



FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y SOCIALES

Trabajo de Fin de Máster

***BURNOUT, EVITACIÓN EXPERIENCIAL Y  
AUTONCONCEPTO LABORAL EN PROFESIONALES  
DE LA SALUD***

Autor: Irene Lorza Gil

Tutor profesional: Helena García-Llana

Tutor Metodológico: David Paniagua Sánchez

Máster en Psicología General Sanitaria

Madrid

Mayo 2019

Irene Lorza Gil

**BURNOUT, EVITACIÓN EXPERIENCIAL Y AUTONCONCEPTO LABORAL EN PROFESIONALES DE LA SALUD**



### Resumen

El objetivo de este estudio fue describir los niveles de *Burnout*, evitación experiencial y autoconcepto, así como la relación existente entre estas variables en una muestra española de profesionales sanitarios. Se analizaron los datos de 176 médicos y enfermeros/as. Se trata de un estudio correlacional transversal en el que se utilizó un cuestionario elaborado *ad hoc* para recoger variables sociodemográficas y los cuestionarios *Maslach Burnout Inventory (MBI-HSS)*, *Acceptance and Action Questionnaire (AAQ-II)* y *Autoconcepto Forma 5 (AF-5)*. La prevalencia del *Burnout* en la muestra fue del 13,9% según los puntos de corte establecidos por los autores del MBI-HSS. Se encontró una correlación significativa positiva entre las dimensiones de agotamiento emocional y despersonalización con la evitación experiencial ( $p < ,01$ ). También observó un tamaño del efecto grande en evitación experiencial en función de los niveles de *Burnout*.

### Abstract

The purpose of this study was describing *Burnout*, experiential avoidance and selfconcept – also how are they related – in a sample of 176 doctors and nurses. This is a correlational cross-sectional study. The instruments used were a questionnaire for sociodemographic variables and the questionnaires *Maslach Burnout Inventory (MBI-HSS)*, *Acceptance and Action Questionnaire (AAQ-II)* and *Autoconcepto Forma 5 (AF-5)*. The prevalence of *Burnout* was 13,9% in accordance with the points established by the authors of the MBI-HSS. The main result is that there is a significant correlation between emotional exhaustion and despersonalization with experiential avoidance ( $p > ,01$ ). Also, a big effect size in experiential avoidance and levels of *Burnout* was observed.

## Introducción

El trabajo de los profesionales de la salud conlleva a menudo una carga emocional muy elevada: son testigos día a día del sufrimiento humano, ya sea físico o psicológico, y viven frecuentemente situaciones de alto impacto emocional. El estrés que se experimenta en este contexto puede derivar en problemas psicológicos como el *Burnout* o “síndrome de estar quemado”, la ansiedad o la depresión (Ortega y López, 2004). Éste síndrome se da especialmente en profesiones que requieren un contacto estrecho con personas (personal sanitario, profesores, etc.) o en cuidadores de familiares enfermos, por lo que han sido estos grupos poblacionales los más estudiados en relación al *Burnout*.

Freudenberger (1974), fue el primer autor en acuñar el término *Burnout* a la “sensación de agotamiento, decepción y pérdida de interés por la actividad laboral” (Gil-Montes, 1991 citado en Ortega Ruiz y López Ríos, 2004) a partir de la definición del verbo en inglés “*burn-out*”, que significa *fracasar, desgastarse o agotarse al atender a demandas excesivas de energía, fuerza o recursos* (Freudenberger, 1974). Este autor ya identificó algunos signos de físicos (fatiga, encontrarse exhausto, dolores de cabeza estómago frecuentes, respiraciones poco profundas, etc.), y conductuales (irritabilidad, bajo autocontrol, actitud suspicaz, rigidez y, en general, una actitud negativa ante el trabajo) del *Burnout*.

Mientras Freudengerger (1974) enfocó el concepto de *Burnout* a profesionales de la salud, Maslash y Jackson (1968) lo definieron, desde un enfoque de psicología social como “*el conjunto de síntomas referidos al agotamiento y la fatiga presentes en trabajadores cuyas labores requieren de constante contacto con otras personas*”. Así, el concepto de *Burnout* fue ampliándose hacia todas las áreas laborales: salud, educación, empresa, etc. (Maslash, Schaufeli y Leiter, 2001). No obstante, gran parte de la investigación relacionada con *Burnout* se ha centrado en profesionales de la salud, cuidadores y educadores, ya que es el sector poblacional más vulnerable dadas las características de su ocupación.

Aunque no existe un consenso conceptual en lo que es concretamente el *Burnout*, se han identificado algunas características que podrían ayudar a delimitarlo de manera más precisa. El *Burnout* es, como ya se ha comentado, una respuesta al estrés crónico que supone un fuerte agotamiento emocional, alteraciones conductuales (como la despersonalización, que

se verá más adelante), cansancio físico, malestar general etc. Esto a menudo se combina con conductas operantes que reducen la ansiedad como el consumo de sustancias psicoactivas, tranquilizantes o barbitúricos (Arteaga-Romani, Junes-Gonzales, y Navarrete-Saravia, 2018). Entre las consecuencias, están la ineficacia laboral y desmotivación por el trabajo (Ortega Ruiz y López Ríos, 2004)

El *Burnout* se compone de tres dimensiones que, serán además, las que se midan en este estudio gracias al instrumento MBI-HSS (Maslash y Jackson, 1986). En primer lugar el agotamiento, la característica nuclear del *Burnout* y la expresión central de este síndrome. La segunda dimensión es la despersonalización, que es el intento de poner distancia entre uno mismo y las personas a las que atiende. Es decir, es un distanciamiento cognitivo entre la propia persona y las demandas del trabajo que surge cuando hay agotamiento y desánimo. Por último, la baja realización personal o la sensación de ineficacia, que algunos autores han considerado un resultado de el agotamiento y la despersonalización, y otros como una dimensión paralela. Se define como la percepción subjetiva de sentirse frustrado por la forma de realizar el trabajo y los resultados conseguidos (Leiter, 1993 citado en Maslash, Schaufeli y Leiter, 2001).

