



UNIVERSIDAD DE SALAMANCA
FACULTAD DE PSICOLOGÍA

TESIS DOCTORAL

Directores:

Dra. Isabel Serrano Pintado

Dr. Javier Montero Martín

RELACIÓN DE FACTORES DE
PERSONALIDAD Y TIPOS DE
AFRONTAMIENTO EN EL SÍNDROME DE
BURNOUT EN DENTISTAS

Cristina Gómez Polo

Salamanca 2021

UNIVERSIDAD DE SALAMANCA

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

DEPARTAMENTO DE PERSONALIDAD,
EVALUACIÓN, Y TRATAMIENTOS
PSICOLÓGICOS

INFLUENCIA DE LOS FACTORES DE
PERSONALIDAD Y DE LOS TIPOS DE
AFRONTAMIENTO EN EL SÍNDROME DE
BURNOUT EN DENTISTAS

DIRECTORES:

DRA. ISABEL SERRANO PINTADO

DR. JAVIER MONTERO MARTÍN

TESIS DOCTORAL

CRISTINA GÓMEZ POLO

2021

Departamento de Personalidad, Evaluación y tratamiento Psicológico.

Departamento de Cirugía

Universidad de Salamanca

-PROF. DRA.ISABEL SERRANO PINTADO, PROFESORA TITULAR DE LA FACULTAD DE PSICOLOGÍA DE LA UNIVERSIDAD DE SALAMANCA.

-PROF. DR. JAVIER MONTERO MARTÍN, CATEDRÁTICO DE PRÓTESIS ESTOMATOLÓGICA, FACULTAD DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD DE SALAMANCA

HACEN CONSTAR:

Que el presente estudio presentado por Doña Cristina Gómez Polo para optar al Grado de Doctor en Odontología con el título "RELACIÓN DE FACTORES DE PERSONALIDAD Y TIPOS DE AFRONTAMIENTO EN EL SÍNDROME DE BURNOUT EN DENTISTAS", es un trabajo original que ha sido realizado bajo nuestra supervisión y dirección.

Para que conste firmo en Salamanca a 11 de Marzo de 2021.

Prof. Dra. Isabel Serrano Pintado

Prof. Dr. Javier Montero Martín

Agradecimientos

En primer lugar, me gustaría dar las gracias a la Dra. Isabel Serrano Pintado y al Dr. Javier Montero Martín por aceptar la dirección de este trabajo. Han demostrado su colaboración, paciencia y dedicación indispensable para desarrollar esta tesis doctoral.

A todos los compañeros de la Universidad de Salamanca, del departamento de Cirugía, especialidad de Odontoestomatología por animarme a seguir trabajando dentro de la carrera docente. Al Consejo General de Dentistas de España y a los Colegios profesionales de Odontólogos por su apoyo constante en la recogida de datos. A todos y cada uno de los dentistas que de una manera desinteresada han aceptado participar en este estudio.

A Jose Manuel García de Cecilia, director y analista principal de Análisis Estadísticos 3 Datos, por su paciencia infinita durante la realización del estudio estadístico. A la Dra. Ana María Martín Casado por ayudarme, animarme y ser mi luz en la distancia.

A mis compañeros de trabajo Dr. Ramos García y Dr. Santos González por preocuparse de mi formación constante en el campo Odontológico. A mis padres, por transmitirme la curiosidad, la pasión por aprender y el espíritu peleón de “no rendirse”.

A Nacho, que siempre está a mi lado para ayudarme a no perder el ánimo.

Y, en definitiva, a todas aquellas personas que han hecho posible que este proyecto haya salido a la luz, a todas ellas, muchas gracias.

Dedicatoria

“A Julia, a Jaime y a Cristina,
por ser mi fuerza”

ÍNDICE

RESUMEN	21
INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN DEL TEMA OBJETO DE ESTUDIO	25
1.- FUNDAMENTOS TEÓRICOS	33
1.1.- ESTADO DE LA PROFESIÓN DENTAL EN ESPAÑA	33
1.2.-EL MODELO DE LOS CINCO GRANDES FACTORES DE PERSONALIDAD .	35
1.2.1.- INTRODUCCIÓN TEÓRICA.....	35
1.2.2.- DESCRIPCIÓN DEL MODELO DE LOS CINCO GRANDES FACTORES DE PERSONALIDAD	37
1.2.3.- EVALUACIÓN DEL MODELO DE CINCO FACTORES.....	42
1.3.-ESTILOS DE AFRONTAMIENTO	46
1.3.1.-EVALUACIÓN DE ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO. EL INVENTARIO BRIEF COPY INVENTORY (COPE).....	50
1.4.- EL SÍNDROME DE BURNOUT	51
1.4.1.-VARIABLES INDIVIDUALES SOBRE EL <i>SÍNDROME DE BURNOUT</i>	55
1.4.2. VARIABLES ORGANIZACIONALES SOBRE EL <i>SÍNDROME DE BURNOUT</i>	57
1.4.3 EVALUACIÓN DEL <i>SÍNDROME DE BURNOUT</i> . TEST MASLACH <i>BURNOUT</i> INVENTORY (MBI-HSS).....	59
2.- OBJETIVOS, HIPÓTESIS Y MÉTODO	67
2.1.- OBJETIVOS	67
2.2.- HIPÓTESIS	68
2.3.- MÉTODO	69
2.3.1.- PARTICIPANTES.....	69
2.3.2.- INSTRUMENTOS.....	69
2.3.3.- METODOLOGÍA ESTADÍSTICA.....	75
3.- RESULTADOS	81

3.1.- DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA.....	81
3.2.- EXPLORACIÓN Y DESCRIPCIÓN DEL CUESTIONARIO DE PERSONALIDAD NEO FFI.....	88
3.2.1.- FIABILIDAD.....	88
3.2.2.- EXPLORACIÓN Y DESCRIPCIÓN DE LAS DIMENSIONES.....	89
3.3.- EXPLORACIÓN Y DESCRIPCIÓN DEL CUESTIONARIO COPE-28 DE ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO.....	92
3.3.1.- FIABILIDAD.....	93
3.3.2.- EXPLORACIÓN Y DESCRIPCIÓN DE LAS DIMENSIONES.....	94
3.4.- EXPLORACIÓN Y DESCRIPCIÓN DEL INVENTARIOS MBI DE <i>SÍNDROME DE BURNOUT</i>.....	99
3.4.1.- FIABILIDAD.....	100
3.4.2.- EXPLORACIÓN Y DESCRIPCIÓN DE LAS DIMENSIONES.....	100
3.5.- DIFERENCIAS POR RAZÓN DE GÉNERO.....	108
3.5.1.- DIFERENCIAS EN PERSONALIDAD (CUESTIONARIO NEO FFI).....	108
3.5.2.- DIFERENCIAS EN AFRONTAMIENTO (CUESTIONARIO COPE-28).....	109
3.5.3.- DIFERENCIAS EN EL <i>SÍNDROME DE BURNOUT</i> (INVENTARIO MBI).....	111
3.6.- DIFERENCIAS POR RAZÓN DE EDAD.....	112
3.6.1.- DIFERENCIAS EN PERSONALIDAD (CUESTIONARIO NEO FFI).....	113
3.6.2.- DIFERENCIAS EN AFRONTAMIENTO (CUESTIONARIO COPE-28).....	114
3.6.3.- DIFERENCIAS EN <i>SÍNDROME DE BURNOUT</i> (INVENTARIO MBI).....	119
3.7.- DIFERENCIAS POR RAZÓN DEL ENTORNO.....	120
3.7.1.- DIFERENCIAS EN PERSONALIDAD (CUESTIONARIO NEO FFI).....	120
3.7.2.- DIFERENCIAS EN AFRONTAMIENTO (CUESTIONARIO COPE-28).....	121
3.7.3.- DIFERENCIAS EN <i>SÍNDROME DE BURNOUT</i> (INVENTARIO MBI).....	122
3.8.- DIFERENCIAS POR RAZÓN DE TRABAJAR SOLO O ACOMPAÑADO.....	123
3.8.1.- DIFERENCIAS EN PERSONALIDAD (CUESTIONARIO NEO FFI).....	123
3.8.2.- DIFERENCIAS EN AFRONTAMIENTO (CUESTIONARIO COPE-28).....	124

