



---

**Universidad de Valladolid**

**Escuela Universitaria  
de Fisioterapia**

**Campus de Soria**

**ESCUELA UNIVERSITARIA DE FISIOTERAPIA**

Grado en Fisioterapia

**TRABAJO FIN DE GRADO**

**SÍNDROME DE BURNOUT EN  
FISIOTERAPEUTAS:  
REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA**

Presentado por: **SANDRA LÓPEZ GONZÁLEZ**

Tutelado por: **FRANCISCO J. NAVAS CÁMARA**

Soria, 1 de Julio de 2014

# ÍNDICE

<b>RESUMEN.....</b>	<b>1</b>
<b>1. INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>2</b>
<b>1.1. Síndrome de burnout.....</b>	<b>2</b>
1.1.1. Definición.....	2
1.1.2. Prevalencia.....	3
1.1.3. Modelos sobre el desarrollo del síndrome de burnout.....	3
1.1.3.1. Modelo tridimensional del MBI-HSS.....	3
1.1.3.2. Modelo de Edelwich y Brodsky.....	4
1.1.3.3. Modelo de Price y Murphy.....	5
1.1.4. Síntomas y consecuencias.....	5
1.1.5. Diagnóstico y evaluación.....	8
1.1.5.1. Evaluación cuantitativa.....	9
1.1.5.2. Evaluación cualitativa.....	11
1.1.6. Prevención y técnicas de intervención.....	11
<b>1.2. Justificación.....</b>	<b>12</b>
<b>1.3. Objetivos.....</b>	<b>12</b>
1.3.1. Objetivo general.....	12
1.3.2. Objetivos específicos.....	12
<b>2. METODOLOGÍA.....</b>	<b>13</b>
<b>3. RESULTADOS.....</b>	<b>14</b>
<b>4. DISCUSIÓN.....</b>	<b>17</b>
<b>4.1. Prevalencia del síndrome de burnout y de sus dimensiones.....</b>	<b>18</b>
<b>4.2. Variables sociodemográficas y laborales relacionadas con el         síndrome de burnout.....</b>	<b>19</b>
<b>4.3. Fuentes de estrés que favorecen la aparición del síndrome de         burnout.....</b>	<b>22</b>
<b>4.4. Recursos de afrontamiento y técnicas de intervención en el         síndrome de burnout.....</b>	<b>23</b>

4.5.El síndrome de burnout en los diferentes profesionales sanitarios.....	25
4.6.Limitaciones del trabajo.....	26
5. CONCLUSIONES.....	28
6. BIBLIOGRAFÍA.....	29
7. ANEXOS.....	33
Anexo I: Maslach Burnout Inventory (MBI).....	33
Anexo II: Otros métodos de evaluación psicométrica del SQT.....	34

## ÍNDICE DE TABLAS Y FIGURAS

<b>Tabla 1.</b> Principales síntomas psicológicos del SQT obtenidos por Gil-Monte.....	7
<b>Tabla 2.</b> Valoración del grado de burnout según la puntuación obtenida en las tres dimensiones.....	10
<b>Tabla 3.</b> Resultados de la búsqueda en las diferentes bases de datos.....	15
<b>Tabla 4.</b> Artículos seleccionados en la búsqueda bibliográfica.....	16
<b>Figura 1.</b> Modelo de Gil-Monte (1994) para explicar el desarrollo del SQT según el MBI-HSS.....	4
<b>Figura 2.</b> Relación entre los síntomas y las consecuencias del SQT en el proceso de estrés laboral crónico.....	8

## RESUMEN

El síndrome de burnout se presenta en trabajadores con situaciones psicosociales perjudiciales y se conoce como "*síndrome de estar quemado por el trabajo*". Los profesionales sanitarios son los más afectados por esta patología que se caracteriza por tres dimensiones: agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal.

**Justificación.** Es evidente que el fisioterapeuta desempeña una profesión de cara al público con alta presión asistencial que ha sufrido en los últimos años un incremento de las enfermedades estresantes, como el SQT en el trabajo, pero sobre el que existen pocos estudios. La revisión bibliográfica ayudará a conocer la situación actual para intentar solucionar los posibles problemas derivados.

**Objetivo.** Realizar mediante una revisión bibliográfica una exploración de la evidencia científica existente sobre el burnout en fisioterapeutas, con el fin de conocerlo en mayor profundidad.

**Metodología.** La búsqueda se realizó en las siguientes bases de datos: PubMed, PEDro, Cochrane Plus, WorldCat y NARIC. Las palabras clave empleadas fueron: *burnout*, *professional (burnout, profesional)*, *burnout syndrome (síndrome de burnout)*, *physiotherapy*, *physical therapy*, *physical therapy specialty (fisioterapia)* y *physiotherapists (fisioterapeutas)*.

**Resultados.** Se han encontrado 22 documentos de los cuales 15 estaban duplicados, quedando como resultado 7 artículos válidos. Otras publicaciones de la bibliografía se localizaron a partir de los resultados de la revisión o de algunos libros.

**Conclusiones.** Podemos concluir señalando que el perfil característico del fisioterapeuta con mayor riesgo de sufrir burnout es un profesional mayor de 45 años, con más de 20 años de antigüedad, sin pareja, que trabaja durante 7 o más horas al día y con una presión asistencial elevada.

# 1. INTRODUCCIÓN

## 1.1. SÍNDROME DE BURNOUT

### 1.1.1. Definición

El síndrome de burnout es una patología que se presenta en individuos con situaciones psicosociales perjudiciales en su ámbito laboral y puede provocar consecuencias en la salud de las personas y en la propia organización. Este síndrome se conoce como "*síndrome de estar quemado por el trabajo*" o SQT (Fidalgo, 2000a).

La definición de "*burnout*" fue empleada por primera vez por el psicólogo clínico Herbert Freudenberger (1974) que explica el síndrome como "*una sensación de fracaso y una experiencia agotadora que resulta de una sobrecarga por exigencias de energía, recursos personales o fuerza espiritual del trabajador*".

Más tarde, Maslach y Jackson (1981) definen el burnout como un síndrome que consta de tres dimensiones: "*cansancio emocional, despersonalización y baja realización personal, que puede ocurrir entre individuos que trabajan con personas*". Estas tres dimensiones se caracterizan por las circunstancias que se describen a continuación (Maslach y Jackson, 1996):

- Cansancio o agotamiento emocional: situación en la que los trabajadores experimentan una pérdida de los recursos emocionales propios y de las energías vitales.
- Despersonalización: desarrollo de sentimientos negativos y actitudes de cinismo hacia las personas beneficiarias del trabajo.
- Baja realización personal: tendencia a evaluar negativamente el propio trabajo, tanto las habilidades para realizar las tareas como la manera de relacionarse con las personas a las que se atiende.

Pines y Aronson (1988) ofrecen una definición más extensa y manifiestan que el SQT puede aparecer en cualquier tipo de profesión y no exclusivamente en trabajos de ayuda: *"Es el estado de agotamiento mental, físico y emocional, producido por la involucración crónica en el trabajo en situaciones con demandas emocionales"*.

### **1.1.2. Prevalencia**

La prevalencia del síndrome de burnout en los profesionales sanitarios en España es del 14,9% (Grau et al., 2009).

No se han encontrado datos que informen sobre la prevalencia en fisioterapeutas españoles.

### **1.1.3. Modelos sobre el desarrollo del síndrome de burnout**

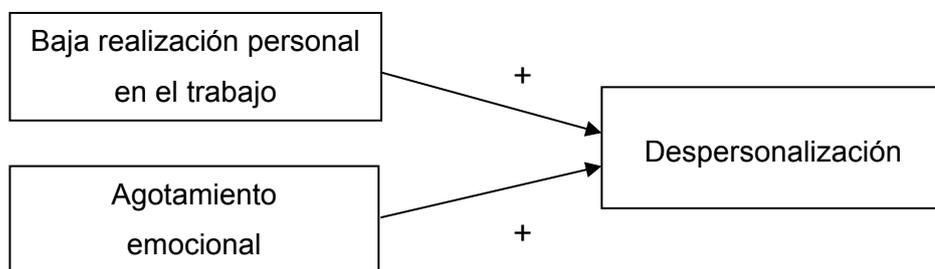
Existen diferentes teorías sobre el proceso de desarrollo del SQT, en función de su progreso en el tiempo y la correlación existente entre los distintos síntomas (Gil-Monte, 2005).