De estas tres dimensiones del *Burnout*, la más relacionada con la evitación experiencial es la despersonalización, ya que está relacionada con una estrategia de afrontamiento caracterizada por alejar emociones desagradables tomando distancia con la implicación emocional que supone el trabajo (Maslash, Schaufeli y Leiter, 2001). Por otra parte, la dimensión de *Burnout* más relacionada con el autoconcepto en el área laboral es la sensación de ineficacia o baja realización, ya que esta dimensión se ha relacionado anteriormente en otros estudios con la baja autoestima (Domínguez-Fernández, Padilla, Dominguez-Fernández y Domínguez-Padilla, 2013; Oñate, Resett, Mengui e Iglesia, 2016). Abordaremos estas cuestiones más adelante, ya que esta relación entre *Burnout* y autoconcepto, y *Burnout* y evitación experiencial es objeto de estudio en este trabajo.

En la revisión bibliográfica de 145 artículos sobre *Burnout* en profesionales de la salud de Estados Unidos y Europa (Paris y Hoge, 2010) se recogieron algunas de las variables relacionadas con *Burnout* en éste área de trabajo. Encontraron que el *Burnout* se asocia con mayor insatisfacción en el trabajo, más número de años trabajados, mayor ansiedad-estado y menor apoyo por parte de compañeros. Algunas de las asociaciones entre

dimensiones del *Burnout* y otras variables fue la existencia de una relación directa entre la despersonalización, la insatisfacción en el área de trabajo y el número de años trabajados.

El *Burnout* ha sido relacionado anteriormente con la evitación experiencial: una persona que sufre *Burnout* experimenta sentimientos, pensamientos y sensaciones desagradables asociados al área laboral. Si la respuesta ante estos eventos privados es evitarlos por causar malestar y sufrimiento, estaríamos ante un patrón de evitación experiencial (Ortega Ruiz y López Ríos, 2004). Algunas formas de evitación podrían ser el consumo de drogas o psicofármacos (Arteaga-Romani, Junes-Gonzales, y Navarrete-Saravia, 2018).

Aunque el concepto de evitación experiencial (EA, de sus siglas en inglés *experiential avoidance*) ha sido contemplado y estudiado por casi todas las orientaciones psicológicas, las terapias de tercera generación han puesto este fenómeno en el punto de mira como generador y mantenedor de problemas psicológicos. Steven Hayes (1996), padre de la Terapia de Aceptación y Compromiso, define la evitación experiencial como el “*fenómeno que ocurre cuando una persona no está dispuesta a permanecer en contacto con sus experiencias privadas o eventos privados (emociones, pensamientos, sensaciones, recuerdos...) y toma medidas para alterar la forma o la frecuencia de éstas*” (Hayes et al., 1996).

La evitación experiencial es considerada como un mecanismo para afrontar la angustia que supone el síndrome de *Burnout*. Como cualquier evitación, a corto plazo puede ser reforzante por reducir considerablemente emociones desagradables, pero a medio a largo plazo los esfuerzos por evitar se van haciendo más intensos y desadaptativos, aumentando el estrés y reduciendo la calidad de vida (Gold y Wegner, 1995; citado en Losa, Becerro y Salvadores, 2010).

Uno de los elementos que caracterizan a la evitación experiencial es la fusión cognitiva. La fusión cognitiva es la tendencia a que el comportamiento sea excesivamente controlado y gobernado por la cognición, es decir, por los pensamientos. La fusión cognitiva, junto con la evitación experiencial, da lugar a lo que las tercera ola de terapias denomina inflexibilidad psicológica y que, según la Terapia de Aceptación y Compromiso, es el origen de los problemas psicológicos (Hayes, 2004). Estudios previos han encontrado relación entre fusión cognitiva y *Burnout* (Gillanders et al., 2014; Puolakanaho et al., 2018).

El grado en que una persona acepta o evita sus experiencias psicológicas negativas afecta a su bienestar general, lo que a su vez afecta a su satisfacción en el trabajo. Es decir, la aceptación de emociones está asociada con la satisfacción en el trabajo (Bond y Bunce, 2003). No obstante, Bond y Bunce (2003) encontraron que, si bien hay relación entre aceptación y satisfacción en el trabajo, no pudieron concluir que mayor aceptación fuera predictor de mayor satisfacción laboral.

Losa, Becerro y Salvadores (2010) realizaron un estudio con 80 enfermeras de Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) de cinco hospitales del Principado de Asturias en el que se evaluaba evitación experiencial y *Burnout*, junto con otras variables sociodemográficas. Encontraron una relación directa y significativa entre *Burnout* y evitación experiencial: la correlación más significativa fue entre la dimensión de despersonalización y las puntuaciones de evitación experiencial ( $r = 0.525, p < 0.01$ ). Las autoras concluyen que la evitación experiencial como variable personal, puede ser predictor de sufrir síndrome de *Burnout*, aunque la investigación referente a esto todavía es escasa en otras áreas laborales.

Bond y Bunce (2003) realizaron un estudio con 412 psicólogos clínicos y encontraron relación entre la aceptación (es decir, lo contrario a la evitación experiencial) y la efectividad en el trabajo. Concluyen que las personas que no tratan de evitar o controlar sus eventos privados, tienen más recursos atencionales, reflejándose esto en un mejor grado de control de las situaciones laborales complicadas. Además, al ser menos evasivos, se adentran más en estrategias de “prueba y error”, mejorando su desempeño y aumentando su conocimiento mediante la experiencia directa.