3.8.3.- DIFERENCIAS EN <i>SÍNDROME DE BURNOUT</i> (INVENTARIO MBI)	126
3.9.- DIFERENCIAS POR RAZÓN DE TRABAJAR EN 1 O MÁS CONSULTAS.....	127
3.9.1.- DIFERENCIAS EN PERSONALIDAD (CUESTIONARIO NEO FFI)	127
3.9.2.- DIFERENCIAS EN AFRONTAMIENTO (CUESTIONARIO COPE-28).....	128
3.9.3.- DIFERENCIAS EN <i>SÍNDROME DE BURNOUT</i> (INVENTARIO MBI)	129
3.10.- DIFERENCIAS POR RAZÓN DE PROPIEDAD-COPROPIEDAD DE ALGUNA CONSULTA.....	130
3.10.1.- DIFERENCIAS EN PERSONALIDAD (CUESTIONARIO NEO FFI).....	130
3.10.2.- DIFERENCIAS EN AFRONTAMIENTO (CUESTIONARIO COPE-28) ...	131
3.10.3.- DIFERENCIAS EN <i>SÍNDROME DE BURNOUT</i> (INVENTARIO MBI).....	133
3.11.- DIFERENCIAS POR RAZÓN DEL TIEMPO DE TRABAJO SEMANAL.....	134
3.11.1.- DIFERENCIAS EN PERSONALIDAD (CUESTIONARIO NEO FFI).....	134
3.11.2.- DIFERENCIAS EN AFRONTAMIENTO (CUESTIONARIO COPE-28) ...	135
3.11.3.- DIFERENCIAS EN <i>SÍNDROME DE BURNOUT</i> (INVENTARIO MBI).....	138
3.12.- DIFERENCIAS POR RAZÓN DE LOS AÑOS DE EXPERIENCIA EN EL TRABAJO.....	138
3.12.1.- DIFERENCIAS EN PERSONALIDAD (CUESTIONARIO NEO FFI)	139
3.12.2.- DIFERENCIAS EN AFRONTAMIENTO (CUESTIONARIO COPE-28)....	139
3.12.3.- DIFERENCIAS EN EL <i>SÍNDROME DE BURNOUT</i> (INVENTARIO MBI).142	
3.13.- ANÁLISIS CORRELACIONAL	143
3.13.1.- RELACIÓN ENTRE PERSONALIDAD Y AFRONTAMIENTO	144
3.13.2.- RELACIÓN ENTRE PERSONALIDAD Y <i>SÍNDROME DE BURNOUT</i>	145
3.13.3.- RELACIÓN ENTRE AFRONTAMIENTO Y <i>SÍNDROME DE BURNOUT</i> .147	
3.14.- CLASIFICACIÓN DE LOS PARTICIPANTES EN GRUPOS SEGÚN SUS PERFILES UTILIZANDO ANÁLISIS DE CLUSTER	148
3.15.- ESTUDIO CRUZADO DE LAS CLASIFICACIONES ANTERIORES.....	154
3.15.1.- CLUSTER DE PERSONALIDAD X CLUSTER POR AFRONTAMIENTO (CLASIFICACIÓN 1 X CLASIFICACIÓN 2)	154

3.15.2.- CLUSTER DE PERSONALIDAD X CLUSTER DE <i>SÍNDROME DE BURNOUT</i> (CLASIFICACIÓN 1 X CLASIFICACIÓN 3).....	157
3.15.3.- CLUSTER POR AFRONTAMIENTO X CLUSTER DE <i>SÍNDROME DE BURNOUT</i> (CLASIFICACIÓN 2 X CLASIFICACIÓN 3).....	159
3.16.- MODELOS PREDICTIVOS.....	162
3.16.1.- PREDICCIÓN DEL <i>AFRONTAMIENTO CENTRADO EN EL PROBLEMA</i> DESDE LAS DIMENSIONES DE PERSONALIDAD	162
3.16.2.- PREDICCIÓN DEL <i>AFRONTAMIENTO CENTRADO EN LA EMOCIÓN</i> DESDE LAS DIMENSIONES DE PERSONALIDAD	163
3.16.3.- PREDICCIÓN DEL <i>AFRONTAMIENTO EVITATIVO</i> DESDE LAS DIMENSIONES DE PERSONALIDAD.....	165
3.16.4.- PREDICCIÓN DEL <i>CANSANCIO EMOCIONAL</i> DESDE LAS DIMENSIONES DE PERSONALIDAD.....	167
3.16.5.- PREDICCIÓN DE LA <i>DESPERSONALIZACIÓN</i> DESDE LAS DIMENSIONES DE PERSONALIDAD.....	168
3.16.6.- PREDICCIÓN DE LA <i>REALIZACIÓN PERSONAL</i> DESDE LAS DIMENSIONES DE PERSONALIDAD.....	170
3.16.7.- PREDICCIÓN DEL <i>CANSANCIO EMOCIONAL</i> DESDE LAS DIMENSIONES Y SUBESCALAS DE AFRONTAMIENTO	172
3.16.8.- PREDICCIÓN DE LA <i>DESPERSONALIZACIÓN</i> DESDE LAS DIMENSIONES Y SUBESCALAS DE AFRONTAMIENTO	177
3.16.9.- PREDICCIÓN DE LA <i>REALIZACIÓN PERSONAL</i> DESDE LAS DIMENSIONES Y SUBESCALAS DE AFRONTAMIENTO	182
3.16.10.- MODELO MULTIVARIANTE CONJUNTO (FACTORES DE PERSONALIDAD Y ESTILOS DE AFRONTAMIENTO) PARA EL <i>CANSANCIO EMOCIONAL</i>	188
3.16.11.- MODELO MULTIVARIANTE CONJUNTO PARA LA <i>DESPERSONALIZACIÓN</i>	189

3.16.12.- MODELO MULTIVARIANTE CONJUNTO PARA LA REALIZACIÓN PERSONAL	190
4.-DISCUSIÓN	195
5.-CONCLUSIONES	223
6.- LIMITACIONES DEL ESTUDIO Y LÍNEAS FUTURAS DE INVESTIGACIÓN	227
6.1.- LIMITACIONES DEL ESTUDIO	227
6.1.1.- VALIDEZ DEL CUESTIONARIO Y SESGO ENCUESTAS ON LINE.....	227
6.1.2.- SESGO DE SELECCIÓN.....	229
6.2.- LINEAS FUTURAS DE INVESTIGACIÓN	231
7.-REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	237
8.-ANEXOS	264



RESUMEN

RESUMEN

El *Síndrome de Burnout*, que afecta de forma significativa a los dentistas, tiene un importante interés debido a las repercusiones físicas y psicológicas que conlleva. Es sabido que existen variables laborales en su aparición y desarrollo, pero también que estas variables no afectan en todas las personas en la misma manera. El objetivo de esta investigación es estudiar cómo se relacionan variables sociodemográficas, laborales, dimensiones de personalidad y estilos de afrontamiento con la aparición del *Síndrome de Burnout* en los dentistas colegiados españoles (N=1554). A través de los correos electrónicos se distribuyó una encuesta compuesta por factores sociodemográficos, variables laborales, cuestionarios de personalidad y de estilos de afrontamientos y *Síndrome de Burnout*. Por un lado, los resultados muestran que no hay diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres en la presencia de *Síndrome de Burnout*. También que a menor edad, aparecen puntuaciones significativamente más altas en *Cansancio emocional* y *Despersonalización* y puntuaciones significativamente más bajas en *Realización personal*. La existencia de *Síndrome de Burnout* está positivamente relacionada con *Neuroticismo* y *Afrontamiento Evitativo* y negativamente relacionada con *Extroversión* y en menor medida con *Cordialidad* y *Responsabilidad*. Mediante análisis de cluster, se encontraron tres perfiles de personalidad en los dentistas, denominados: "Introvertidos, neuróticos y amantes de la rutina" (29.0%), "Tranquilos y extrovertidos" (41,5%) y "Neuróticos y curiosos" (29.4%).

ABSTRACT

Burnout Syndrome, which significantly affects dentists, is of great interest because of the physical and psychological impact it entails. It is known that there are work-related variables linked to its appearance and development, but also that these variables do not affect all people in the same way. The aim of this research is to study how socio-demographic and work-related variables, personality dimensions, and coping strategies are related to the appearance of Burnout Syndrome in Spanish chartered dentists (N=1554). A survey was distributed through their e-mail addresses with questions on socio-demographic factors and work-related variables, as well as questionnaires on personality, coping styles, and Burnout Syndrome. On the one hand, the results showed that there were no statistically significant differences between men and women regarding the presence of Burnout Syndrome. On the other hand, the younger the age, significantly higher scores appeared for Emotional fatigue and Depersonalization, and significantly lower scores were reported for Personal accomplishment. The existence of Burnout Syndrome is positively related to Neuroticism and Avoidant coping, and negatively related to Extroversion and, to a lesser extent, to Friendliness and Responsibility. By means of cluster analysis, three personality profiles were found among the dentists, denominated: "Introverted, neurotic and lovers of routine" (29.0%), "Calm and extroverted" (41.5%) and "Neurotic and curious" (29.4%).



INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN DEL TEMA OBJETO DE ESTUDIO

INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN DEL TEMA OBJETO DE ESTUDIO

Los profesionales sanitarios dedicados al sector dental, se enfrentan, en muchas ocasiones, a situaciones de sobrecarga de trabajo (Caruana, 1989; Gorter, 2001; Guerrero, 2001; Escribá & Bernabé, 2002) donde se actúa en condiciones de soledad profesional, y además tienen que hacerse cargo de la economía como trabajadores autónomos o empresarios (Song, et al., 2017). Por lo tanto, se considera el ejercicio de la Odontología como una profesión estresante (Hakanen et al., 2005). Estos dos últimos factores, son diferenciadores del personal sanitario de hospitales o centros de salud, donde hay compañeros de la misma graduación profesional y no tienen que gestionar económicamente ningún servicio, es la administración hospitalaria quien se encarga. El trabajo de dentista es emocional y físicamente muy agotador, porque conlleva un estrés añadido al meramente asistencial (Huri et al., 2017). Pudiendo afectar al bienestar físico y mental de los dentistas y por tanto en la calidad y cantidad de los tratamientos que proporcionan (Huri et al., 2016; Huri, et al., 2017). En España, la investigación del *Síndrome de Burnout* se ha destinado básicamente al sector sanitario y no en profundidad al sector dental (Giménez, 2000; Singh et al., 2016; Huri, et al., 2017).