#### **1.1.3.1. Modelo tridimensional de Maslach Burnout Inventory-Human Services Survey (MBI-HSS)**

El MBI-HSS evalúa las tres dimensiones del SQT, diferenciando síntomas cognitivos (realización personal), emocionales (agotamiento emocional) y actitudinales (despersonalización). Existen discrepancias entre algunos autores sobre el orden de presentación de estos síntomas (Gil-Monte, 2005):

- Según Maslach (1982) el orden sería: agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal.
- Golembiewski y Munzenrider (1988) señalan que el SQT evoluciona de la siguiente manera: despersonalización, baja realización personal y agotamiento emocional.

- Leiter (1993) plantea un modelo en el que el agotamiento emocional aparece antes de la despersonalización, pero la realización personal no se relaciona con las otras dos dimensiones.
- Lee y Ashforth (1993) proponen un modelo en el que el SQT evoluciona desde el agotamiento emocional a la despersonalización y a la vez desde el agotamiento emocional a la baja realización personal.
- Por último, Gil-Monte (1994) describe su inicio como una baja realización personal y a la vez un alto agotamiento emocional. La despersonalización sería una técnica de afrontamiento ante la presencia de los síntomas anteriores.



**FIGURA 1.** Modelo de Gil-Monte (1994) para explicar el desarrollo del SQT según el MBI-HSS (modificada de Gil-Monte, 2005).

#### 1.1.3.2. Modelo de Edelwich y Brodsky

Estos autores describen cuatro fases que pueden desarrollarse a lo largo del síndrome de burnout. Es posible evitar el progreso del síndrome y revertir la situación si se interviene adecuadamente en cualquiera de estas fases (Edelwich y Brodsky, 1980).

- Entusiasmo: en jóvenes o personas que comienzan nuevos proyectos con altas expectativas y demasiada ilusión. Es importante establecer límites entre lo profesional y lo personal.
- Estancamiento: se pierde la ilusión por el trabajo y aparece la necesidad de cambiar y hacer otras cosas en la vida.
- Frustración: aparece falta de satisfacción profesional y por lo tanto menor implicación en el trabajo. La persona puede padecer problemas emocionales, conductuales e incluso puede intentar suicidarse.

- Apatía: se desarrolla como mecanismo de defensa ante la frustración. En esta fase es imprescindible la intervención para evitar consecuencias drásticas.

#### 1.1.3.3. Modelo de Price y Murphy

Price y Murphy (1984) postulan que el SQT es un modo de adaptación a condiciones de estrés en el trabajo, el cual consta de seis estadios sintomáticos:

- Desorientación: el sujeto se da cuenta de que no logra los objetivos que se le piden y a menudo aparecen sentimientos de decepción y fracaso profesional.
- Labilidad emocional: fase de desequilibrio emocional debido a la ausencia de apoyo social por parte de los compañeros de trabajo.
- Sentimiento de culpa debido al fracaso laboral: el individuo se considera culpable por errores que no puede ni debe controlar.
- Soledad y tristeza: esta etapa se caracteriza por presentar sentimientos de desánimo y aislamiento. Únicamente si sale de esta situación pasará a las siguientes fases.
- Solicitud de ayuda: el apoyo social es imprescindible para superar las circunstancias.
- Restablecimiento del equilibrio: el trabajador vuelve a su estado inicial con el que comenzó la profesión.

#### 1.1.4. Síntomas y consecuencias

Según las investigaciones existen más de 100 síntomas relacionados con el SQT. Cuando estos síntomas se suceden en el tiempo pueden causar daños a nivel afectivo y emocional, cognitivo, actitudinal, conductual y fisiológico, dependiendo de las características personales y de la presión laboral a la que se está sometido (Gil-Monte, 2005).

Paine (1982) encuentra cuarenta y siete síntomas a nivel individual y los divide en 5 categorías:

- Síntomas físicos y cambios funcionales (por ejemplo, digestivos, nerviosos).
- Consumo de sustancias nocivas y presencia de conductas agresivas (por ejemplo, tabaco, alcohol, estupefacientes).
- Alteraciones emocionales (por ejemplo, depresión, miedo, paranoia, agotamiento emocional).
- Perturbación de las relaciones sociales (por ejemplo, aislamiento, frialdad, indiferencia).
- Alteraciones actitudinales y modificación en las creencias y valores personales (por ejemplo, frustración, cinismo).

En la tabla 1 se muestran los síntomas fundamentales del síndrome, siendo los cognitivos, los afectivos y los actitudinales sus principales indicadores (Gil-Monte, 2005).

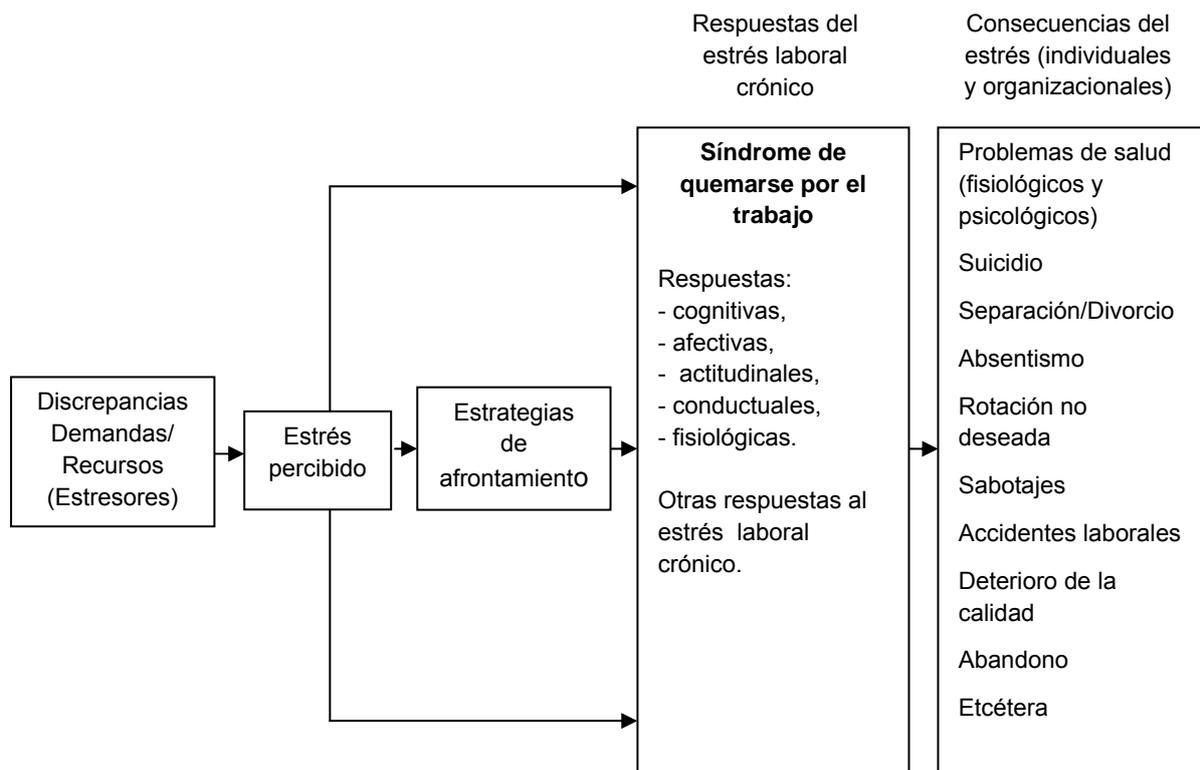
El SQT también cursa con alteraciones relacionadas con el medio laboral como pueden ser (Fidalgo, 2000b):

- Problemas de comunicación entre los trabajadores.
- Pérdida del compromiso y de la motivación.
- Aumento del absentismo
- Disminución del rendimiento y de la eficacia.
- Insatisfacción de los clientes por el trato recibido.