Una vez abordada la relación entre *Burnout* y evitación experiencial, cabe ahora revisar la relación entre *Burnout* y la otra variable a estudiar en el presente estudio: el autoconcepto. El autoconcepto se define como “*la autoevaluación en un dominio como la moralidad, el sentido del humor, la competencia laboral o la apariencia física*” (Harter, 2012; citado en Oñate et al. 2016). El autoconcepto positivo en el área laboral es predictor de mayor satisfacción y mejor desempeño en el trabajo (Judge y Bono, 2001). También se debe considerar que el *Burnout* tiene un impacto emocional relevante, por lo que este síndrome afecta a las representaciones y creencias que el trabajador tiene sobre sí mismo, es decir, a su autoconcepto (Oñate, Resett, Mengui e Iglesia, 2016).

Existen varios modelos teóricos que explican la génesis del *Burnout*. La Teoría socio-cognitiva del yo propone que las variables del *self* tienen un papel importante en la explicación del desarrollo del síndrome de estar quemado o *Burnout* (Harrison, 1983; citado en Betoret y Artica, 2010). Estas variables son la autoeficacia, autoconfianza y autoconcepto. Contribuyen al desarrollo de *Burnout* porque las altas demandas, la sobrecarga laboral o la falta de recursos en el área de la salud dificultan que el trabajador cumpla con sus expectativas laborales disminuyendo así su sensación de autoeficacia y su autoconcepto en esta área (Ortega Ruiz y López Ríos, 2004).

Jeanneau y Armelius (2000) realizaron una investigación con 754 trabajadores en salud mental en el que estudiaron la relación entre autoimagen y *Burnout*. Encontraron que los profesionales que puntuaban más alto en autoimagen negativa presentaban mayores niveles de agotamiento (primera dimensión de *Burnout*), mientras que las personas que puntuaron más alto en autoimagen positiva y aceptación de uno mismo, puntuaron más bajo en niveles de agotamiento. Encontraron una relación menos significativa entre autoimagen y despersonalización (segunda dimensión del *Burnout*), aunque una autoimagen negativa sí que se relacionaba con mayores puntuaciones en despersonalización.

Este trabajo pretende aportar nuevos datos acerca de síndrome de Burnout en personal sanitario en España y sobre la relación entre dicho síndrome con la evitación experiencial y el autoconcepto. Aumentar el conocimiento científico acerca de la relación entre estas variables permitirá un mayor ajuste de programas de prevención e intervención en trabajadores que sufran *Burnout* o sean susceptibles de sufrirlo.

#### *Objetivos principales*

- Describir los niveles de *Burnout*, evitación experiencial y autoconcepto laboral en una muestra de profesionales de la salud.
- Evaluar si existe relación entre las tres dimensiones de Burnout (agotamiento emocional, despersonalización y realización personal) y evitación experiencial.
- Evaluar si existen diferencias en *Burnout* según el tipo de profesión.



### *Objetivos secundarios*

- Evaluar si existen diferencias en *Burnout* según el sexo.
- Evaluar si existen diferencias en *Burnout* según la edad.
- Evaluar si existen diferencias en evitación experiencial en el área laboral según los niveles de *Burnout* en profesionales de la salud.
- Evaluar si existen diferencias en el autoconcepto en el área laboral según los niveles de *Burnout* en profesionales de la salud.

## **Método**

### *Diseño*

Se trata de un estudio correlacional transversal con una variable independiente (*Burnout*) y dos variables dependientes: evitación experiencial y autoconcepto.

### *Participantes*

Los participantes fueron 217 profesionales de la salud en España que aceptaron voluntariamente acceder a este estudio de Trabajo de Fin de Máster de la Universidad Pontificia de Comillas y cumplían los criterios de inclusión. Respondieron a través de una encuesta online que se fue difundiendo entre compañeros de profesión.

Los criterios de inclusión fueron (1) ser mayor de 18 años, (2) ser profesional de la salud en España y (3) haber trabajado al menos seis meses durante el último año, ya sea en el campo público o privado.

Se eliminaron 38 casos por dos motivos diferentes: todos aquellos que no se dedicaban a la medicina o a la enfermería (N = 36), ya que había un volumen muy grande de estas dos profesiones y el resto eran otras profesiones relacionadas con la salud (psicología, terapia ocupacional, odontología, fisioterapia, etc.) pero no se encontró ningún criterio lógico para agruparlos y de manera que las comparaciones entre grupos tuvieran sentido. Se eliminaron también las respuestas de los participantes que trabajan en más de un ámbito (N = 5), para simplificar así la comparación de las diferentes variables en función de si trabajaban en ámbito público, privado o concertado.

Finalmente, el número de participantes cuyos datos se incluyeron en el análisis de datos fueron 176, de los cuales 92 (53,2%) eran médicos y 81 (46,8%) enfermeros o enfermeras. Se contó con la participación de 30 hombres y 143 mujeres, una muestra no equitativa pero representativa de la población objeto de estudio, ya que en el ámbito sanitario predomina el sexo femenino. En cuanto a los grupos de edad, 55 participantes (31,8%) tenían entre 20 y 30 años, 46 participantes (26,6%) entre 31 y 40 años, 37 participantes (21,4%) entre 41 y 50 años, 33 participantes (19,1%) entre 51 y 60 años y 2 participantes (1,2%) tenían 61 años o más. Se analizaron los datos de médicos y enfermeros/as de la Comunidad de Madrid (52,6%), de la Comunidad Foral de Navarra (21,4%), de Aragón (12,7%), de Cataluña (6,4%), País Vasco (2,3%) y un 4,7% restante de Andalucía, Canarias, Castilla La Mancha, Castilla y León y La Rioja.