Se sabe que los trabajos cuya base es el contacto con otras personas son más propensos a presentar estrés y el “Síndrome de estar quemado con el trabajo” (Von Onciu, 1996; Gimeno, et al., 2001). La asistencia dental implica un contacto estrecho de proximidad física con los pacientes y una relación de confianza, en la mayoría de los casos, ya que los pacientes eligen libremente el dentista. Este elemento es diferenciador con el personal sanitario asistencial público, donde el elemento “de elegir”, en la mayoría de los casos no está contemplado. El esfuerzo que realiza el dentista para conseguir la confianza y fidelidad de los pacientes es un elemento añadido más de estrés al ya comentado del trabajo asistencial dental y al gestor-económico.

Los síntomas de depresión, ansiedad son similares a los síntomas del *Síndrome de Burnout* (Tizón, 2004) y aparecen en situaciones de alto estrés o sobrecarga laboral (Song, et al., 2017). Por eso es tan importante valorar la “calidad de vida profesional”, definida como «la experiencia de bienestar derivada del equilibrio que percibe el individuo entre las demandas o carga de trabajo desafiante, intenso y complejo, y los recursos (psicológicos, organizacionales y relacionales) de que dispone para afrontar esas demandas» (García S. S., 1993). Esta definición es muy ilustrativa de todas las variables que interactúan en el proceso de estar satisfecho en el trabajo. Por eso, es necesario explorarlas para prevenirlas, o potenciarlas con la finalidad de evitar o minimizar los síntomas del *Síndrome de Burnout*.

Por último, aún no hay certeza en la posible relación entre las estrategias de afrontamiento y el desarrollo del *Síndrome de Burnout*. Es cierto que predominan los resultados que apuntan que los estilos de *Afrontamiento centrados en el Problema* son utilizados por aquellas personas que se enfrentan a condiciones estresantes concretas de la práctica diaria como por ejemplo atender a un número elevado de pacientes (Caruana, 1989; Guerrero, 2001; Escribá & Bernabé, 2002). Por este motivo vamos a explorar estas variables en la profesión dental española.

De acuerdo con Zaninotto et al. (2018) la compleja interacción del *Síndrome de Burnout* y los rasgos de personalidad aún no se conoce en profundidad y la relación entre los factores sociodemográficos, laborales y de personalidad en el personal sanitario debe conocerse para comprender la presencia del *Síndrome de Burnout* (Queiros et al., 2013). Este estudio pretende arrojar algo de luz sobre ese tema en el sector de la Odontología.

El presente trabajo se estructura en dos partes principales. La primera parte es teórica, en ella se exponen los conceptos básicos, teorías que relacionan las estrategias

de afrontamiento, los factores de personalidad y el *Síndrome de Burnout*, principalmente. La segunda parte contiene una descripción del trabajo empírico y se exponen los objetivos, hipótesis, metodología seguida y resultados obtenidos, así mismo se presenta una discusión de los resultados, las conclusiones extraídas, las limitaciones del estudio y posibles líneas futuras de investigación. Todo ello se completa con las referencias bibliográficas consultadas y una serie de anexos

PARTE TEÓRICA



CAPÍTULO 1

FUNDAMENTOS TEÓRICOS

1.- FUNDAMENTOS TEÓRICOS

1.1.- ESTADO DE LA PROFESIÓN DENTAL EN ESPAÑA

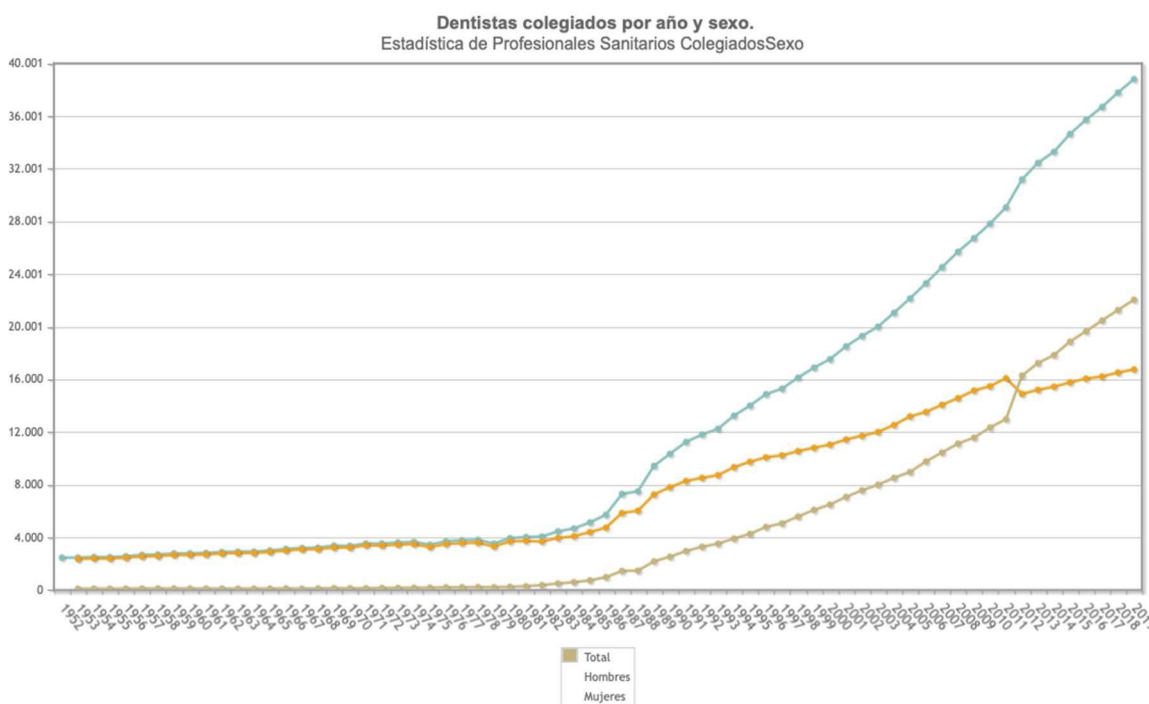
En los últimos años la actividad profesional dental en España ha aumentado de forma significativa. El número de clínicas dentales crece más rápidamente (aproximadamente un 15% más) que el número de habitantes, por lo que cada vez el ratio poblacional para cada dentista es menor. Así, la cantidad de dentistas es superior a las necesidades de tratamiento de la población (Bravo Pérez, 2004; Hernández-Díaz, 2008; Llodra, 2010; Registro General de centros, servicios y establecimientos sanitarios, 2017).

Se puede afirmar que el número de dentistas colegiados ha crecido de la siguiente manera; desde los años 2007-2016 ha pasado de 24.515 (2007) a 35.716 (2016) lo que supone un aumento de cerca del 46%. La profesión odontológica gana cada vez más afiliados, por lo menos son más los que año tras año constan como inscritos a algún colegio profesional. El número de dentistas colegiados en España sobrepasó las 36.600 personas en 2017, 4.244 profesionales más respecto hace cinco años, según datos actualizados del Instituto Nacional de Estadística (INE, 2018). De los 36.689 profesionales odontológicos colegiados a cierre del ejercicio 2017, 20.471 son mujeres, el 55.8%, mientras que 16.218 son hombres, es decir, el 44.2% restante. A lo largo de los últimos cinco años, el número de mujeres dentistas colegiadas se ha incrementado en 3.230 profesionales. Por su parte, el número de hombres dentistas colegiados ha aumentado en 1.014 nuevos profesionales. España cerró 2018 con 37.137 dentistas colegiados en activo, un 3% más que en el año anterior, según los datos del INE. Esto supuso que la tasa de dentistas por cada 1.000 habitantes se situase en 0.79 por cada 1.000 habitantes. En fecha 31 de diciembre de 2019 el número de dentistas colegiado volvió a incrementarse hasta llegar a 38.809, siendo 22.052 mujeres, según el INE. En este sentido, la Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda que haya un odontólogo para cada 3.500 habitantes. En España gracias a la gran

cantidad de profesionales en el sector dental, la relación es de 1 dentista por cada 1.700 habitantes, es decir, casi el doble de lo recomendado por la OMS. En el informe presentado por el INE, también se detalla la edad de los profesionales. En este sentido, se tiene que el 60.7 % de los dentistas cuenta con menos de 45 años de edad. El 33.6% tiene una edad comprendida entre los 45 y los 64 años de edad y finalmente, un 5.7% cuentan con 65 o más años. (INE, 2020). La previsión para el 2020 es que se alcance la cifra de 40 mil dentistas (Llodra, 2010).

Figura 1

Distribución por Sexo y Años de los Dentistas Colegiados en España



Nota. Fuente INE consultado el 21.7.20.

La línea azul, representa a la población total, la línea naranja a los hombres y la línea marrón a las mujeres.

La profesión dental, según muchos estudios en diversos países presenta niveles altos de *Síndrome de Burnout* (Te Brake et al, 2008; Hernández-Díaz, 2008; Ríos Santos et al., 2010; Gorter & Freeman, 2011; Anaya Aguilar, 2015). Este “Síndrome de quemado por el trabajo” o *Síndrome de Burnout* está influido por variables laborales

propias (sobrecarga de pacientes, interacciones con pacientes, presión en el tiempo, exigencias físicas visuales, auditivas, táctiles, coordinación motora fina), variables asociadas al puesto de trabajo (tiempo de desplazamiento, propiedad de empresa, gestión de personal administrativo y auxiliar, trabajar en soledad, ingresos no fijos) y variables personales, que son las menos estudiadas y más desconocidas.