Gil-Monte (2005) establece una diferencia terminológica entre respuestas y consecuencias producidas por el estrés laboral (Figura 2). Dice que las respuestas se producen cuando los síntomas son percibidos por la persona pero sin modificar el ritmo de vida habitual (alteraciones cognitivas, afectivas y actitudinales) y las consecuencias se producen cuando los síntomas modifican el ritmo e incluso entorpecen el desempeño (alteraciones conductuales y fisiológicas).

**TABLA 1.** Principales síntomas psicológicos del SQT obtenidos por Gil-Monte (modificada de Gil-Monte, 2005).

<p style="text-align: center;"><b>SÍNTOMAS COGNITIVOS</b></p>	<p>Sentirse contrariado. Sentir que no valoran tu trabajo. Percibirse incapaz para realizar las tareas. Pensar que no puedes acabar todo. Pensar que trabajas mal. Falta de control. Verlo todo mal. Todo se hace una montaña. Sensación de no mejorar. Inseguridad. Pensar que el trabajo no vale la pena. Pérdida de la autoestima.</p>
<p style="text-align: center;"><b>SÍNTOMAS AFECTIVO- EMOCIONALES</b></p>	<p>Nerviosismo. Irritabilidad y mal humor. Disgusto y enfado. Frustración. Agresividad. Desencanto. Aburrimiento. Agobio. Tristeza y depresión. Desgaste emocional. Angustia. Sentimientos de culpa.</p>
<p style="text-align: center;"><b>SÍNTOMAS ACTITUDINALES</b></p>	<p>Falta de ganas de seguir trabajando. Apatía. Irresponsabilidad. Escaquearse. Pasar de todo. Estar harto. Intolerancia. Impaciencia. Quejarse por todo. Evaluar negativamente a compañeros. Romper con el entorno laboral. Ver al paciente como un enemigo. Frialdad hacia los pacientes. No aguantar a los pacientes. Indiferencia. Culpar a los demás de su situación.</p>
<p style="text-align: center;"><b>OTROS SÍNTOMAS</b></p>	<p><b>CONDUCTUALES</b> Aislamiento. No colaborar. Contestar mal. Enfrentamiento.</p> <p><b>FÍSICOS</b> Cansancio.</p>



**FIGURA 2.** Relación entre los síntomas y las consecuencias del SQT en el proceso de estrés laboral crónico (modificada de Gil-Monte, 2005).

Campanario et al. (2011) sintetizan las consecuencias principales alegando que el burnout “es un problema creciente, inhabilitante y con un coste personal, social y económico muy importante. Los gastos y pérdidas derivados por el coste del estrés son cuantiosos y aumentan cada año. Son numerosos los índices de absentismo, la baja productividad de la empresa, los accidentes profesionales y la escasa motivación en el trabajo”.

### 1.1.5. Diagnóstico y evaluación

Existen multitud de síntomas relacionados con el SQT por lo que puede haber confusión a la hora de hacer el diagnóstico, ya que cuadros de fatiga pasajera o frustración pueden considerarse como un falso burnout (Gil-Monte, 2005).

Para determinar un adecuado diagnóstico es necesario identificar correctamente los síntomas y valorar su periodicidad e intensidad, distinguir otros estados similares y estudiar el origen de los estresores. Todo esto se realiza con los métodos de evaluación que se describen a continuación.

Así, los indicadores que debe presentar un sujeto para poder ser diagnosticado de SQT son los siguientes (Gil-Monte, 2005):

- Síntomas de fatiga, cansancio o agotamiento emocional.
- Síntomas de carácter psicossomático asociados al estrés.
- Los síntomas se asocian a la profesión del sujeto.
- Los síntomas se muestran en individuos sin antecedentes psicopatológicos que lo evidencien.
- Se afectan el desempeño y la eficacia en la actividad laboral.

Según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV) (APA, 1995) el síndrome de burnout puede categorizarse como un «Trastorno adaptativo no especificado, crónico», código [309.9] (F 43.9), que aparece como consecuencia de un estresor psicossocial capaz de identificarse y en el que los síntomas deben estar presentes durante los tres meses consecuentes al origen del estresor. Según la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10, 1992) también puede incluirse en la categoría «Problema laboral», código [V 62.2] (Z 56.7) (Gil-Monte, 2005).

#### 1.1.5.1. Evaluación cuantitativa

La evaluación cuantitativa consiste en el empleo de pruebas psicométricas para estimar el grado de afectación del trabajador y las causas que hacen posible la evolución del síndrome (Fidalgo, 2000b).

El método más utilizado para evaluar el burnout de manera cuantitativa es el cuestionario Maslach Burnout Inventory (MBI), que fue publicado por Maslach y Jackson en 1981 (Maslach y Jackson, 1981; Moreno-Jiménez, 2007).

Este instrumento de medida se centra únicamente en el análisis de trabajadores de apoyo, principalmente del ámbito sanitario, por lo que su utilización en otro tipo de profesionales producía respuestas anormales. (Maslach y Jackson, 1981).

En un principio, el test estaba formado por 25 ítems basados en cuatro sub-escalas. Sin embargo, actualmente lo conforman 22 ítems que valoran las tres características elementales del síndrome: 9 ítems para el agotamiento emocional, 5 para la despersonalización y 8 para la realización personal. (Maslach y Jackson, 1986; Moreno-Jiménez, 2007).

Las preguntas se valoran según una escala de Likert de 7 grados: «Nunca» (valor 0), «pocas veces al año o menos» (valor 1), «una vez al mes o menos» (valor 2), «unas pocas veces al mes» (valor 3), «una vez a la semana» (valor 4), «pocas veces a la semana» (valor 5) y «todos los días» (valor 6) (anexo I). La puntuación del cuestionario no es global, sino que se divide por sub-escalas. Como se muestra en la tabla 2, los resultados altos en las dos primeras sub-escalas, y bajos en la tercera sub-escala reflejan un síndrome de burnout elevado (Ortega et al., 2011).

**TABLA 2.** Valoración del grado de burnout según la puntuación obtenida en las tres dimensiones (modificada de Ortega et al., 2011).

	Cansancio emocional	Despersonalización	Realización personal
Bajo	<19	<6	>40
Medio	19-26	6-9	34-39
Alto	≥27	>9	≤33

El cuestionario posee una fiabilidad entre 60% y 80% (Jackson et al., 1986).

Diez años más tarde, se crea el Maslach Burnout Inventory-General Survey (MBI-GS) con el que se puede evaluar a todo tipo de profesionales y no solo a los de trabajos humanitarios, pasando el MBI a conocerse con el nombre de MBI-HSS (Maslach et al., 1996).

A partir de los métodos de evaluación psicométrica originales se han derivado numerosos cuestionarios que pueden encontrarse en la obra de Gil-Monte et al. (2007) y que aparecen citados en el anexo II.

#### 1.1.5.2. Evaluación cualitativa

El estudio cualitativo se obtiene a través de entrevistas diagnósticas en las que se realiza un análisis clínico con el fin de adquirir información que después se cuantificará mediante pruebas psicométricas. A pesar de su validez este tipo de exámenes prácticamente no se utilizan, ya que requiere mayor implicación por parte de los evaluadores que el método cuantitativo (Moreno-Jiménez, 2007).

#### 1.1.6. Prevención y técnicas de intervención

Los factores que determinan la etiología del síndrome de burnout son fundamentalmente dos: el ambiente laboral y las condiciones de trabajo. Por consiguiente, la clave para llevar a cabo una prevención eficaz será modificar dichos factores, especialmente las situaciones psicosociales perjudiciales para el trabajador.

Otro elemento necesario en la prevención del SQT es la formación del profesional para alcanzar un correcto ajuste individuo-puesto de trabajo.

Las estrategias de intervención actúan en tres niveles (Gil-Monte, 2005):

- El nivel organizacional aplica cambios sobre la forma de organizar el trabajo en la empresa (fija de forma clara los objetivos y la autoridad, mejora la comunicación de la empresa, mejora las condiciones laborales, optimiza la supervisión, revisa las metas...).
- El nivel interpersonal promueve el trabajo en equipo y las relaciones sociales entre los trabajadores (desarrollo de habilidades interpersonales, apoyo social dentro de la empresa, liderazgo...).
- El nivel individual ofrece estrategias de afrontamiento del SQT y evita sus consecuencias (técnicas de disolución de problemas y estrategias cognitivo-conductuales).