### *Instrumentos*

- Cuestionario *ad hoc* de variables sociodemográficas: (1) edad, (2) sexo, (3) ha trabajado al menos seis meses durante el último año si/no, (4) comunidad autónoma en la que trabaja y (5) trabajo en institución pública, privada o institución concertada.
- Maslach *Burnout* Inventory Human Services Survey (MBI-HSS; Maslach y Jackson, 1986; traducido al castellano por Gil-Monte y Peiró, 1999; validado en profesionales de la salud en España por Gil-Monte, 2005). Se trata de un cuestionario de 22 ítems cuyo contenido son afirmaciones acerca de actitudes y emociones relacionadas con el área laboral y desempeño profesional. Se compone de tres subescalas que coinciden con las tres dimensiones de *Burnout*: agotamiento emocional, despersonalización y realización personal. El cuestionario permite clasificar las puntuaciones todas las dimensiones en baja, media y alta acorde a unos puntos de corte. Los puntos de corte son: < 19, 19-26 y > 26 para agotamiento emocional; < 34, 34-39 y > 39 para realización personal; y < 6, 6-9 y > 9 para despersonalización.

Aunque la escala tiene estos puntos de corte para establecer un criterio clínico de *Burnout*, en este estudio se utilizó la escala de medida continua de las diferentes dimensiones del MBI-HSS para poder relacionarlas sin ceñirnos a una categorización. En otros análisis estadísticos, se trató la puntuación general de *Burnout* como variable categórica. Para poder tratar estos datos, se creó una variable que indicara qué nivel de *Burnout* tenían los participantes: bajo, medio o algo, según los puntos de corte

establecidos por Maslach et al (1986). La muestra del estudio actual obtuvo un alfa de Cronbach de ,86 y un porcentaje total de varianza explicada del 62,65%.

- Acceptance and Action Questionnaire (AAQ-II; Bond et al., 2011; adaptado a población española por Ruiz et al., 2013). Se trata de un cuestionario de siete ítems que aporta una medida general de evitación experiencial e inflexibilidad psicológica. Se contesta mediante una escala tipo Likert de 1 (“nunca es cierto”) a 7 (“siempre es cierto”). Los ítems evalúan la falta de voluntad para experimentar emociones y pensamientos no deseados (por ejemplo, “me preocupa no poder controlar mis preocupaciones y sentimientos”) y la incapacidad de estar en el momento presente y dirigir acciones a valores (por ejemplo, “mis experiencias y recuerdos dolorosos me dificultan vivir una vida que valoraría”) (Ruiz et al., 2013). Tanto la versión original como la validada en castellano (Barraca, 2004; Ruiz et al. 2013) cuenta con un alfa de Cronbach de ,88. La muestra del estudio actual obtuvo un alfa de Cronbach de ,92 y un porcentaje total de varianza explicada el 68,67%.
- Autoconcepto Forma 5 (AF-5; García y Musitu, 1999). Se trata de un cuestionario de 30 ítems que evalúa el autoconcepto de la persona que responde en cinco dimensiones: física, académica/laboral, social, emocional y familiar. En el presente estudio solo se analizaron los ítems relativos al área laboral. No obstante, los participante también contestaron a los ítems relativos a las otras cuatro áreas (física, social, emocional y familiar) para no alterar la fiabilidad y validez de la prueba. El participante contesta su grado de acuerdo o desacuerdo con las afirmaciones en una escala de 1 a 99. El Alfa de Cronbach en las escalas de este cuestionario oscilan entre el ,71 y ,89 y el porcentaje total de varianza explicada es del 61% (Esnaola, Rodríguez y Goñi, 2011). La muestra del estudio actual obtuvo un alfa de Cronbach de ,79 y un 57,94% total de varianza explicada por el test.

### *Procedimiento*

La administración de cuestionarios se realizó mediante Formularios de Google. En ningún momento se realizó ninguna práctica invasiva, todos los datos fueron tratados de forma anónima, y el participante tuvo siempre la opción de rechazar o abandonar la participación en el estudio en cualquier momento sin necesidad de justificar su abandono.

El acceso a la muestra realizado a través de internet. Esto permitió que los profesionales difundieran el enlace del cuestionario a otros compañeros de profesión, generando así un efecto “bola de nieve”.

Los datos obtenidos fueron en todo momento anónimos, se analizaron mediante el programa informático Statical Package for Social Scienecees (SPSS) versión 25.0, asignando un código a cada participante de manera que no se reflejara ningún dato personal.

Para llevar a cabo el análisis de datos se realizaron las siguientes pruebas estadísticas: en primer lugar, un análisis descriptivo de la muestra. A continuación, y tras comprobar que se cumplía el criterio de normalidad, se realizó una prueba  $r$  de Pearson para conocer las relaciones entre las tres dimensiones del *Burnout* y evitación experiencial. También estudió si existen diferencias en los niveles de *Burnout* en función del sexo (hombres/mujeres), en función del tipo de profesión (medicina/enfermería) y de la edad (20-40 años/41-65 años) mediante una prueba  $t$  para muestras independientes. Por último, se llevó a cabo un ANOVA de un factor para valorar si existen diferencias significativas en evitación experiencial y en autoconcepto laboral en función de si los trabajadores tienen un nivel bajo, medio o alto de *Burnout*.

## Resultados

En primer lugar se realizó el análisis descriptivo del *Burnout* tratado como variable categórica (Tabla 1) y se llevó a cabo el análisis descriptivo de cada una de las variables de estudio (Tabla 2): *Burnout* como variable continua en sus tres dimensiones (agotamiento emocional, despersonalización y realización personal), evitación experiencial y autoconcepto laboral.

**Tabla 1.** Niveles de Burnout (N = 176)

	<b>Bajo</b>	<b>Medio</b>	<b>Alto</b>
<b>Nivel de Burnout</b>	10,4%	75,7%	13,9%

**Tabla 2.** Medias y desviaciones típicas de *Burnout*, evitación experiencial y autoconcepto laboral.

	<b>Media</b>	<b>Desviación típica</b>
<b>MBI – HSS</b>		
Agotamiento emocional	23,49	12,45
Despersonalización	20,03	5,68
Realización personal	35,66	8,1
<b>AAQ-II</b>		
Evitación experiencial	18,8	7,96
<b>AF-5</b>		
Autoconcepto laboral	7,89	1,08

Antes de continuar el proceso de análisis de datos, se comprobó si se cumplía el criterio de normalidad. Dicho criterio se cumplía en algunos casos según la prueba de Kolmogorov-Smirnov y, en otros casos según los criterios de Curran, West y Finch (1996).