1.2.-EL MODELO DE LOS CINCO GRANDES FACTORES DE PERSONALIDAD

1.2.1.- INTRODUCCIÓN TEÓRICA

La personalidad humana es difícil de describir o explicar, los distintos modelos psicológicos intentan aproximarse a este fenómeno. Hipócrates (460-336 a.C.) empleó los cuatro elementos y asimilándolos a los cuatro humores que recorren el cuerpo humano sangre (procedente del corazón), bilis amarilla (del hígado), bilis negra (del bazo y del estómago), y flema (del cerebro). Hipócrates afirmó que la salud es el equilibrio de los humores en el cuerpo y las enfermedades son excesos o desequilibrios entre los mismos. De esta manera se relaciona biología y personalidad.

En 1937 Gordon Allport en su publicación “Personalidad: una interpretación psicológica” se encarga de estudiar los “rasgos”, uno de los conceptos que más se ha estudiado en el campo de la Psicología de la personalidad (Romero, 2005). Así define el rasgo como “predisposiciones a responder, de manera igual o similar, a diferentes tipos de estímulos, como formas congruentes y duraderas de reaccionar al ambiente”. Es decir, predisposiciones estables/consistentes de comportamiento, tendencia a actuar de forma similar ante determinadas situaciones a lo largo de la vida.

Las características principales de los rasgos son las siguientes (Allport G. , 1937):

1. Tienen existencia real, existen dentro de cada persona. No son constructos teóricos o etiquetas propuestas para explicar la conducta.
2. Determinan o causan el comportamiento; no surge sólo en respuesta a estímulos ambientales. Nos motivan a buscar los estímulos apropiados e interactúan con el ambiente para determinar la conducta.
3. Pueden demostrarse empíricamente. Al observar la conducta en el tiempo, podemos inferir su existencia en la coherencia de las respuestas de una persona a estímulos iguales o similares.
4. Están interrelacionados; pueden superponerse aún cuando representen características diferentes.
5. Varían con la situación. Una persona puede mostrar rasgos antagónicos en situaciones diferentes.

Los rasgos son un conjunto de componentes que sirven de base para describir las diferencias individuales. Uno de los autores de referencia en las teorías de la personalidad basadas en rasgos y dimensiones (factorialistas) fue Hans Eysenck. En su primera obra, “Dimensiones de Personalidad” (Eysenck, 1947), describe dos dimensiones de base biológica, definidas como combinaciones de rasgos o factores: *Extroversión* y *Neuroticismo*. Posteriormente, lo amplió a tres factores, conocido como la Teoría de PEN (por la inicial de cada factor): Psicoticismo (frente a control de impulsos), *Extroversión* (frente a introversión) y *Neuroticismo* (frente a Estabilidad emocional).

En los años 80, Goldberg emplea estudios de análisis léxicos de personalidad y sostiene que cualquier modelo para basar las diferencias individuales tendrá que basarse en “Cinco Grandes” dimensiones (Sanz et al., 1999).

Esta teoría será corroborada por diversos estudios factoriales, principalmente por trabajos de Robert McCrae y Paul Costa, (1990). Surge así un paradigma dominante unificado conocido como el “Modelo de los Cinco Grandes Factores de la Personalidad” (MCF o FFM como es conocido en inglés, por las iniciales de “Five Factor Model”). Así queda determinado como sustento o marco teórico actual dominante (Funder, 2001). Este movimiento teórico está respaldado por múltiples autores (McCrae & Costa, 1990; Costa & McCrae, 1999; John & Srivastava, 1999; McCrae et al., 2000; Widiger, 2005).

Los planteamientos teóricos que se centran en las personas (tipológicos), a diferencia de los acercamientos dimensionales, no se centran en las variables de personalidad, sino en los tipos de las mismas. Es decir, las aproximaciones tipológicas proponen estudiar la estructura global de las dimensiones o factores de la personalidad dentro de los individuos.

1.2.2.- DESCRIPCIÓN DEL MODELO DE LOS CINCO GRANDES FACTORES DE PERSONALIDAD

Costa y McCrae, como referente bibliográfico, “defienden una versión genotípica de los rasgos como entidades internas, estables, endógenas y determinadas biológicamente” (sin componente cognitivo) (Romero, 2002). Estos autores defienden una versión del modelo con una existencia real, biológica, con gran influencia de la herencia genética. Cada una de las cinco “grandes” dimensiones engloba gran cantidad de características, rasgos distintos, específicos, que van conformando la personalidad de cada sujeto. Su Modelo Cinco Factores (MCF) también incluye facetas, que son factores de segundo orden, que están dentro de cada factor “grande” (Costa & McCrae, 1999).

Figura 2

Resumen de las Cinco Dimensiones de Personalidad

Factor o Dimensión	Definición	Características de los polos	Facetas o rasgos específicos
<i>Amabilidad</i> Antagonismo	Calidad de las interacciones que una persona prefiere, en un continuo que va de la compasión al antagonismo	+ : bondadoso, compasivo, afable, atento, confiado, servicial, altruista, cooperativo - : cínico, rudo, agresivo, suspicaz, competitivo, irritable, manipulador, vengativo, egoísta, crítico + : organizado, fiable, trabajador, controlado, cuidadoso, puntual, formal, escrupuloso, tenaz, perseverante - : informal, vago, descuidado, negligente, hedonista, no confiable, sin objetivos	Confianza Franqueza Altruismo Actitud conciliadora Modestia Sensibilidad social
<i>Responsabilidad</i> Irresponsabilidad	Grado de organización, persistencia, control y motivación en la conducta dirigida a metas	+ : organizado, fiable, trabajador, controlado, cuidadoso, puntual, formal, escrupuloso, tenaz, perseverante - : informal, vago, descuidado, negligente, hedonista, no confiable, sin objetivos	Competencia Orden Sentido del deber Necesidad de logro Autodisciplina Reflexión
<i>Extroversión</i> Introversión	Cantidad e intensidad de las interacciones interpersonales, nivel de actividad, necesidad de estimulación y capacidad para la alegría	+ : sociable, activo, hablador, optimista, divertido, afectuoso - : reservado, distante, frío, independiente, callado, solitario	<i>Cordialidad</i> Gregarismo Asertividad Actividad Búsqueda emociones Emociones positivas
<i>Neuroticismo</i> Estabilidad emocional	Tendencia a experimentar emociones negativas y pensamientos irracionales; capacidad para controlar impulsos y situaciones de estrés	+ : nervioso, preocupado, inestable, sensible, emocional, inseguro, hipocondríaco, tenso, miedoso, triste, vulnerable - : calmado, relajado, estable, seguro, controlado, fuerte, Equilibrado	Ansiedad Hostilidad Depresión Timidez Impulsividad Vulnerabilidad
<i>Apertura a la experiencia</i> Cerrado a la experiencia	Amplitud, profundidad, y permeabilidad de la conciencia, y motivación activa por ampliar y examinar la experiencia	+ : curioso, creativo, original, imaginativo, con amplios intereses, liberal, de mentalidad abierta - : convencional, conservador, dogmático, rígido, tradicional, práctico	Fantasía Estética Sentimientos Acciones Ideas Valores

Nota. Fuente: (Costa & McCrae, 1999; Sánchez & Ledesma, 2007).

Los “Cinco Grandes Factores” de Personalidad pueden definirse de la siguiente manera (Sousa Alves Silva Duarte, 2014).

Neuroticismo o Desajuste Emocional (N): Cuyo contrapunto es el ajuste y la estabilidad emocional. La tendencia general a experimentar sentimientos negativos, sufrimiento psicológico (como miedo, melancolía o tristeza, vergüenza, ira, sentimiento de culpa y repugnancia) está en el núcleo del factor *Neuroticismo*. Las puntuaciones altas en este factor conllevan a la tendencia de los sujetos a tener ideas menos racionales, son menos capaces de controlar sus impulsos, presentan ideas poco realistas, respuestas de afrontamiento desadaptadas, y de enfrentarse al estrés. A pesar de esto, la escala *Neuroticismo* mide una dimensión normal de la personalidad, y no puede considerarse como una medida de psicopatología. Este factor ya está estudiado en el modelo PEN de Eysenck. Sus características de puntuación alta son: preocupado,

nervioso, inseguro, incapaz, hipocondríaco; y las de puntuación baja son: calmado, relajado, poco emocional, resistente, seguro, satisfecho consigo mismo. El MCF (Modelo de los Cinco Factores) de Costa y McCrae incluye factores de segundo orden, llamados facetas, que son englobados dentro de cada factor "grande" (Sánchez & Ledesma, 2007).

- **Ansiedad:** propensión a la tensión y al nerviosismo, tendencia a preocuparse y a experimentar miedo.
- **Hostilidad:** tendencia a experimentar enfado, irritación.
- **Depresión:** presencia de sentimientos de culpa, tristeza, soledad y desesperanza.
- **Timidez (ansiedad social):** presencia de sentimientos de vergüenza, sensibilidad al ridículo e incomodidad en situaciones sociales.
- **Impulsividad:** dificultad en el control de impulsos y necesidades, falta de autocontrol y baja tolerancia a la frustración.
- **Vulnerabilidad (al estrés):** dificultad para controlar situaciones de estrés, tendencia a la dependencia en situaciones interpretadas como de emergencia.