## **1.2. JUSTIFICACIÓN**

La justificación de este trabajo se fundamenta en tres aspectos básicos:

- La fisioterapia es una profesión de cara al público con evidentes vínculos entre el paciente y el trabajador.
- La presión asistencial es cada día mayor por la creciente ratio paciente-profesional.
- El incremento progresivo de las enfermedades estresantes en este tipo de profesiones.

Además, es importante señalar que la mayoría de los estudios existentes sobre el síndrome de burnout hablan de trabajadores sanitarios en general o dentro del ámbito de la medicina o de la enfermería, sin embargo apenas existen artículos de este trastorno en fisioterapeutas, por lo que una revisión bibliográfica sobre el tema ayudará a conocer cómo se encuentra la situación actual en los profesionales de fisioterapia con el fin de actuar de una manera eficiente en su resolución, ayudando a minimizar los costes sanitarios y a mejorar la calidad de vida laboral.

## **1.3. OBJETIVO**

### **1.3.1. Objetivo general**

- El propósito de este trabajo es, mediante una revisión bibliográfica, explorar la evidencia científica existente sobre el burnout en fisioterapeutas.

### **1.3.2. Objetivos específicos**

- Conocer la prevalencia y los factores de riesgo fundamentales que desencadenan el síndrome de burnout en estos profesionales.
- Determinar los principales estresores del síndrome en fisioterapeutas.
- Señalar las técnicas utilizadas para controlar dichas situaciones estresantes y evitar el desarrollo del burnout.

## 2. METODOLOGÍA

Se llevó a cabo una revisión bibliográfica durante los meses de marzo y abril del 2014 en las siguientes bases de datos: PubMed, WorldCat, PEDro, Cochrane Plus y NARIC. A continuación se realizó una búsqueda manual en libros y páginas web relacionadas con el síndrome de burnout.

Las palabras clave o descriptores utilizados en la búsqueda fueron diferentes términos combinados de varias formas: *burnout*, *professional (burnout, profesional)*, *burnout syndrome (síndrome de burnout)*, *physiotherapy*, *physical therapy*, *physical therapy specialty (fisioterapia)* y *physiotherapists (fisioterapeutas)*. En la tabla 3 se pueden observar las estrategias de búsqueda empleadas en cada una de las bases de datos (los números marcados con un asterisco indican artículos repetidos).

Se aplicaron las siguientes limitaciones:

- Humanos.
- Artículos publicados entre los años 2004 y 2014.

Los criterios de inclusión que cumplieron todos los estudios fueron:

- Artículos cuya fecha de publicación se encuentra entre los últimos 10 años.
- Artículos referentes al síndrome de burnout.

### **3. RESULTADOS**

Al finalizar la búsqueda se han encontrado un total de 22 documentos válidos, entre los que se incluían 15 duplicados y por tanto desechados, quedando como resultado final 7 artículos (tabla 4). Todos ellos cumplen los criterios de inclusión citados anteriormente y pertenecen a las bases de datos PubMed (6) y WorldCat (1).

Los documentos se obtuvieron mediante cajas de búsqueda utilizadas en las diferentes bases de datos. Otras publicaciones que forman parte de la bibliografía de este trabajo se localizaron a partir de las referencias bibliográficas procedentes de los resultados de la revisión o de algunos libros consultados relacionados con el tema.

El idioma de los artículos seleccionados es fundamentalmente inglés (5), aunque también hay dos en español y uno en alemán.

Cada artículo fue revisado de manera individual y se fueron eliminando o escogiendo para la realización del trabajo en función de su antigüedad y su afinidad con la cuestión a tratar.

**TABLA 3.** Resultados de la búsqueda en las diferentes bases de datos.

<b>PubMed</b>	<b>CAJA DE BÚSQUEDA</b>	
	("burnout, professional"[MeSH Terms] OR ("burnout"[All Fields] AND "professional"[All Fields]) OR "professional burnout"[All Fields] OR ("burnout"[All Fields] AND "professional"[All Fields]) OR "burnout, professional"[All Fields] AND (("physical therapy modalities"[MeSH Terms] OR ("physical"[All Fields] AND "therapy"[All Fields] AND "modalities"[All Fields]) OR "physical therapy modalities"[All Fields] OR "physiotherapy"[All Fields]) OR ("physical therapy specialty"[MeSH Terms] OR ("physical"[All Fields] AND "therapy"[All Fields] AND "specialty"[All Fields]) OR "physical therapy specialty"[All Fields])) AND ("2004/05/09"[PDat] : "2014/05/06"[PDat] AND "humans"[MeSH Terms])	
	<b>Artículos encontrados</b>	<b>Artículos válidos</b>
	34	5
	<b>CAJA DE BÚSQUEDA</b>	
	("burnout, professional"[MeSH Terms] OR ("burnout"[All Fields] AND "professional"[All Fields]) OR "professional burnout"[All Fields] OR ("burnout"[All Fields] AND "professional"[All Fields]) OR "burnout, professional"[All Fields] AND ("physical therapists"[MeSH Terms] OR ("physical"[All Fields] AND "therapists"[All Fields]) OR "physical therapists"[All Fields] OR "physiotherapists"[All Fields]) AND ("2004/05/09"[PDat] : "2014/05/06"[PDat] AND "humans"[MeSH Terms])	
	<b>Artículos encontrados</b>	<b>Artículos válidos</b>
	15	5*
	<b>CAJA DE BÚSQUEDA</b>	
	burnout[All Fields] AND ("syndrome"[MeSH Terms] OR "syndrome"[All Fields]) AND (("physical therapy modalities"[MeSH Terms] OR ("physical"[All Fields] AND "therapy"[All Fields] AND "modalities"[All Fields]) OR "physical therapy modalities"[All Fields] OR "physiotherapy"[All Fields]) OR ("physical therapy specialty"[MeSH Terms] OR ("physical"[All Fields] AND "therapy"[All Fields] AND "specialty"[All Fields]) OR "physical therapy specialty"[All Fields])) AND ("2004/05/09"[PDat] : "2014/05/06"[PDat] AND "humans"[MeSH Terms])	
	<b>Artículos encontrados</b>	<b>Artículos válidos</b>
	8	1+3*
<b>CAJA DE BÚSQUEDA</b>		
burnout[All Fields] AND ("syndrome"[MeSH Terms] OR "syndrome"[All Fields]) AND ("physical therapists"[MeSH Terms] OR ("physical"[All Fields] AND "therapists"[All Fields]) OR "physical therapists"[All Fields] OR "physiotherapists"[All Fields]) AND ("2004/05/09"[PDat] : "2014/05/06"[PDat] AND "humans"[MeSH Terms])		
<b>Artículos encontrados</b>	<b>Artículos válidos</b>	
5	3*	
<b>WorldCat</b>	<b>CAJA DE BÚSQUEDA</b>	
	burnout syndrome and physiotherapy	
	<b>Artículos encontrados</b>	<b>Artículos válidos</b>
	8	1
	<b>CAJA DE BÚSQUEDA</b>	
	burnout syndrome and physiotherapists	
<b>Artículos encontrados</b>	<b>Artículos válidos</b>	
7	3*	

**TABLA 3.** Resultados de la búsqueda en las diferentes bases de datos (Continuación).

<b>PEDro</b>	<b>CAJA DE BÚSQUEDA</b>	
	burnout síndrome	
	<b>Artículos encontrados</b>	<b>Artículos válidos</b>
	1	1*
<b>Cochrane Plus</b>	<b>CAJA DE BÚSQUEDA</b>	
	burnout síndrome	
	<b>Artículos encontrados</b>	<b>Artículos válidos</b>
	0	0
<b>NARIC</b>	<b>CAJA DE BÚSQUEDA</b>	
	burnout síndrome	
	<b>Artículos encontrados</b>	<b>Artículos válidos</b>
	4	0

**TABLA 4.** Artículos seleccionados en la búsqueda bibliográfica.

Saganha JP, Doenitz C, Greten T, Efferth T, Greten HJ. Qigong therapy for physiotherapists suffering from burnout: a preliminary study. <i>Journal of Chinese Integrative Medicine</i> . 2012; 10: 1233-1239.
Santos MC, Barros L, Carolino E. Occupational stress and coping resources in physiotherapists: a survey of physiotherapists in three general hospitals. <i>Physiotherapy</i> . 2010; 96: 303-310.
Pavlikis A, Raftopoulos V, Theodorou M. Burnout syndrome in Cypriot physiotherapists: a national survey. <i>BMC. Health Services Research</i> . 2010; 10: 63.
Serrano MF, Garcés EJ, Hidalgo MD. Burnout en fisioterapeutas españoles. <i>Psicothema</i> . 2008; 20: 361-368.
Li Calzi S, Farinelli M, Ercolani M, Alianti M, Manigrasso V, Taroni AM. Physical rehabilitation and burnout: different aspects of the syndrome and comparison between healthcare professionals involved. <i>EUR MED PHYS</i> . 2006; 42: 27-36.
Brand S. Das Burnout Syndrom: eine Übersicht. <i>Therapeutische Umscha</i> . 2010; 67: 561-565.
Castro AM, Rodríguez ML, Moreno C, Vicente C, Arroyo M, Fernández MJ. Prevalencia del Síndrome de Burnout en Fisioterapia. <i>Fisioterapia</i> . 2006; 28: 17-22.