Se exploraron las correlaciones entre las tres dimensiones de *Burnout* (agotamiento emocional, despersonalización y realización personal) y evitación experiencial (Tabla 3). Se encontraron relaciones significativas entre agotamiento emocional y evitación experiencial ( $r = ,617$ ;  $p < ,01$ ), que corresponde a un 38,0% de varianza común. También se encontraron relaciones significativas entre despersonalización y evitación experiencial ( $r = ,534$ ;  $p < ,01$ ), que corresponde a un 28,5% de varianza común.

Aunque la varianza común entre realización personal y evitación experiencial es baja (0,04%), si que se obtuvo una correlación negativa ( $r = -,208$ ;  $p < ,01$ ), algo esperable debido a que la realización personal es la dimensión inversa dentro del cuestionario de *Burnout*.

**Tabla 3.** Coeficientes de correlación entre dimensiones de *Burnout* y la evitación experiencial.

	Agotamiento emocional	Despersonalización	Realización personal
Evitación experiencial	<b>,617**</b>	<b>,534**</b>	<b>-,208**</b>

Nota: \*\*  $p < ,01$

Con el siguiente análisis estadístico – prueba t para muestras independientes – se pretendía conocer si existen diferencias significativas en las diferentes dimensiones del *Burnout* en función de la profesión, el sexo y la edad de los participantes. Para conocer las diferencias en función de la edad, se agrupó a los participantes en dos grupos: el primero de 20 a 40 años y el segundo de 41 a 65 años.

No se encontraron diferencias significativas en agotamiento emocional, despersonalización ni realización personal entre médicos y enfermeros/as ( $p > ,05$ ) (tabla 4) ni entre los grupos de sexo ( $p > ,05$ ) y edad ( $p > ,05$ ) (tabla 5).

**Tabla 4.** Relación entre la profesión y *Burnout*

<b>Profesión</b> (medicina/enfermería)	
<b>Agotamiento emocional</b>	$t(171) = 1,903; p = ,059; d = ,29$
Medicina	$M = 25,16; SD = 12,26$
Enfermería	$M = 21,58; SD = 12,47$
<b>Despersonalización</b>	$t(171) = 1,35; p = ,178; d = ,21$
Medicina	$M = 10,58; SD = 9,41$
Enfermería	$M = 9,41; SD = 5,45$
<b>Realización personal</b>	$t(171) = -,41; p = ,68; d = -,06$
Medicina	$M = 35,42; SD = 7,69$
Enfermería	$M = 35,94; SD = 8,59$

**Tabla 5.** Relación entre variables sociodemográficas y *Burnout*

<b>Sexo (hombres / mujeres)</b>	
<b>Agotamiento emocional</b>	$t(171) = -,48; p = ,64; d = -,08$
Hombres	$M = 22,5; SD = 12,56$
Mujeres	$M = 23,69; SD = 12,46$
<b>Despersonalización</b>	$t(171) = 1,67; p = ,09; d = ,33$
Hombres	$M = 11,6; SD = 5,59$
Mujeres	$M = 9,7; SD = 5,67$
<b>Realización personal</b>	$t(171) = -,41; p = ,68; d = -,01$
Hombres	$M = 35,42; SD = 7,69$
Mujeres	$M = 35,94; SD = 8,59$
<b>Edad (20-40 años / 41-65 años)</b>	
<b>Agotamiento emocional</b>	$t(171) = -,76; p = ,45; d = -,12$
20 – 40 años	$M = 22,88; SD = 11,61$
41 – 65 años	$M = 24,33; SD = 13,58$
<b>Despersonalización</b>	$t(171) = 1,83; p = ,07; d = ,28$
20 – 40 años	$M = 10,69; SD = 5,62$
41 – 65 años	$M = 9,1; SD = 5,68$
<b>Realización personal</b>	$t(171) = -,79; p = ,43; d = ,12$
20 – 40 años	$M = 36,08; SD = 8,63$
41 – 65 años	$M = 35,08; SD = 7,32$

Por último, se quiso estudiar si existían diferencias en evitación experiencial y el autoconcepto laboral entre aquellos que tenían un nivel bajo, medio o alto de *Burnout*. Para ello, se trató el *Burnout* como variable categórica.

Se llevó a cabo un ANOVA de un factor para comparar diferencias los niveles de evitación experiencial y autoconcepto laboral en los diferentes grupos de nivel de *Burnout* bajo, medio o alto (Tabla 6). Se observó un efecto significativo ( $p < ,01$ ) en estas dos variables entre el nivel bajo y alto de *Burnout* y entre el nivel medio y alto de *Burnout*, pero no entre el nivel bajo y medio.

**Tabla 6.** Comparaciones entre grupos en los niveles de *Burnout*

	Estadístico de contraste
<b>Evitación experiencial</b>	F (2,170) = 26,78; $p < ,01$ ; $\eta^2_p = ,24$ .
<b>Autoconcepto laboral</b>	F (2, 170) = 10,1; $p < ,01$ ; $\eta^2_p = ,11$
Bajo-medio	$p = ,018$
Bajo-alto	$p < ,01$
Medio-alto	$p < ,01$

Se pudo observar un tamaño del efecto grande ( $\eta^2_p = ,24$ ) en evitación experiencial en función de un nivel bajo, medio o alto de *Burnout*. En el caso del autoconcepto laboral, también hay diferencias significativas entre grupos de nivel de *Burnout*, pero con un tamaño del efecto medio ( $\eta^2_p = ,11$ ).