Extroversión o Extraversión (E). Los individuos extravertidos son muy sociables, tienden a estar con la gente y tienen preferencia por grupos y reuniones; son también asertivos, alta capacidad de disfrutar, activos y habladores y tienden a ser de carácter alegre. Son optimistas, animosos y enérgicos. Lo opuesto es la introversión, seriedad, dificultad para comunicarse, tendencia al aislamiento. Esta dimensión presenta las siguientes facetas (Sánchez & Ledesma, 2007).

- **Cordialidad:** capacidad para establecer relaciones cordiales con otros con otros
- **Gregarismo:** preferencia para estar en compañía de otros.

- Asertividad: tendencia a estar seguro con uno mismo, facilidad para verbalizar lo que se piensa, aunque se esté en desacuerdo.
- Actividad: necesidad de estar siempre haciendo algo. Se caracteriza por conductas motoras vigorosas.
- Búsqueda de emociones: tendencia a acercarse a las fuentes de estimulación, capacidad para disfrutar lo novedoso.
- Emociones positivas: tendencia a experimentar con frecuencia emociones de alegría, felicidad, entusiasmo y optimismo.

Apertura a la experiencia (O): Tienden a valorar la experiencia de forma positiva, se interesan tanto por el mundo interior como por el mundo exterior (carácter exploratorio); la capacidad de introspección, la curiosidad intelectual, imaginativas y la sensibilidad estética están recogidas en esta dimensión. No son personas obtusas, sino que les gusta tener en cuenta ideas nuevas y valores no convencionales. El polo opuesto (cerrado a la experiencia) se relaciona con el convencionalismo, el dogmatismo y el apego a lo tradicional. Las puntuaciones en *Apertura a la experiencia* tienen una asociación moderada con el nivel de educación y medidas de inteligencia. A continuación, aparecen facetas relacionadas (Sánchez & Ledesma, 2007).

- Fantasía: capacidad de imaginar o crear.
- Estética: capacidad para apreciar el arte y la belleza.
- Sentimientos: receptividad a los propios sentimientos y emociones, que se valoran como cosas importantes de la vida.
- Acciones: interés por diferentes actividades, por ir a sitios nuevos, rechazo de lo rutinario y convencional.
- Ideas: apertura de mente a cosas nuevas, a las ideas poco convencionales, interés por los argumentos intelectuales.

- Valores: tendencia a reexaminar los valores sociales, religiosos, políticos, rechazo del dogmatismo.

Amabilidad (A) o Cordialidad: Este factor es muy representativo de relaciones entre personas (vínculos psicosociales-preocupación por los demás). Evalúa la calidad de la propia orientación interpersonal. Su opuesto está caracterizado por personas competitivas, arrogantes, antipáticas, egocéntricas, escépticos, orgullosas, no colaboradoras y desconfiados del prójimo. Obtienen puntuaciones altas personas amables, sensibles, compasivas, cooperativas, altruistas, simpatizan con los demás y están dispuestas a ayudar. Estas son las facetas de esta dimensión (Sánchez & Ledesma, 2007).

- Confianza: tendencia a atribuir buenas intenciones a los demás
- Franqueza: persona franca, sincera y algo ingenua
- Altruismo: preocupación activa por los otros, generosidad
- Actitud conciliadora: evitación de conflictos, cooperatividad, perdonar ofensas
- Modestia: modestia sin desvalorización o inseguridad, tendencia a pasar desapercibido
- Sensibilidad social: preocupación por los demás, sentimientos de piedad y solidaridad

Responsabilidad (C) O Escrupulosidad: Puede ser considerado sinónimo de voluntad de logro, organizado, disciplinado, trabajador, responsable, constantes, tenaces, decididos puntual, ambicioso y con una conducta dirigida a sus metas. Puntuaciones altas en este factor, se asocian con un buen rendimiento académico o profesional, capacidad de llevar a cabo logros; en exceso, también puede ocurrir que se llegue a un molesto sentido crítico, adicción al trabajo y demasiado perfeccionista. Los adjetivos asociados a puntuaciones bajas son perezosos, sin objetivos en la vida claros,

mal organizado y descuidado. Esta dimensión es central para valorar las capacidades de planificación, organización y realización de las tareas. Estas son las facetas de la dimensión *Responsabilidad*: (Sánchez & Ledesma, 2007).

- Competencia: sentimiento de creerse capaz, efectivo y resolutivo para tratar con los aspectos de la vida.
- Orden: propio de personas ordenadas y bien organizadas.
- Sentido del deber: tendencia a adherirse estrictamente a sus principios éticos y cumplir con las obligaciones.
- Necesidad de logro: propio de personas con altos niveles de aspiración y tendencia trabajar duro para conseguir sus objetivos.
- Autodisciplina: habilidad para empezar tareas y llevarlas a cabo a pesar del aburrimiento de cualquier tipo de distracción.
- Reflexión: tendencia a pensar cuidadosamente antes de actuar.

1.2.3.- EVALUACIÓN DEL MODELO DE CINCO FACTORES

La personalidad es uno de los temas más complejos y controvertidos de la psicología, ya que es un elemento muy complejo y variado. Por eso, con el fin de encontrar explicaciones científicas y satisfactorias de las diferencias individuales que presentan los sujetos con una relativa consistencia surge el estudio de la personalidad (Espinosa, 2005).

A finales de los años 30 del siglo pasado, Allport y Odbert (1936), intentaron sintetizar los casi 20.000 términos del lenguaje que describían características de personalidad en un listado más manejable. Consiguieron reducir la lista a 4.500 rasgos. Más tarde, Cattell (1945) consiguió reducir esa lista a solo 171 agrupando algunos de los rasgos según su semejanza y, a partir de estos llegó a los 16 Factores de Personalidad que dieron lugar a su propia teoría y modelo de la personalidad. A partir

de la teoría de los 16 Factores de Personalidad de Catell algunos investigadores fueron trabajando hasta obtener los cinco grandes rasgos que conforman la personalidad allá por los años 80. Se denominaron «los Cinco Grandes» haciendo referencia al hecho de que cada uno de los cinco factores reúnen un gran número de características de personalidad más específicas.

En los últimos 20 años el modelo de los cinco factores o Cinco Grandes ha destacado como la forma más consensuada, estudiada y validada de los rasgos de personalidad (McCrae & Costa, 2003; Sanz et.al., 1999). De tal modo que contamos con algunos cuestionarios validados para evaluar dichos rasgos de personalidad. Por ejemplo, el cuestionario (NEO PI-R; (Costa & McCrae, 1992)) y su versión reducida (NEO-FFI; (Costa & McCrae, 1989)) son estándar para la evaluación del modelo de personalidad de los cinco factores (Sanz et al., 1999; Sanz et al., 2008).

Cinco perspectivas teóricas se encuentran al estudiar el Modelo "5G" (Wiggins, 1992; García Hernández, 1997).

- a) Perspectiva de Las Disposiciones Estables, representada por los trabajos de McCrae (1987 1989) y McCrae y Costa (1991), que tienden a considerar los "5G" a la manera de Rasgos clásicos de Personalidad.
- b) Perspectiva Interaccional, representada entre otros por Buss (1991) y el mismo Wiggins (1979, 1992), donde los Cinco Grandes se toman como dimensiones participantes, pero no totalmente determinantes, de la Conducta Social del individuo.
- c) Perspectiva de Competencia Social, representada por Hogan (1986), en la que los Cinco Factores se suponen determinantes de la Competencia Social del sujeto.

- d) Perspectiva Evolucionista, iniciada por Buss (1991) y que pretende desarrollar un modelo explicativo de la evolución de estos Cinco Grandes constructos de Personalidad.
- e) Perspectiva Léxica, representada por Golberg (1981,1982). Este enfoque continúa la tradición descriptiva de Allport (1936, 1961), Cattell (1945) y Norman (1963, 1967), intentando evaluar la acomodación del Lenguaje de Personalidad a los postulados del Modelo "5G", desde la tesis de que las características más relevantes de la Personalidad/Conducta de los sujetos deben estar reflejadas en el Lenguaje, por lo que los términos del lenguaje (adjetivos, verbos, nombres y frases secuenciales) describen la Personalidad.

El Modelo de los Cinco Grandes, presenta una serie de ventajas, entre las que podemos subrayar la traslación de términos entre idiomas y culturas, la amplitud y orden de factores, y como limitación más destacadas, el acento únicamente descriptivo lo que impide predecir conductas concretas de los sujetos. (Widiger & Trull, 1992; Smith & Williams, 1992; McAdams, 1992). Estas dimensiones de personalidad han sido encontradas (John, 1990) en autoinformes, cuestionarios de investigación del lenguaje natural, cuestionarios clásicos de personalidad; en niños, estudiantes, ancianos, hombres y mujeres; en idioma inglés, alemán, holandés... e incluso en chino y japonés (Yang & Bond, 1990; Isaka, 1990). De todos ellos el Gold Standard de los cuestionarios para evaluar el Modelo de los Cinco grandes Factores es el test NEO-PIR. El Inventario de Personalidad NEO Revisado (NEO PI-R) ofrece una medida abreviada de las cinco dimensiones o factores de la personalidad y de algunos de las más importantes facetas o rasgos que definen cada dimensión. La denominación NEO se refiere a las tres dimensiones que el inventario medía originalmente: *Neuroticism*, *Extraversion* y *Openess*.