## 4. DISCUSIÓN

Las situaciones de estrés a las que están sometidos los profesionales de la salud se han convertido en una preocupación tanto para los propios trabajadores como para los empresarios (Santos et al., 2010).

El burnout, síndrome relacionado con el estrés laboral, es un problema de salud pública importante que puede tener graves repercusiones en los profesionales sanitarios, incluyendo los fisioterapeutas, y por consiguiente afectar a la calidad asistencial proporcionada por éstos (Ortega et al., 2011). Por este motivo debemos saber que existe una estrecha relación entre el burnout y ciertas situaciones como la pérdida de empatía, el incremento de los errores asistenciales y la insatisfacción de los pacientes por la atención recibida (Saganha et al., 2012).

El impacto elevado del burnout en los fisioterapeutas puede estar relacionado con el esfuerzo físico, emocional y cognitivo que implica el trabajo diario con los pacientes (Li Calzi et al., 2006). Además, la fisioterapia es una profesión que suele exigir un alto nivel de motivación laboral, por lo que en situaciones de sobrecarga de trabajo el profesional se esfuerza al máximo para compensar el estrés psicológico y ello puede desencadenar la aparición del síndrome (Serrano et al., 2008).

Para la discusión de los puntos descritos a continuación se parte de la información existente en los artículos encontrados en la revisión bibliográfica y se pretende dar respuesta a los objetivos fijados anteriormente. Asimismo, para contrastar ciertos datos ha sido necesaria la búsqueda y utilización de algunos artículos referentes al síndrome en otros profesionales sanitarios como pueden ser enfermeros, médicos, técnicos o auxiliares...

#### **4.1. PREVALENCIA DEL SÍNDROME DE BURNOUT Y DE SUS DIMENSIONES**

Los autores cuyo objetivo era determinar la prevalencia del SQT en los fisioterapeutas, así como los valores de sus subescalas (agotamiento emocional, despersonalización y realización personal), emplearon la versión clásica del MBI (MBI-HSS) para la evaluación del grado de burnout en servicios humanos, que consta de 22 ítems (Castro et al., 2006; Serrano et al., 2008; Pavlakis et al., 2010; Saganha et al., 2012). Las investigaciones que estudian la prevalencia del síndrome en otros profesionales sanitarios también emplearon este cuestionario (Albaladejo et al., 2004; Cáceres, 2006; Ortega et al., 2011).

El tipo de estudio más utilizado fue el descriptivo transversal (Simón et al., 2005; Cáceres, 2006; Castro et al., 2006; Serrano et al., 2008; Ortega et al., 2011), pero también se emplearon intervenciones prospectivas aleatorizadas con lista de espera (Saganha et al., 2012) y métodos de muestreo aleatorio estratificado (Albaladejo et al., 2004; Pavlakis et al., 2010).

Según Saganha et al. (2012), los fisioterapeutas padecen un elevado grado de burnout. Alrededor de la mitad de la muestra presentan un nivel alto de agotamiento emocional y cerca de un tercio presentan niveles moderados de despersonalización y falta de realización personal.

Por el contrario, en un estudio más antiguo, Pavlakis et al. (2010) encuestaron al 45% de los fisioterapeutas chipriotas y observaron que los niveles de burnout eran entre moderados y bajos. Al mismo tiempo, en su estudio determinaron que el agotamiento emocional afecta a un bajo número de los profesionales, mientras que la despersonalización y la falta de realización personal afectan a una quinta parte de los fisioterapeutas.

Serrano et al., (2008), a diferencia de los autores anteriores, manifiesta que solo el 4% de los fisioterapeutas padecen burnout, resultado semejante al 4,5% obtenido por Ortega et al., (2011) en un estudio del síndrome en el personal

sanitario, lo cual significa que puede haber la misma prevalencia del SQT en los fisioterapeutas que en el resto de profesionales de la salud.

De acuerdo con los autores anteriores, Castro et al. (2006), también declaran que la prevalencia del síndrome entre los fisioterapeutas es relativamente baja (10,87%), con un alto grado de agotamiento emocional y despersonalización y niveles bajos de falta de realización personal.

Otros estudios revisados sobre la prevalencia del SQT en otros profesionales sanitarios muestran los siguientes resultados: 31% en un hospital (Órdenes, 2004), 59% en personal sanitario militar (Cáceres, 2006).

Es importante señalar que la gran diversidad en los datos de prevalencia puede deberse a que no existe un criterio común para determinar la existencia de burnout, ya que para unos autores es imprescindible la presencia de las tres dimensiones a la hora de definir el síndrome (Castro et al., 2006; Serrano et al., 2008; Pavlakis et al., 2010; Ortega et al., 2011; Saganha et al., 2012), mientras que para otros es suficiente la puntuación alta en alguna de las dimensiones (Órdenes, 2004; Cáceres, 2006).

Por otra parte, hay que tener en cuenta que los estudios mencionados corresponden a culturas y entornos sanitarios muy diferentes, circunstancias que también pueden repercutir en la disparidad de los datos.

#### **4.2. VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS Y LABORALES RELACIONADAS CON EL SÍNDROME DE BURNOUT**

En este apartado se muestran las relaciones existentes entre el síndrome de burnout y las distintas variables sociodemográficas y laborales.

Con respecto a la variable “**género**” algunas investigaciones revelan diferencias significativas entre hombres y mujeres. Albaladejo et al. (2004) y Pavlakis et al. (2010) afirman que las mujeres son más susceptibles de padecer agotamiento emocional y falta de realización personal que los hombres, según

los autores debido a la doble carga que soportan: laboral y familiar, mientras que los hombres obtienen mayor puntuación en la subescala de despersonalización (Houkes et al., 2011). Serrano et al. (2008) exponen que el burnout afecta aproximadamente dos veces más al sexo masculino que al femenino.

Sin embargo, otros autores creen que el burnout afecta a los hombres y a las mujeres por igual y que no existen diferencias significativas entre géneros (Órdenes, 2004; Cáceres, 2006; Castro et al., 2006; Brand, 2010).

En relación a la variable “**edad**”, Serrano et al., (2008) han encontrado mayor riesgo de burnout en el grupo de edad entre 46 y 62 años, en el que los profesionales alcanzan la madurez en la función asistencial, y en menor proporción en el grupo entre 21 y 35 años, en el que los fisioterapeutas se inician en el mundo laboral. A diferencia de lo anterior, Simón et al., (2005) afirman que el mayor grado de burnout se produce en los primeros años de vida laboral. Otros estudios no muestran diferencias significativas (Albaladejo et al., 2004; Órdenes, 2004).

Si atendemos a la variable “**estado civil**” en algunos estudios no se han encontrado diferencias estadísticamente significativas como para considerar que estar soltero, casado o divorciado pueda tener efecto moderador sobre el SQT (Órdenes, 2004; Castro et al., 2006). Sin embargo, existen estudios que afirman que los fisioterapeutas separados son más susceptibles de sufrir el síndrome (Cáceres, 2006; Pavlakis et al., 2010), otros en los que los casados presentan menos niveles de estrés (Simón et al., 2005; Cáceres, 2006) y otros, como el estudio de Albaladejo et al., (2004) en el que los casados tuvieron las puntuaciones más altas en la dimensión de cansancio emocional.