## Discusión

Los resultados más relevantes de este trabajo se hallaron al estudiar las relaciones que existen entre las tres dimensiones del *Burnout* y la evitación experiencial. Se puede decir que existe una relación significativa entre agotamiento emocional y evitación experiencial y entre despersonalización y evitación experiencial. Es decir, que el personal sanitario con un patrón de inflexibilidad psicológica y rechazo a experimentar sus propias experiencias emocionales se relaciona con un mayor agotamiento emocional en el trabajo y con la necesidad de poner distancia entre uno mismo y los pacientes que atiende.



También se pudo concluir que existen diferencias significativas en evitación experiencial y autoconcepto laboral entre los grupos con bajo nivel de *Burnout* y alto nivel de *Burnout* entre los grupos con nivel medio de *Burnout* y nivel alto de *Burnout*. El resultado más relevante fue encontrar un tamaño del efecto grande ( $\eta^2_p = ,24$ ) al comparar la evitación experiencial en los distintos niveles de *Burnout*, y un tamaño del efecto medio ( $\eta^2_p = ,11$ ) al comparar el autoconcepto laboral y el *Burnout* bajo, medio o alto. Estas diferencias no fueron significativas entre los grupos con bajo y medio nivel de *Burnout*.

Estos datos resultan relevantes, ya que pueden permitir describir las variables relacionadas con el *Burnout*, así como las implicaciones psicológicas que puede tener un nivel alto de *Burnout* para los trabajadores.

En cuanto al estudio de las diferencias en los niveles de *Burnout* en función de la profesión, el sexo y la edad, no se encontraron diferencias significativas entre ninguno de los grupos. Estudios previos han analizado las diferencias en *Burnout* en función de la profesión, sexo y edad, pero tampoco han encontrado diferencias estadísticamente significativas en las comparaciones de ninguna de estas tres variables (Arteaga-Romani, Junes-Gonzales y Navarrete-Saravia, 2018; Ballester-Arnal et al., 2016; De la Fuente et al., 2015; Riquez, Hernández y Fernández, 2008).

No obstante, sí es interesante valorar el tamaño del efecto en los dos casos en los que éste fue mayor: (1) los profesionales de medicina puntuaron más alto en agotamiento emocional que los profesionales de enfermería ( $d = ,29$ ) y (2) los hombres puntuaron más alto en despersonalización que las mujeres ( $d = ,33$ ). Este último resultado es congruente con el hallado por Ballester-Arnal et al. (2016), que encontraron mayor despersonalización en hombres que en mujeres en una muestra de 117 sanitarios de Unidades de Cuidados Intensivos españolas y con los de Raggio y Malacarne (2007) que encontraron mayores niveles de despersonalización en médicos hombres que en médicos mujeres en Unidades de Cuidados Intensivos italianas.

En cuanto a las diferencias en despersonalización en función del sexo, sería interesante valorar cómo el contexto sociocultural influye en dicha diferencia, ya que habitualmente las mujeres encuentran más dificultades para conciliar su vida laboral con familiar y mayor dificultad para gestionar su tiempo (Albedín, 2016).

Al interpretar los datos del estudio, se debe tener en cuenta que la muestra de este estudio es mayoritariamente femenina (un 82,7% de los participantes fueron mujeres). Aunque esto no permite una equivalencia en las comparaciones de sexo, sí que muestra la realidad del ámbito sanitario en nuestro país, ya que la mayor parte del personal sanitario es femenino: el 84,3% de colegiados en enfermería en España son mujeres y el 50,4% en el caso de los colegiados en medicina según el Instituto Nacional de Estadística español (2017).

Otro aspecto destacable de los estadísticos descriptivos de la muestra es la distribución de los participantes al tratar el *Burnout* como una variable categórica con tres niveles (bajo, medio y alto). La mayor parte de los participantes (75,7%) se sitúan en el nivel medio de *Burnout*. Este gran número de participantes en el nivel medio era esperable, ya que los criterios establecidos para poder ser categorizado en nivel bajo o alto eran mucho más exigentes y pocos casos cumplían tantas condiciones.

Los profesionales sanitarios se enfrentan día a día a situaciones emocionalmente intensas y a la experiencia de sufrimiento de los pacientes. Además la responsabilidad que éstos asumen en su vida diaria contribuye a que a menudo se encuentran emocionalmente agotados y quemados. Todas las emociones que el trabajador experimenta a diario son importantes para su desempeño profesional, ya que la medicina o la enfermería requiere, además de conocimientos técnicos, una parte humana en la relación con los otros. Este estudio pretende dar visibilidad a cómo el manejo y la relación que la persona tiene con sus propias emociones puede tener repercusiones sobre su salud psicológica.

Este estudio cuenta con algunas limitaciones: el acceso a la muestra se realizó a través de internet y redes sociales, por lo que es posible que las personas más mayores hayan tenido menor probabilidad de acceso al cuestionario (solo dos de los participantes eran mayores de 60 años). Por otra parte, rellenar el cuestionario requería unos veinte minutos y era completamente voluntario, por lo que ya se produce un sesgo en la muestra al ser menos probable que un perfil de trabajador quemado decidiera realizarlo. Por último, aunque la muestra final (N = 187) es elevada, una muestra más grande y más equitativa en cuanto a localización geográfica y ámbito de trabajo hubiera mejorado la calidad del estudio.

La relación hallada entre las dimensiones de *Burnout* y la evitación experiencial puede servir de guía para ser aplicado en talleres o cursos de autocuidado y prevención de *Burnout* para personal sanitario. Así, los sanitarios podrían aprender formas más flexibles y adaptativas de relacionarse con sus propias emociones, aceptándolas y gestionándolas para sentirse así menos exhaustos que tratando de combatirlas de manera ineficaz (Hayes, 1996).

