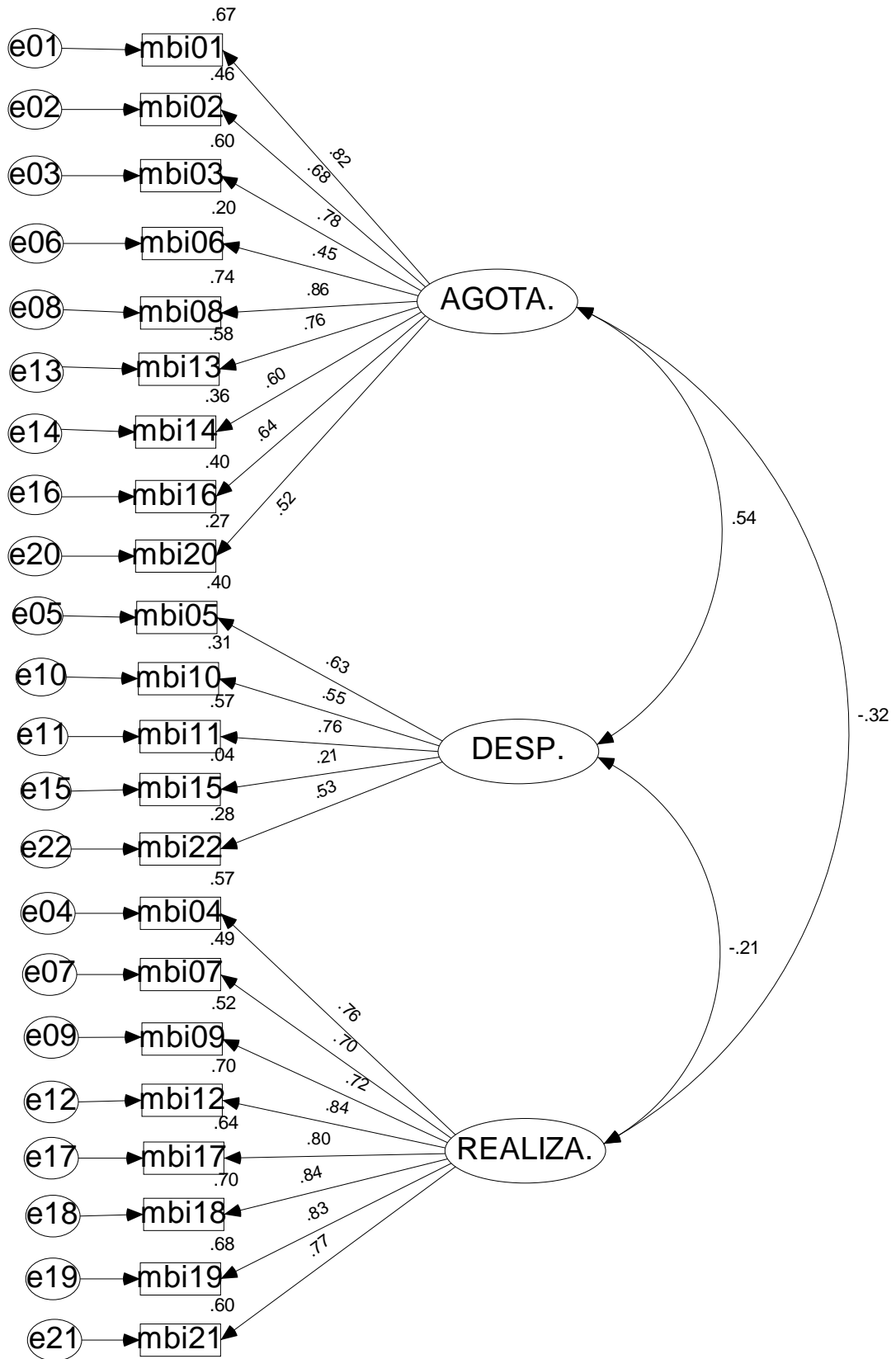


Figura 1: Análisis Factorial Confirmatorio del MBI.

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

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
Desp.	B	A	B	A	B	A	B	A
R.P.(rev)	B	B	A	A	B	B	A	A
C.E.	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				
R.P.(rev)	B	A	B	A				
C.E	B	B	A	A				
n(%)	99(29.3%)	63(18.6%)	61(18.1%)	111(32.9%)				

Desp. Despersonalización; R.P. Realización Personal; C.E. Cansancio Emocional;

A. Alto; B. Bajo