En cuanto a la variable “**estudios realizados**”, el 90% de los fisioterapeutas con burnout ha cursado otros estudios, y dentro de los que han seguido estudiando la mayoría han realizado licenciaturas (Serrano et al., 2008; Saganha et al., 2012).

Con respecto a la consideración del **“sistema sanitario”** en el que diferenciamos: hospital público, clínica privada, centro de salud y mutua laboral, Pavlakis et al., (2010) manifiestan que los fisioterapeutas que trabajan en el sector privado sufren burnout en mayor grado que los del sector público, mientras que Serrano et al., (2008) exponen que los profesionales más afectados por el síndrome son los del sector público, y señalan que la mitad de los fisioterapeutas que presentan síntomas de burnout trabajan en un hospital general de cuidados agudos.

La variable **“situación laboral”** diferencia a los fisioterapeutas que están contratados eventualmente, los que son fijos de plantilla y los que son autónomos, siendo los primeros los más susceptibles de padecer SQT, después los fijos y por último los autónomos con un porcentaje muy bajo (Serrano et al., 2008). Otros autores exponen que los profesionales con puesto de trabajo fijo sufren niveles más altos de agotamiento emocional y de despersonalización (Albaladejo et al., 2004).

Otra variable que establece diferencias significativas entre grupos es **“el ámbito o servicio en el que se desarrolla el trabajo”**, siendo el agotamiento, la despersonalización y la prevalencia del burnout más altos en los profesionales sanitarios que trabajan en el servicio de urgencias y oncología, puesto que en estas unidades se requiere una mayor dedicación, vocación, estabilidad psicológica y emocional, salud física y capacidad de trabajo frente a la elevada presión asistencial (Albaladejo et al., 2004; Cáceres et al., 2006). Además, se ha comprobado que los fisioterapeutas que trabajan con niños sufren tres veces más síntomas de agotamiento emocional que los fisioterapeutas no pediátricos, ya que los pacientes discapacitados jóvenes provocan mayor carga laboral que los de edades más altas (Pavlakis et al., 2010).

Centrándonos en el **“número de horas trabajadas al día”** el estudio de Serrano et al., (2008) muestran que el 70% de los fisioterapeutas con burnout trabajan 7 horas/día, mientras que el 30% restante trabaja más de 7 horas/día.

En otro estudio Órdenes (2004) expone que el 80% de los profesionales sanitarios que trabajan más de 60 horas/semana presentan síntomas del SQT.

El “**número de pacientes atendidos al día**” también puede ser un factor de riesgo. Según Cáceres (2006) los profesionales sanitarios que atienden más de 20 enfermos diariamente tienen mayor predisposición de padecer SQT.

En cuanto a la variable “**antigüedad laboral**” se puede decir que el porcentaje más elevado de burnout lo presentan los fisioterapeutas que llevan trabajando más de 20 años y posteriormente los noveles que llevan trabajando menos de 3 años (Serrano et al., 2008). Albaladejo et al., (2004) afirman que los profesionales sanitarios más afectados son aquellos con más de 15 años de antigüedad, mientras que Cáceres et al., (2006) encuentra como elemento de protección llevar menos de 15 años trabajando. Estos datos confirman en parte lo observado con la variable edad relacionada evidentemente con la antigüedad en el puesto de trabajo.

#### **4.3. FUENTES DE ESTRÉS QUE FAVORECEN LA APARICIÓN DEL SÍNDROME DE BURNOUT**

La fisioterapia es una profesión con gran riesgo de padecer estrés laboral, ya que existen múltiples factores en el trabajo que condicionan esta situación. Entre los estresores identificados destacan los que se derivan de las funciones del propio trabajo y los que dependen de las características socio-emocionales (Simón et al., 2005; Santos et al., 2010).

Las principales fuentes de estrés producidas por las demandas del trabajo son: mala distribución de las tareas, falta de autonomía, falta de organización, causas administrativas, bajo salario y exceso de trabajo (Serrano et al., 2008; Pavlakis et al., 2010; Santos et al., 2010). Según Cáceres (2006), este último ítem es el factor más importante en la etiología del estrés.

Otros elementos estresantes para los fisioterapeutas en el lugar de trabajo son: falta de recursos humanos, falta de recursos materiales y situaciones muy exigentes o de sobrecarga de trabajo (Santos et al., 2010). Sin embargo,

Castro et al., (2006) no encontraron relación entre el desarrollo del síndrome y el número de pacientes tratados diariamente.

En cuanto a las características socio-emocionales podemos destacar los siguientes factores: presión por parte de los jefes, falta de reconocimiento profesional, conflictos interpersonales con superiores o con otros trabajadores. Además, muchos de estos profesionales inciden en la falta de apoyo social y emocional en el trabajo (Albaladejo et al., 2004; Cáceres, 2006; Serrano et al., 2008; Santos et al., 2010).

En un estudio realizado por Simón et al., (2005) en el personal de enfermería del hospital Clínico San Carlos de Madrid, se identifican como principales estresores: los factores relacionados con el sufrimiento del paciente, la muerte y la sobrecarga de trabajo. Además, los enfermeros señalan como causas de insatisfacción: el salario, la gestión de la empresa y la relación entre trabajadores y superiores; y como causa de satisfacción: las relaciones interpersonales con compañeros, el jefe inmediato y el horario laboral. Sin embargo, no se han encontrado relaciones entre la satisfacción y los estresores laborales. Estos estresores, con matices, podrían ser perfectamente identificables en el colectivo de fisioterapeutas justificando la aparición del SQT.

#### **4.4. RECURSOS DE AFRONTAMIENTO Y TÉCNICAS DE INTERVENCIÓN EN EL SÍNDROME DE BURNOUT**

Se ha demostrado que existe una correlación importante entre la utilización de ciertas estrategias de afrontamiento y la percepción del estrés, es decir, si el profesional toma conciencia de que está estresado comienza a buscar soluciones. También existe una relación significativa entre estos recursos y su eficacia para eliminar el estrés, en ese caso, serán más empleados (Santos et al., 2010).

Según Santos et al., (2010) los recursos de afrontamiento más eficaces y más frecuentemente utilizados por los fisioterapeutas que sufren estrés son los cinco siguientes:

- El apoyo social: tanto por parte de familiares y amigos como por parte de la institución. Es considerado un recurso de gran importancia para los profesionales sanitarios.
- El monitoreo del estrés: consiste en la capacidad de vigilar y evaluar los síntomas del estrés y anticiparse a ellos para disminuir las consecuencias.
- La libertad financiera: el nivel en que los trabajadores utilizan los recursos financieros para cubrir sus necesidades y enfrentar el estrés.
- La salud física: tener la energía suficiente para poder hacer frente a situaciones estresantes.
- La estructuración: se refiere al ingenio para manejar destrezas de organización, como puede ser la fijación de los objetivos, la administración del tiempo de trabajo o la creación de un programa laboral.

Por el contrario, las estrategias de afrontamiento menos empleadas por los fisioterapeutas son: la aceptación y la confianza. La escasa utilización de estas técnicas puede ser un indicativo de que estos profesionales no controlan situaciones de frustración o de presión, o simplemente que no confían en sí mismos (Santos et al., 2010).

Respecto a las técnicas de intervención que se deben de llevar a cabo en el burnout, Brand (2010) afirma que deben centrarse en modificar las principales fuentes de estrés relacionadas con las demandas de trabajo, mejorando la organización y la distribución de las tareas, y optimizando el ambiente laboral entre los propios compañeros.

Sousa et al., (2012) explican que en la medicina tradicional china el qigong es uno de los instrumentos utilizados para el tratamiento de enfermedades como la ansiedad. Se trata de una técnica de “concentración” de movimiento y de respiración que actúa sobre el sistema vegetativo en forma de biofeedback e interviene en la regulación del cuerpo, la cognición y la emotividad.

Entre sus efectos principales se encuentran los siguientes: disminución la presión arterial, disminución de las catecolaminas urinarias (indicadores del estrés), mejora de la función respiratoria y regulación de la actividad del sistema nervioso simpático (Saganha et al., 2012).