En conjunto, las 5 escalas fundamentales y las 30 escalas parciales del NEO PI-R permiten una evaluación global de la personalidad del adulto.

Creado por Costa y McCrae, El NEO PI-R puede aplicarse adecuadamente a sujetos de 17 años en adelante que no sufran trastornos (psicosis, demencias, etc) que afecten su habilidad para cumplimentar la aplicación del inventario. De aplicación individual o colectiva, dura aproximadamente 40 minutos y básicamente evalúa la personalidad normal. Los autores brindan una síntesis de los tres pasos que deben seguirse en toda prueba de este tipo: la aplicación o administración, la puntuación y la interpretación.

TEA Ediciones publicó en 1999 las adaptaciones españolas del NEO PI-R y del NEO-FFI (Costa & McCrae, 1999), con un tamaño muestra de 2000 sujetos. Si comparamos las puntuaciones medias de test NEO-FFI, confirman que las puntuaciones en el NEO-FFI que obtienen los adultos voluntarios españoles del estudio de Manga et al. (2004) difieren notablemente (0,50-0,53 unidades de desviación típica como promedio) de las puntuaciones que obtienen adultos en procesos de selección de personal como son los que formaban parte de los baremos comerciales del inventario TEA.

A los sujetos se les entrega: Una hoja de instrucciones para que los sujetos sepan como realizar la prueba. Un listado de 240 frases a las que el sujeto deberá responder eligiendo cinco alternativas que van desde muy en desacuerdo a muy de acuerdo. Un ejemplo de frase es: Tengo una imaginación muy activa. El primer paso para interpretar el perfil del NEO PI-R consiste en examinar las escalas de los cinco factores para conocer la personalidad en su nivel más básico: Neuroticismo, Extraversión, Apertura, Amabilidad, y Responsabilidad. El segundo paso implica examinar más concretamente, las seis facetas o rasgos de cada uno. Cada uno de los

factores del NEO PI-R está representado por seis escalas más específicas que miden facetas o aspectos del factor. El examen de las escalas de las facetas permite un análisis más detallado de las personas o los grupos.

Parece importante de señalar que los resultados realizados para validar la adaptación española se llevaron a cabo con sujetos que buscaban un puesto de trabajo, con lo cual puede existir un sesgo en sus respuestas.

El cuestionario NEOFFI posee propiedades psicométricas adecuadas (Manga et al., 2004), con coeficientes alfa aceptables para *Neuroticismo*, *Extroversión* y *Responsabilidad* (superiores a ,80), y algo inferiores para *Apertura* (,76) y *Amabilidad* (,74). De ahí que haya sido elegido para medir los factores de personalidad en la presente tesis doctoral. Los valores de referencia sobre población española parecen en la Tabla 1, que serán utilizados comparativamente en la Discusión como valores de referencia.

Tabla 1

Puntuaciones Medias y DT de distintas poblaciones en España según el test NEO-FFI

Dominios NEO-FFI	España (n=2000) TEA Ediciones		Voluntarios Españoles (n=1136) Manga et al. 2004	
	□	D.T	□	D.T
<i>N-Neuroticismo</i>	16.19	7.04	20.53	7.46
<i>E-Extroversión</i>	32.71	6.06	31.72	6.74
<i>O-Apertura</i>	29.42	6.02	28.27	6.73
<i>A-Amabilidad</i>	33.47	5.48	29.95	5.94
<i>C-Responsabilidad</i>	36.30	5.52	30.49	6.55

Nota: (Manga et al., 2004)

1.3.-ESTILOS DE AFRONTAMIENTO

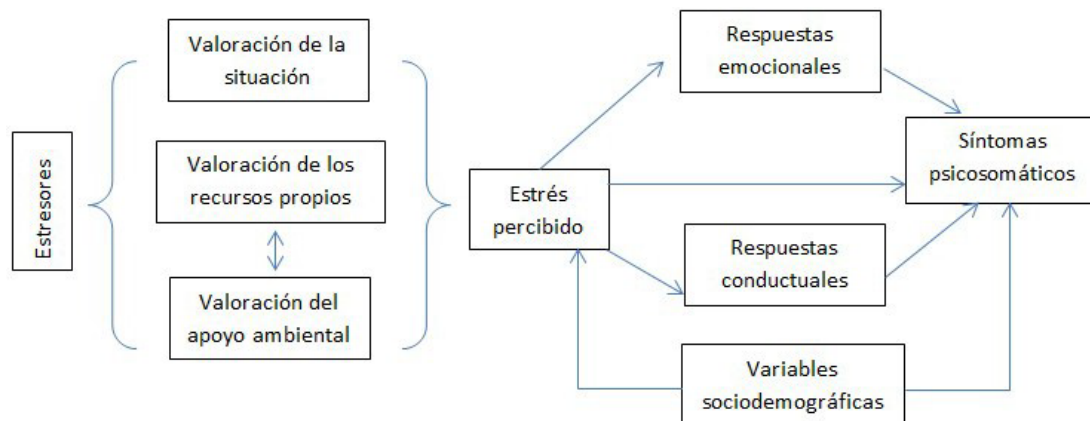
En nuestra vida cotidiana aparecen una gran número de situaciones que son percibidas como estresantes y que pueden afectar al bienestar psicológico. El

afrontamiento a situaciones no deseadas engloba los esfuerzos cognitivos y comportamentales necesarios para gestionar y controlar las demandas ambientales-externas o internas que se perciben como negativas o estresantes para los recursos propios (Lazarus & Folkman, 1984). Es una respuesta “normal” a dichas demandas con el objetivo de reducir o eliminar el estrés. Lazarus & Folkman (1984) afirmaron que el uso de estrategias de afrontamiento, a veces, es negativo, ya que puede acarrear fatiga, sobre todo si se alarga en el tiempo. La perspectiva transaccional del estrés propuesta por estos autores, sostiene que el estrés depende del entorno y del individuo, pero en última instancia es la interpretación cognitiva individual lo que determina que una situación se perciba como estresante. El afrontamiento, puede definirse como el conjunto de procesos cognitivos y/o conductuales, que la persona emplea para reducir, minimizar, tolerar o controlar, diferentes situaciones con el objetivo de manejar del mejor modo posible las demandas internas y externas o ambientales. González y Landero (2006) presentan un modelo según el cual cada individuo percibe o no stress en función de sus recursos (autoestima, autoeficacia), del apoyo del que dispone (apoyo social) y de la interpretación que realice de dicha situación problemática (como amenazante, como un desafío o de daño/pérdida). Cuando aparece el estrés suele conllevar respuestas a nivel emocional (depresión y ansiedad), conductual (afrontamiento) y fisiológico (síntomas psicósomáticos) (Figura 3).

Cuando un estímulo o situación se percibe como estresante conlleva dos valoraciones. En primer lugar, la valoración primaria, en la cual se estima la importancia de la situación obteniendo un juicio acerca de si es irrelevante, beneficioso o estresante y por otro lado encontramos la valoración secundaria, con la cual el individuo evalúa su capacidad para hacer frente a la situación. Cuando el sujeto piense que la situación o evento estresante sobrepasa los recursos disponibles aparecerá estrés. En este momento, el individuo decidirá poner en marcha estrategias de afrontamiento para intentar manejar la situación (Lazarus & Folkman, 1984).

Figura 3

Modelo Explicativo del estrés



Nota. Fuente: (González & Landero, 2006).

Cada sujeto suele enfrentarse a los problemas con un patrón habitual de conducta, denominado estilo de afrontamiento. Romero, et. al, (2010) afirman que no hay estrategias de afrontamiento ideales en sí mismas, sino que la eficacia y la adecuación de la respuesta tendrían que valorarse en función del éxito o fracaso. Se puede estudiar el afrontamiento de forma funcional, explorando las relaciones y procesos que puedan ayudar a disminuir o reducir malestar o problemas. (Costa et al., 1996). Si el afrontamiento es eficaz, el sujeto no suele sufrir malestar; por el contrario, si no es eficaz, la salud se ve comprometida aumentando la probabilidad de presencia de patologías (Lazarus & Lazarus, 2000; Barra, 2003).

Según Roth y Cohen (1986) aparecen dos respuestas tras la estrategia de afrontamiento: una orientada a la aproximación al suceso, mediante lo cual el sujeto realiza esfuerzos cognitivos para enfrentarse al problema que está propiciando estrés y emociones negativas, y otra orientada a la evitación del problema (Marks, 1981, 1987). Desde otra perspectiva, Lazarus y Folkman (1988) afirman que las personas pueden utilizar un *Afrontamiento centrado en el Problema*, cuya finalidad es solucionar el evento que está generando estrés, u optar por un *Afrontamiento centrado en la Emoción*, es

decir, regular las emociones que se asocian al evento o la situación que ha causado estrés. Carver et al. (1989), posteriormente retomados por Quaaas (2006), consideran además del *Afrontamiento centrado en el Problema* y *Afrontamiento centrado en la Emoción*, *Afrontamiento Evitativo* como un tercer tipo, el cual resulta coherente con lo planteado por Marks (1981, 1987) y Roth y Cohen (1986), quienes afirman que en este tipo de afrontamiento se manifiestan conductas evasivas y evitativas del problema. Así pues, Lazarus y Folkman (1984) afirman que si el objetivo era identificar el tipo de estrategia preferida o que más utiliza una persona, se debían evaluar los 3 tipos de afrontamiento. Carver et al., (1989), con el preámbulo de los 3 tipos de *Afrontamiento (centrado en el Problema, centrado en la Emoción y centrado en la Evitación)*, proponen 15 estrategias que pudieran ser utilizadas en situaciones de stress: 1. Afrontamiento activo, 2. Planificación, 3. Supresión de actividades distractoras, 4. Refreno del afrontamiento, 5. Reinterpretación positiva, 6. Búsqueda de apoyo social emocional, 7. Búsqueda de apoyo social instrumental, 8. Reinterpretación positiva, 9. Aceptación, 10. Desahogo, 11. Religión, 12. Negación, 13. Desconexión conductual, 14. Desconexión mental y 15. Consumo de drogas y humor).