En la última década, se han publicado algunos estudios acerca de cómo la práctica de *Mindfulness* (incorporado dentro de las terapias de tercera generación) se relaciona con menores niveles de *Burnout* en sanitarios (Flatt y Dabney, 2019; Luken y Sammons, 2016). Los programas de *Mindfulness-Based Stress Reduction* (Kabat-Zinn, 2003) incluyen componentes en la práctica como la atención plena las propias emociones y sensaciones corporales (Halm, 2017), siendo esto lo contrario a la evitación experiencial que correlaciona con mayores niveles de *Burnout* según este trabajo.

Otros estudios también han relacionado la flexibilidad psicológica con menores niveles de *Burnout* en trabajadores (Puolakanaho *et al.*, 2018; Vilardaga *et al.*, 2011). Reeve, Tickle y Moghaddam (2018) llevaron a cabo un metaanálisis de siete estudios para observar la eficacia de la Terapia de Aceptación y Compromiso en la reducción del estrés laboral y el síndrome de *Burnout* en trabajadores de la salud. Concluyeron que la Terapia de Aceptación y Compromiso ayuda reducir los niveles de *Burnout*, especialmente en la dimensión de agotamiento emocional. Estos datos son congruentes con los resultados de este trabajo, en el que se ha encontrado la correlación más alta entre evitación experiencial y agotamiento emocional.

Aunque la literatura es escasa, en población española también se han llevado a cabo intervenciones breves basadas en *Mindfulness* y Terapia de Aceptación y Compromiso en sanitarios de dos hospitales madrileños: en la Unidad de Cuidados Paliativos del Gregorio Marañón (Ruiz, Ríos y Martín, 2008) y en profesionales de enfermería de UCI y servicios de urgencias del Hospital Puerta de Hierro (Blanco-Donoso *et al.*, 2017).

Una nueva línea de investigación podría ir destinada al estudio de la relación entre las variables de este estudio en otros grupos poblacionales que ya se han relacionado con *Burnout* en trabajos anteriores, como por ejemplo, con familiares cuidadores de enfermos (Valle-Alonso *et al.*, 2015) o con docentes (Brunsting, Sreckovic y Lane, 2014).

Además, aunque históricamente el *Burnout* ha sido más estudiado en profesiones que suponen contacto directo con personas (Schaufeli y Maslach, 2017), sería interesante replicar este estudio en profesiones no relacionadas con la salud o la docencia, como la ingeniería, economía, derecho, etc.

Si futuros estudios aportan nuevos resultados acerca de la relación entre *Burnout* y evitación experiencial, las terapias de tercera generación en general y la Terapia de Aceptación y Compromiso en particular podrían servir de guía para programas de tratamiento y prevención de dicho síndrome. La implementación de estos programas podría servir también como base científica para poder identificar con mayor detalle los elementos de esta ola de terapias que mayor contribución tienen a la reducción del *Burnout*.

## Referencias

- Albedín, L. (2016). *Niveles y factores de riesgo de Burnout en profesionales de enfermería en urgencias* (Tesis doctoral). Universidad Nacional Española a Distancia (UNED), España.
- Arteaga-Romani, A., Junes-Gonzales, W., y Navarrete-Saravia, A. (2018). La prevalencia del síndrome de Burnout en personal de salud. *Revista Médica Panacea*, 4(2), 40-44.
- Ballester-Arnal, R., Gómez-Martínez, S., Gil-Juliá, B., Desamparados Ferrándiz-Sellés, M., y Collado-Boira, J. (2016) Burnout y factores estresantes en profesionales sanitarios de unidades de cuidados intensivos. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 21, 129-136.
- Barraca, J. (2004). Spanish adaptation of the Acceptance and Action Questionnaire (AAQ). *International Journal of Psychology and Psychological Therapy* 4(3), 505–516.
- Betoret, F. D., y Artiga, A. G. (2010). Barriers perceived by teachers at work, coping strategies, self-efficacy and 20iterat. *The Spanish Journal of Psychology*, 13(2), 637-654.
- Blanco-Donoso, L.M., García-Rubio, C., Moreno-Jiménez, M.L., Rodríguez de la Pinta, S. Moraleda-Aldea, y Garrosa E (2017). Intervención breve basada en ACT y Mindfulness: estudio piloto con profesionales de Enfermería en UCI y Urgencias. *International Journal of Psychology & Psychological Therapy*, 17, 55-71.
- Brunsting, N. C., Sreckovic, M. A., y Lane, K. L. (2014). Special education teacher Burnout: A synthesis of research from 1979 to 2013. *Education and treatment of children*, 37(4), 681-711.
- Bond, F. (2011). Burnout among the addiction counseling workforce: The differential roles of mindfulness and values-based processes and worksite factors. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 40(4), 323–335.

- Bond, F.W., y Bunce, D. (2003). The role of acceptance and job control in mental health, job satisfaction, and work performance. *Journal of Applied Psychology* 88 (6), 1057–1067.
- Curran, P. J., West, S. G., y Finch, J. F. (1996). The robustness of test statistics to nonnormality and specification error in confirmatory factor analysis. *Psychological methods*, 1(1), 16.
- De la Fuente, E. I., García, J., Cañadas, G. A., San Luis, C., Cañadas, G. R., Aguayo, R.,... y Vargas, C. (2015). Psychometric properties and scales of the Granada Burnout Questionnaire applied to nurses. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 15(2), 130-138.
- Domínguez-Fernández, J. M., Padilla-Segura. I., Domínguez-Fernández, J. y Domínguez-Padilla, M. (2013). Tipologías comportamentales en relación con el Burnout, mobbing, personalidad, autoconcepto y adaptación de conducta en trabajadores sanitarios. *Atención Primaria*, 45(4), 199-207.
- Flatt, T., y Dabney, B.W. (febrero 2019). Mindfulness-Based Stress Reduction and Workplace Burnout: a literature review.. Conferencia llevada a cabo en el congreso *Creating Healthy Work Environments 2019: Innovating Healthy Clinical and Academic Environments: Optimizing Patient Outcomes and Professional Well-Being*. New Orleans, USA. Recuperado de: <http://hdl.handle.net/10755/16947>
- Freudenberger, H. J. (1974). Staff burn-out. *Journal of social issues*, 30(1), 159-165.
- García, F. y Musitu, G. (1999). *AF5: Autoconcepto Forma 5*. Madrid: TEA.
- Gil-Monte, P. R. (2005). Factorial validity of the Maslach Burnout Inventory (MBI-HSS) among Spanish professionals. *Revista de Saúde Pública*, 39(1), 1-8.
- Gil-Monte, P. R., y Peiró, J. M. (1999). Validez factorial del Maslach Burnout Inventory en una muestra multiocupacional. *Psicothema*, 11(3), 679-689.
- Gillanders, D. T., Bolderston, H., Bond, F. W., Dempster, M., Flaxman, P. E., Campbell, L., ... Remington, B. (2014). The development and initial validation of the Cognitive Fusion Questionnaire. *Behavior Therapy*, 45, 83-101.