Se ha demostrado que el qigong a lo largo de tres semanas produce efectos beneficiosos sobre el agotamiento en fisioterapeutas que padecen SQT, concretamente el sistema de ejercicios "white ball". Consiste en una técnica sencilla en la que la persona debe permanecer de pie e imaginar que tiene una bola de papel frente a una zona situada por debajo del ombligo, conocida como Dan Tian inferior, lo cual provoca un efecto de activación en la microcirculación (Saganha et al., 2012). Es un ejercicio fácil de incorporar en la vida cotidiana, ya que es de corta duración (solo debe realizarse 2 veces al día durante 5 minutos) y pueden llevarse a cabo en cualquier lugar sin necesidad de un espacio amplio (Sousa et al., 2012).

Los efectos de la intervención con qigong mediante los ejercicios "white ball" sobre fisioterapeutas con burnout se pueden medir a través del MBI (Saganha et al., 2012).

#### **4.5. EL SÍNDROME DE BURNOUT EN LOS DIFERENTES PROFESIONALES SANITARIOS**

El trabajo en equipo aumenta la calidad de los servicios y mejora la labor de cada uno de los integrantes del mismo, pero puede tener inconvenientes como conflictos interpersonales o pérdida de la autonomía debido a la falta de comunicación (Li Calzi et al., 2006).

Los profesionales sanitarios integran un equipo multidisciplinar formado por diferentes categorías jerárquicas. Li Calzi et al. (2006) y Ortega et al., (2011) estudian el SQT y sus dimensiones en los siguientes componentes del personal sanitario: fisioterapeutas, enfermeros, médicos y técnicos y auxiliares.

Según Ortega et al. (2011), en general la prevalencia del burnout es moderada en todos los profesionales sanitarios. Sin embargo, el estudio llevado a cabo por Li Calzi et al., (2006) muestra mayor prevalencia en los médicos.

La dimensión de despersonalización en el estudio realizado por Li Calzi et al. (2006) es más alta en los técnicos y auxiliares, mientras que en el trabajo de Ortega et al. (2011) es mayor en los médicos, lo cual se justifica por la gran responsabilidad en la toma de decisiones sobre la atención a los pacientes. Existen estudios en los que los enfermeros están más despersonalizados que los técnicos y auxiliares (Albaladejo et al., 2004).

Con respecto al cansancio emocional Li Calzi et al. (2006) indican que los enfermeros son los más afectados y Ortega et al. (2011) señalan que son los fisioterapeutas, ya que son los profesionales más directamente implicados con los pacientes, tanto física como emocionalmente.

En cuanto a la falta de realización personal, algunos autores están de acuerdo en que los profesionales más afectados por esta dimensión son los técnicos y auxiliares (Li Calzi et al., 2006; Ortega et al., 2011), mientras que otros exponen que los profesionales de enfermería son el grupo menos realizado (Albaladejo et al., 2004).

#### **4.6. LIMITACIONES DEL TRABAJO**

La limitación principal de este trabajo radica en la escasez de artículos para realizar una adecuada discusión sobre el burnout en fisioterapeutas, por lo que ha sido precisa la utilización de artículos referentes al síndrome en otros profesionales sanitarios para contrastar los datos, fundamentalmente en los siguientes apartados:

- Variables sociodemográficas y laborales relacionadas con el síndrome de burnout.
- El síndrome de burnout en los diferentes profesionales sanitarios.

Otra limitación importante encontrada es la gran variedad de resultados en cuanto a las prevalencias del burnout y de cada una de sus tres dimensiones, debido a la falta de homogeneidad en los criterios diagnósticos.

## 5. CONCLUSIONES

- En España apenas existen estudios sobre el SQT en comparación con los encontrados sobre otros profesionales sanitarios, por lo que no se ha podido establecer la prevalencia de forma concluyente. Se necesitan más estudios sobre fisioterapeutas para explorar el burnout en profundidad.
- El método empleado en todas las publicaciones para la evaluación del grado de burnout y sus dimensiones es el MBI integrado por 22 ítems.
- Es necesaria la presencia de las tres dimensiones (agotamiento emocional, despersonalización y realización personal) para considerar la existencia del síndrome.
- El perfil característico del fisioterapeuta con mayor riesgo de sufrir burnout desde el punto de vista de las variables sociodemográficas y laborales, es un profesional mayor de 45 años, con más de 20 años de antigüedad, sin pareja, que trabaja durante 7 o más horas al día y con una presión asistencial elevada.
- Las principales fuentes de estrés en el trabajo que favorecen la aparición de burnout son: mala distribución de las tareas, falta de autonomía, falta de organización, causas administrativas, bajo salario y sobrecarga laboral.
- Las estrategias de afrontamiento más empleadas por los fisioterapeutas para eliminar el estrés son: el apoyo social, el monitoreo del estrés, la libertad financiera, la salud física y la estructuración.

## 6. BIBLIOGRAFÍA

Albaladejo R, Villanueva R, Ortega P, Astasio P, Calle ME, Dominguez V. Síndrome de burnout en el personal de enfermería de un hospital de Madrid. Rev Esp Salud Púb. 2004; 78: 505-516.

APA. DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: Masson SA; 1995.

Brand S. Das Burnout Syndrom: eine Übersicht. Therapeutische Umscha. 2010; 67: 561-565.

Cáceres GG. Prevalencia del síndrome de burnout en personal sanitario militar. [Tesis doctoral]. Universidad Complutense de Madrid: Departamento de Medicina Preventiva, Salud Pública e Historia de la Ciencia; 2006.

Campanario R, Rey MY, Ortega A, Cárdeno MR. Situaciones estresantes para el personal de enfermería en observación del Hospital Universitario Virgen del Rocío. Emergencias. [revista en línea] 2011 [acceso 20 de marzo de 2014]; 17. URL disponible en:  
<http://www.enfermeriadeurgencias.com/ciber/enero2011/pagina4.html>

Castro AM, Rodríguez ML, Moreno C, Vicente C, Arroyo M, Fernández MJ. Prevalencia del Síndrome de Burnout en Fisioterapia. Fisioterapia. 2006; 28: 17-22.

CIE-10. Décima Revisión de la Clasificación Internacional de Las Enfermedades. Trastornos Mentales y del Comportamiento: Descripciones Clínicas y pautas para el Diagnóstico. Madrid: Meditor; 1992.

Edelwich J, Brodsky A. Burn-out: Stages of disillusionment in the helping professions. Nueva York: Human Science Press, 1980.

Fidalgo M. Síndrome de estar quemado por el trabajo o "burnout" (I): definición y proceso de generación. NTP 704. Madrid: Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el trabajo; 2000a. URL disponible en:  
[http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/FichasTecnicas/NTP/Ficheros/701a750/ntp\\_704.pdf](http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/FichasTecnicas/NTP/Ficheros/701a750/ntp_704.pdf) consultado el 05/03/2014

Fidalgo M. Síndrome de estar quemado por el trabajo o "burnout" (II): consecuencias, evaluación y prevención. NTP 705. Madrid: Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el trabajo; 2000b. URL disponible en: [http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/FichasTecnicas/NTP/Ficheros/701a750/ntp\\_705.pdf](http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/FichasTecnicas/NTP/Ficheros/701a750/ntp_705.pdf) consultado el 18/03/2014

Freudenberger HJ. Staff burnout. *Journal of Social Issues*. 1974; 30: 159-165.

Gil-Monte PR. El síndrome de burnout: un modelo multicausal de antecedentes y consecuentes en profesionales de enfermería. Tesis doctoral no publicada. Facultad de Psicología, Universidad de La Laguna. España: 1994.

Gil-Monte PR. El síndrome de quemarse por el trabajo (burnout). Una enfermedad laboral en la sociedad del bienestar. Primera edición. Madrid: Ed. Pirámide, 2005.

Golembiewski RT, Munzenrider RF. Phases of burnout: Developments in concepts and applications. Nueva York: Preager, 1988.

Grau A, Flichtentrei D, Suñer R, Prats M, Braga F. Influencia de factores personales, profesionales y transnacionales en el síndrome de burnout en personal sanitario hispanoamericano y español. *Rev Esp Salud Pública*. 2009; 83: 215-230.