Lazarus y Lazarus (2000) señalan que el afrontamiento que se centra en las emociones no debe ser considerado evitativo en sí mismo; para estos autores puede dividirse el *Afrontamiento centrado en las Emociones* en dos grupos: los orientados a la evitación y los orientados a la reevaluación del significado personal del evento. La evitación, que consiste en intentar no pensar en aquello que nos preocupa, sería una mala estrategia de afrontamiento ya que, si bien las preocupaciones del sujeto pueden parecer menos graves por un tiempo, los problemas no desaparecen. Por otro lado, las estrategias que se concentran en la reevaluación del significado personal del evento son más positivas ya que implican cambiar la valoración de lo ocurrido, permitiendo una evaluación cada vez más serena y a la larga favorece que el individuo pueda aumentar su sentido de control personal y pueda hacer uso de estrategias más activas y eficaces

cuando lo requiera. De esta manera, el sujeto que usa la reinterpretación como estrategia será una persona más motivada a asumir una postura activa ante los problemas, no renunciará ante los primeros fracasos y continuará en sus esfuerzos por lograr su meta, aunque estas no impliquen un éxito inmediato.

Respecto al mayor uso del *Estilo centrado en el Problema*, es importante señalar que este es un estilo muy saludable para afrontar el estrés ya que investigaciones previas establecen una fuerte relación con el bienestar físico y se asocia con mayor probabilidad de resolver los eventos (Lazarus & Lazarus, 2000; Taylor, 2003). Por otro lado, el uso del *Estilo centrado en la Emoción* también es positivo ya que es conocido que este estilo permite manejar emociones negativas e intensas, como la ansiedad y cólera que pueden estar experimentando en este momento de preparación y en esta etapa de vida. Por ello, Lazarus y Lazarus (2000) señalan que este estilo es particularmente útil cuando poco o nada puede hacerse en el momento para resolver definitivamente un evento ya que ayuda a mantener la moral y el sentido de esperanza en alto.

1.3.1.-EVALUACIÓN DE ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO. EL INVENTARIO BRIEF COPY INVENTORY (COPE)

Los cuestionarios que miden afrontamiento pretenden conocer qué estrategias prefiere el individuo cuando se enfrenta a situaciones no deseadas (Costa et al., 1996).

Varios son los cuestionarios, que se han empleado para medir el afrontamiento, los que más ampliamente se han utilizado son: el Ways of Coping (Lazarus & Folkman, 1984); el Multidimensional Coping Inventory (Endler & Parker, 1990); y, el Inventario COPE (Carver et al., 1989), entre otros. De todos ellos el más utilizado es el Inventario COPE (Carver et al., 1989).

Según Sousa Alves Silva Duarte (2014) respecto de este cuestionario debemos tener en cuenta ciertos aspectos que hacen que se opte por su uso. A saber:

- 1) su adaptación al español está realizada en una muestra de estudiantes universitarios (Crespo & Cruzado, 1997).
- 2) la versión abreviada de Carver (1997) como Brief COPE es más utilizada que la versión completa;
- 3) la traducción del Brief COPE al español (Morán, 2009). y su validación psicométrica (Morán et al., 2010);
- 4) el estudio psicométrico de Lyne y Roger (2000), en el que los autores concluyeron que la estructura factorial del Inventario COPE de (Carver et al., 1989) ponía de manifiesto, tres factores (afrentamiento racional, emocional y de evitación). Dicha estructura factorial era semejante a la de otras escalas de afrontamiento.

1.4.- EL SÍNDROME DE BURNOUT

El término “*Burnout*” o “*Síndrome de Burnout*” es un concepto anglosajón que empezó a utilizarse en los años setenta, concretamente por Graham Greens en su artículo “*a Burnout case*” (Borda, et al., 2007). Así lo expuso Maslach en el congreso anual de 1977 de la Asociación Americana de Psicólogos, donde se define como “*el desgaste profesional de las personas que trabajan en diversos sectores de servicios humanos, siempre en contacto directo con los usuarios, especialmente personal sanitario y profesores*”. El *Síndrome de Burnout* corresponde con una respuesta extrema negativa al estrés crónico originado en el contexto laboral y donde aparecen repercusiones individuales, organizacionales y sociales. Se puede decir que hay acuerdo entre los investigadores en lo que se denomina *Síndrome de Burnout*. Pero hay más controversia en la secuencia de aparición de las dimensiones del *Síndrome de Burnout*, lo cual lleva a distintos modelos sobre su evolución y desarrollo (Cañadas de

la Fuente et al., 2014). Aunque otros autores como Maslach et al., (2001), Meneses de Lucena et al. (2006), Camacho et al. (2010), y Martínez Pérez (2010) han logrado definir el *Síndrome de Burnout* como un *Cansancio emocional* que trae una pérdida de motivación que puede evolucionar hacia sentimientos de inadecuación y fracaso en el ámbito laboral y profesional, y esta es una de las definiciones más aceptadas por los investigadores. El término *Síndrome de Burnout* es muy utilizado en España a pesar de estar recomendado el concepto en castellano «Síndrome de quemarse por el trabajo» (Gil Monte, 2003).

Este síndrome trae graves consecuencias al bienestar psicológico del personal, afecta la moral y las funciones de organización en el trabajo (Cherniss, 1980). Por su parte, autores como Gil Monte (2002) y Ortega Ruiz y López Ríos (2004) concuerdan en que el *Síndrome de Burnout* es una respuesta al estrés crónico acompañada de sentimientos, actitudes y cogniciones que traen alteraciones psicofisiológicas, y negativas secuelas para las instituciones laborales. Fue descrito por primera vez por el psiquiatra germano-estadounidense Freudenberger (1974) aunque fue Christina Maslach (1977), su mayor difusora dentro de la psicología y la autora que más ha desarrollado el tema. La definición más aceptada por los científicos (Maslach, 1999), el modelo teórico-explicativo de la etiología del *Síndrome de Burnout* (Maslach & Leiter, 1999), sus distintas fases y factores (Maslach, 1999) y el instrumento de evaluación más utilizado (Maslach & Jackson, 1981; Maslach, et al., 1996) son todos fruto de las investigaciones de Christina Maslach y su grupo de investigación (Moriana, et al., 2006).

Maslach define *Síndrome de Burnout* como una respuesta prolongada negativa en el tiempo causada por factores estresores emocionales e interpersonales relacionados con el trabajo con personas o asistenciales básicamente y que tienen una tendencia a la cronificación en el tiempo. Este fenómeno ha sido estudiado en colectivos que presentan en su actividad diaria alto grado de interacción con otras personas, como

profesionales de la salud (Ortega Ruiz & López Ríos, 2004), de la educación (Moriana & Herruzo, 2004, 2005) de servicios sociales (Lázaro, 2004) cuerpos de seguridad del estado (Sibert, 1982) y administración pública (Manzano, 2001).

Figura 4

Estadios Sucesivos del Síndrome de Burnout

1ª Fase	2ª Fase	3ª Fase
Stress laboral	Exceso o sobreesfuerzo	Enfrentamiento defensivo
Demandas	Tensión	Distanciamiento emocional
	Fatiga	Retirada
Recursos	Irritabilidad	Cinismo
		Rigidez

Nota. Fuente: (Álvarez Gallego & Fernández Ríos, 1991)

El *Síndrome de Burnout* fue declarado en el año 2000 por la OMS como un factor de riesgo laboral por su capacidad para afectar la calidad de vida, salud mental e incluso hasta poner en riesgo la vida (Aceves et al., 2006). Esto tiene unas repercusiones, no solo sobre el propio sujeto que lo padece, sino que también aparecerá un servicio deficiente a los pacientes, mayor ausentismo, exponiendo a la organización a pérdidas económicas y fallos en la consecución de metas (Rodríguez J., 2010). El "*Síndrome de Burnout*" es un proceso paulatino, que no aparece de forma repentina, sino que es progresivo aumentando su severidad. Primero aparecen una situación laboral donde se perciben que las demandas sobrepasan a los recursos. En segundo lugar, para resolver esta situación surge el sobreesfuerzo donde aparece la ansiedad, fatiga, etc. De esta forma el individuo intenta una adaptación psicológica. La tercera fase corresponde a un enfrentamiento defensivo, donde aparece la sintomatología propia del "*Síndrome de Burnout*" que cursa con una gran desmoralización. Esta sintomatología puede resumirse en una falta de energías y de entusiasmo, descenso del interés por los pacientes, percepción de éstos como "frustrantes" y ausencias en el puesto de trabajo (Álvarez Gallego & Fernández Ríos, 1991; Moreno et al. 1991; García M., 1995; Yela, 1996;

Wright & Bonett, 1997; Atance, 1997; Apples, 1998; Chacón et al., 1999; Gil Monte, 2001; Guerrero & Vicente, 2001; Olmedo et al., 2001).