- Halm, M. (2017). The role of mindfulness in enhancing self-care for nurses. *American Journal of Critical Care, 26*(4), 344-348.
- Hayes, S. C. (2004). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior Therapy, 35*, 639-665.
- Hayes, S. C., Wilson, K. G., Gifford, E. V., Follete, V. M. Y Stroschal, K. (1996) Experiential avoidance and behavioral disorders: a functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *Journal of consulting and clinical psychology, 64*(6), 1152.
- Jeanneau, M., y Armelius, K. (2000). Self-image and *burnout* in psychiatric staff. *Journal of psychiatric and mental health nursing, 7*(5), 399-406.
- Judge, T. A., y Bono, J. E. (2001). Relationship of core self-evaluations traits self-esteem, generalized self-efficacy, locus of control, and emotional stability with job satisfaction and job performance: A meta-analysis. *Journal of applied Psychology, 86*(1), 80.
- Kabat-Zinn J (2003). Mindfulness-based interventions in context: Past, present, and future. *Clinical Psychology: Science and Practice, 10*, 144-156. doi: 10.1093/clipsy.bpg016
- Losa Iglesias, M. E., Becerro de Bengoa, R. y Salvadores Fuentes, P. (2010) The relationship between experiential avoidance and burnout syndrome in critical care nurses: A cross-sectional questionnaire survey. *International journal of nursing studies, 47*(1), 30-37.
- Luken, M. y Sammons. A. (2016). Systematic review of Mindfulness practice for reducing job Burnout. *The American Journal of Occupational Therapy, 70*(2), 1-10.
- Maslach, C. Y Jackson, S. (1986). *Maslach Burnout Inventory Manual*. Palo Alto California: Consulting Psychology Press.
- Maslach, C., Jackson, S. E., Leiter, M. P., Schaufeli, W. B., y Schwab, R. L. (1986). *Maslach burnout inventory* (21), 3463-3464. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Maslach, C., Schaufeli, W. B., y Leiter, M. P. (2001). Job burnout. *Annual review of psychology, 52*(1), 397-422.

- Oñate, M.E., Resett, S., Menghi, M.S, y Iglesia, M.F. (2016). Burnout y Autoconcepto en Psicólogos Clínicos. *Revista de Psicoterapia*, 27(103), 215-229.
- Ortega-Ruiz, C., y López-Ríos, F. (2004). El Burnout o síndrome de estar quemado en los profesionales sanitarios: revisión y perspectivas. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 4(1), 137-160.
- Paris, M., y Hoge, M. A. (2009). Burnout in the Mental Health Workforce: a review. *The Journal of Behavioral Health Services and Research*, 37(4), 519-528.
- Puolakanaho, A., Tolvanen, A., Kinnunen, S. M., y Lappalainen, R. (2018). Burnout-Related Ill-Being at Work: Associations between Mindfulness and Acceptance Skills, Worksite Factors, and Experienced Well-Being in Life. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 10, 92-102. doi:10.1016/j.jcbs.2018.09.003
- Raggio, B., y Malacarne, P. (2007). Burnout in intensive care unit. *Minerva Anestesiology*, 73, 195-200.
- Reeve, A., Tickle, A., y Moghaddam, N. (2018). Are acceptance and commitment therapy-based interventions effective for reducing burnout in direct-care staff? A systematic review and meta-analysis. *Mental Health Review Journal*, 23(3), 131–155. doi:10.1108/mhrj-11-2017-0052
- Ruiz C.O., Ríos, F.L., y Martín, S.G. (2008). Psychological intervention for professional burnout in the Palliative Care Unit at Gregorio Marañón University Hospital. *Medicina Preventiva*, 15, 93-97.
- Ruiz, F. J., Luciano, C., Cangas, A. J., y Beltrán, I. (2013). Measuring experiential avoidance and psychological inflexibility: the Spanish version of the Acceptance and Action Questionnaire-II. *Psicothema*, 25(1), 123-129.
- Risquez, M. R., Hernández, F. P., y Fernández, C. G. (2008). Burnout y salud percibida en profesionales de enfermería de Cuidados Intensivos. *Enfermería Intensiva*, 19 (4), 169-178.



- Schaufeli, W. B., y Maslach, C. (2017). Historical and conceptual development of burnout. En Marek, T., Schaufeli, W. B., & Maslach, C. (Ed.) *Professional burnout: Recent developments in theory and research*. (pp. 1-16). Nueva York, EEUU: Routledge.
- Valle-Alonso, D., Hernández-López, I. E., Zúñiga-Vargas, M. L., y Martínez-Aguilera, P. (2015). Sobrecarga y Burnout en cuidadores informales del adulto mayor. *Enfermería universitaria*, 12(1), 19-27.
- Villardaga, R., Luoma, J. B., Hayes, S. C., Pistorello, J., Levin, M. E., Hildebrandt, M. J.,... y Bond, F. (2011). Burnout among the addiction counseling workforce: The differential roles of mindfulness and values-based processes and worksite factors. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 40(4), 323–335.