Houkes I, Winants Y, Twellaar M, Verdok P. Development of burnout over time and the causal order of the three dimensions of burnout among male and female GPs. A three-wave panel study. *BMC Pub Health*. 2011; 11: 240.

Jackson SE, Schwab RL, Schuler RS. Toward an understanding of the burnout phenomenon. *Journal of Applied Psychology*, 1986; 71: 630-640.

Lee RT, Ashforth BE. A further examination of managerial burnout: Toward an integrated model. *Journal of Organizational Behavior*. 1993; 14: 3-20.

Leiter MP. Burnout as a developmental process: Consideration of models. En: Schaufeli WB, Maslach C, Marek T. *Professional burnout: Recent developments in theory and research*. Londres: Taylor & Francis, 1993. p. 237-250.

Li Calzi S, Farinelli M, Ercolani M, Alianti M, Manigrasso V, Taroni AM. Physical rehabilitation and burnout: different aspects of the syndrome and comparison between healthcare professionals involved. *EUR MED PHYS*. 2006; 42: 27-36.

Maslach C. *Burnout: The cost of caring*. Nueva York: Prentice-Hall Press, 1982.

Maslach C, Jackson SE. The measurement of experienced burnout. *Journal of occupational behavior*. 1981; 2: 99-113.

Maslach C, Jackson SE. *Maslach Burnout Inventory*. Segunda edición. Palo Alto CA: Consulting Psychologists Press, 1986.

Maslach C, Jackson SE, Leiter MP. *Maslach Burnout Inventory manual*. Tercera edición. Palo Alto CA: Consulting Psychologists Press, 1996.

Moreno-Jiménez B. Evaluación, medidas y diagnóstico del síndrome de burnout. En: Gil-Monte PR, Moreno-Jiménez B, Álvarez O, Arenas A, Benevides-Pereira AM, Bottinelli MM, et al. *El síndrome de quemarse por el trabajo (burnout)*. Grupos profesionales de riesgo. Primera edición. Madrid: Ed. Pirámide, 2007. p. 45-50.

Órdenes N. Prevalencia de Burnout en trabajadores del Hospital Roberto del Río. *Rev Chil Pediatr*. 2004; 75: 449-454.

Ortega C, Salas R, Correa R. Aspectos epidemiológicos del síndrome de burnout en el personal sanitario. *Hospital Aquilino Tejeira. iMedPub Journals*. 2011; 7: 4.

Paine WS. The burnout síndrome in context. En: Jones JW. *The burnout síndrome: Current research, theory, interventions*. Park Ridge, Illinois: London House Press, 1982. p. 1-29.

Pavlakakis A, Raftopoulos V, Theodorou M. Burnout syndrome in Cypriot physiotherapists: a national survey. *BMC. Health Services Research*. 2010; 10: 63.

Pines AM, Aronson E. *Carreer burnout: causes and cures*. Nueva York: Free Press, 1988.

Price DM, Murphy PA. Staff burnout in the perspective of grief theory. *Death Education*. 1984; 8: 47-58.

Saganha JP, Doenitz C, Greten T, Efferth T, Greten HJ. Qigong therapy for physiotherapists suffering from burnout: a preliminary study. *Journal of Chinese Integrative Medicine*. 2012; 10: 1233-1239.

Santos MC, Barros L, Carolino E. Occupational stress and coping resources in physiotherapists: a survey of physiotherapists in three general hospitals. *Physiotherapy*. 2010; 96: 303-310.

Serrano MF, Garcés EJ, Hidalgo MD. Burnout en fisioterapeutas españoles. *Psicothema*. 2008; 20: 361-368.

Simon MJ, Blesa A, Bermejo C, Calvo MA, Gómez C. Estresores laborales y satisfacción en la enfermería de una unidad de críticos. *Enferm Intens*. 2005; 16: 3-14.

Sousa CM, Goncalves M, Machado J, Efferth T, Greten T, Froeschen P et al. Effects of qigong on performance-related anxiety and physiological stress functions in transverse flute music school children: a feasibility study. *Zhong Xi Yi Jie He Xue Bao*. 2012; 10: 858-65.

## 7. ANEXOS

### ANEXO I: Maslach Burnout Inventory (MBI)

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
<b>Marcar con una cruz la casilla correspondiente según la numeración de la tabla anterior</b>						
Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo _____						
Me siento cansado al final de la jornada de trabajo _____						
Me siento fatigado cuando me levanto por la mañana y tengo que enfrentarme con otro día de trabajo _____						
Fácilmente comprendo como se sienten los pacientes _____						
Creo que trato a algunos pacientes como si fueran objetos impersonales _____						
Trabajar todo el día con mucha gente es un esfuerzo _____						
Trato muy eficazmente los problemas de los pacientes _____						
Me siento quemado por mi trabajo _____						
Creo que estoy influyendo positivamente con mi trabajo en las vidas de otras personas _____						
Me he vuelto más insensible con la gente desde que ejerzo esta profesión _____						
Me preocupa el hecho de que este trabajo me esté endureciendo mucho emocionalmente _____						
Me siento muy activo _____						
Me siento frustrado en mi trabajo _____						
Creo que estoy trabajando demasiado _____						
Realmente no me preocupa lo que ocurre a algunos de mis pacientes _____						
Trabajar directamente con las personas me produce estrés _____						
Me siento estimulado después de trabajar en contacto con mis pacientes _____						
Fácilmente puedo crear una atmósfera relajada con mis pacientes _____						
He conseguido muchas cosas útiles en mi profesión _____						
Me siento acabado _____						
En mi trabajo, trato los problemas emocionales con mucha calma _____						
Siento que los pacientes me culpan por algunos de sus problemas _____						

**Fuente:** Cáceres Bermejo GG. Prevalencia del síndrome de burnout en personal sanitario militar. [Tesis doctoral]. Universidad Computense de Madrid: Departamento de Medicina Preventiva, Salud Pública e Historia de la Ciencia; 2006.

## **ANEXO II: Otros métodos de evaluación psicométrica del SQT**

### Cuestionarios para evaluar el burnout como agotamiento:

- ✓ Burnout Measure (BM) (Pines y Aronson, 1988).
- ✓ Shirom-Melamed Burnout Measure (SMBM) (Melamed et al., 1992).
- ✓ Maastricht Questionnaire (MQ) (Appels et al., 1987).
- ✓ Copenhagen Burnout Inventory (CBI) (Kristensen et al., 2005).
- ✓ Oldenburg Burnout Inventory (OLBI) (Demerouti y Verbeke, 2004).

### Cuestionarios elaborados en España:

- ✓ Escala efectos psíquicos del Burnout (EPB) (García y Velandrino, 1992).
- ✓ Cuestionario Breve de Burnout (Moreno et al., 1997).
- ✓ Cuestionario de Burnout del Profesorado Revisado (Moreno-Jiménez et al., 2000).
- ✓ Cuestionario de Desgaste Profesional de Enfermería (CDPE) (Moreno-Jiménez et al., 2000).
- ✓ Inventario del Burnout de Psicólogos (IBP) (Benevides et al., 2002).
- ✓ Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo (CESQT) (Gil-Monte, 2004).
- ✓ Cuestionario Urgente de Burnout (CUBO) (De la Gándara et al., 2005).

### Otros cuestionarios:

- ✓ Gillespie-Numeroff Burnout Inventory (GNBI) (Gillespie y Numeroff, 1984).
- ✓ Perceptual Job Burnout Inventory (Ford et al., 1983).
- ✓ Meier Burnout Assessment (Meier, 1984).
- ✓ Mattews Burnout Scale for exmployees (MBSE) (Mattews, 1990).
- ✓ Emener-Luck Burnout Scale (ELBOS) (Emener et al., 1982).
- ✓ Escala de depresión profesional (Firth et al., 1987).
- ✓ Work Related Strain Inventory (Revicki et al., 1991).

**Fuente:** Moreno-Jiménez B. Evaluación, medidas y diagnóstico del síndrome de burnout. En: Gil-Monte PR, Moreno-Jiménez B, Álvarez O, Arenas A, Benevides-Pereira AM, Bottinelli MM, et al. El síndrome de quemarse por el trabajo (burnout). Grupos profesionales de riesgo. Primera edición. Madrid: Ed. Pirámide, 2007. p. 49-58.