El *Síndrome de Burnout* presenta síntomas organizados según aparece en la Figura 5.

Figura 5

Síntomas Descriptivos del Síndrome de Burnout en la Esferas Emocionales, Cognitivos, Conductuales y Sociales

EMOCIONALES	COGNITIVOS	CONDUCTUALES	SOCIALES
Depresión Indefensión Desesperanza Irritación Apatía	Perdida de significado Pérdida de valores Desaparición de expectativas Modificación autoconcepto	Evitación responsabilidades Absentismo Conductas inadaptables Desorganización	Evitación de contactos Conflictos interpersonales Malhumor familiar Aislamiento
Desilusión Pesimismo Hostilidad Falta de tolerancia Acusaciones a los clientes Supresión de sentimientos	Desorientación Perdida de la creatividad Distracción Cinismo Criticismo generalizado	Sobreimplicación Evitación de decisiones Aumento del uso de cafeína, alcohol, tabaco y drogas.	Formación de grupos críticos Evitación profesional

El *Síndrome de Burnout* es un proceso multicausal, complejo, donde se ven involucradas variables como el aburrimiento, pobres condiciones económicas, sobrecarga laboral, falta de estimulación y bajas perspectivas de promoción (Quiceno & Alpi, 2007).

La conceptualización más aceptada del *Síndrome de Burnout* en el mundo científico es la que desarrollamos a continuación. El *Síndrome de Burnout* tiene un desarrollo temporal que cursa con las siguientes fases que a la vez coinciden con las dimensiones de este constructo (Maslach & Jackson, 1981; Maslach et al., 1996; Aceves et al., 2006)

PRIMERA FASE / *CANSANCIO EMOCIONAL O AGOTAMIENTO EMOCIONAL*

(*CE*): Se caracteriza por pérdida de energía, agotamiento psicológico mental y físico, fatiga constante, y sentimientos de escasez de fuerzas. Sobrepasados en cuanto a los recursos emocionales.

SEGUNDA FASE / *DESPERSONALIZACIÓN (DE)*: Se caracteriza por irritabilidad, mal humor, rechazo o sentimientos negativos hacia los destinatarios del trabajo, distanciamiento emocional, falta de empatía, etc. Es una construcción, por parte del sujeto, de una defensa para protegerse de los sentimientos de impotencia, indefinición y frustración. *Despersonalización* implica actitudes negativas, cínicas e impersonales, generándose sentimientos demasiados distantes hacia otras personas.

TERCERA FASE / *BAJA REALIZACIÓN PERSONAL (RP)*: Se caracteriza por baja autoestima, poco rendimiento laboral, mal carácter constantemente, percepción negativa de uno mismo, sensación de fracaso, evitación de relaciones sociales, depresión, baja capacidad resolutive de problemas laborales y personales, etc. Como consecuencia, el trabajo pierde el valor que tenía para el sujeto.

Estas tres dimensiones son el resultado de un análisis exploratorio de una serie de experiencias asociadas con el *Síndrome de Burnout* por medio de un cuestionario (Taris et al., 2005; Schaufeli et al., 2009; Shirom, 2009), conceptualizándose el *Síndrome de Burnout* como un constructo multidimensional, relacionadas por un solo constructo teórico (Maslach et al., 2008).

1.4.1.-VARIABLES INDIVIDUALES SOBRE EL *SÍNDROME DE BURNOUT*

Este fenómeno parece estar también influido por variables individuales como edad, sexo, tipo de trabajo, horas de trabajo, antigüedad en el puesto de trabajo, características de la personalidad, estado civil y estrategias de afrontamiento (Quiceno

& Alpi, 2007). Aunque no todos los autores son concordantes con los resultados de sus investigaciones y algunos no encuentran diferencias en estas variables (Ortega Ruiz & López Ríos, 2004).

Ya se ha mencionado que el *Síndrome de Burnout* produce severas repercusiones económicas y sociales en la sociedad actual (Maslach, 2017) tanto para la salud de los trabajadores como para las propias organizaciones laborales o empresas (Bakker & Demerouti, 2014; Zarei et al., 2016). Identificar únicamente el estrés producido por situaciones laborales como el responsable en la aparición del *Síndrome de Burnout* es una visión reduccionista, pues hay que añadir, variables personales que hacen a los individuos más vulnerables a presentar el *Síndrome de Burnout* (Gil Monte & Peiró, 1999; Mojsa-Kaja et al., 2015; Pérez-Fuentes et al., 2018; Martos et al., 2018).

Sexo o Género

Las mujeres obtienen mayores puntuaciones en los instrumentos de medida del *Síndrome de Burnout* (Atance, 1997), mientras, que por el contrario otras investigaciones apuntan que los hombres puntúan más (Lozano & Montalbán, 1999; Muñoz et al., 2001). Además, otros señalan a los hombres concretamente en la escala de *Despersonalización* como medida significativa (De la Fuente et al., 1994; Ortega Ruiz & López Ríos, 2004).

Parkes (1998) menciona respecto a los resultados que se obtienen de los estudios que relacionan la variable sexo con el estrés laboral, que ésta puede actuar como una variable moderadora más que mostrar un efecto global consistente.

Edad

Con respecto a la edad, se señala mayor nivel de *Síndrome de Burnout* entre los 40 y 45 años (Atance, 1997; Muñoz et al., 2001). En general, se concluye que a mayor

edad disminuye la tensión laboral con lo que el grado de *Síndrome de Burnout* es menor (De la Fuente et al., 1994); sólo la escala de *Cansancio emocional* se relaciona positivamente con la edad (Tello et al., 2002).

Antigüedad en el trabajo

En relación con la antigüedad en el trabajo, en general esta variable influye a la hora de estudiar el grado de quemazón (Olmedo et al., 2001). Atance (1997) lo sitúa entre los 5 y 10 años como el periodo en que este problema aparece con mayor frecuencia.

1.4.2. VARIABLES ORGANIZACIONALES SOBRE EL SÍNDROME DE BURNOUT

Las variables organizacionales más estudiadas sobre su influencia sobre el *Síndrome de Burnout* han sido el grado de autonomía, clima laboral, apoyo social, el bienestar laboral y la ejecución en el trabajo (Ortega Ruiz & López Ríos, 2004).

Maslach y Leiter (1997) formularon un modelo de Síndrome de *Burnout* que se sostenía según el grado de ajuste, o desajuste entre el sujeto y aspectos claves de su ambiente organizacional laboral. Así, cuanto mayor es el desajuste, entre la persona y el trabajo, mayor es la probabilidad de padecer *Síndrome de Burnout*; a la inversa, mientras mayor sea el ajuste, mayor la probabilidad de compromiso con el trabajo. Valoraban seis áreas principales: carga de trabajo, control, recompensa, comunidad, equidad, y valores. Las dos primeras áreas se reflejan en el modelo de estrés laboral Demanda-Control (Karasek & Theorell, 1990), y la recompensa se refiere a la potencia de los refuerzos para moldear la conducta. El área de comunidad captura todo el trabajo sobre apoyo social y conflicto interpersonal, mientras que la imparcialidad emerge de la literatura sobre equidad y justicia social. Por último, el área de valores recoge el poder cognitivo-emocional de las metas y expectativas del trabajo.

Clima Laboral

Es razonable pensar que cuanto más positivo es el clima laboral (Cuevas et al., 1998) y la satisfacción con el trabajo (Cherniss, 1980; Graham et al., 1996; Lim & Yuen, 1998; Lozano & Montalbán, 1999; Zurriaga et al., 2000; García et al., 2000) menor es la presencia de *Síndrome de Burnout*.

Grado de autonomía

La independencia y el grado de libertad en cuanto a toma de decisiones que los profesionales pueden percibir en su puesto de trabajo, puede ser considerado como un factor predisponente en determinadas profesiones, debido a la labor dependiente que realizan, como por ejemplo las enfermeras (González-Roma, et al., 1998).

Características de organización del trabajo

Mayor presencia de *Síndrome de Burnout* aparece según se aumentan las horas de trabajo, en sujetos que tienen contrato temporal y/o un trabajo con impacto emocional alto (oncologías, grandes sufrimientos, drogodependientes,...) (Gil Monte & Peiró, 1997).

Compañerismo

El grado de compañerismo, la buena estructuración laboral (espacios, tiempos,...), la comunicación con los superiores, presión proporcionada en el trabajo son factores amortiguadores o que pueden disminuir la presencia del *Síndrome de Burnout* (Turnipseed, 1994).

1.4.3 EVALUACIÓN DEL *SÍNDROME DE BURNOUT*. TEST MASLACH *BURNOUT* INVENTORY (MBI-HSS)

El Maslach Burnout Inventory (MBI) ha sido, y es, la medida dominante del *Síndrome de Burnout*. Realmente es a partir de la publicación en el año 1981 del Maslach Burnout Inventory (MBI) cuando se establecen unos criterios de medida y evaluación del Síndrome de *Burnout*, y se extiende el uso como un instrumento de medida estandarizado. (Maslach & Jackson, 1981; Maslach et al, 2001). No obstante, existen otras medidas alternativas del *Síndrome de Burnout*. Por ejemplo el Oldenburg Burnout Inventory (OLBI) de Demerouti, et al. (2001) y el Burnout Measure (BM) de Pilles y Aronson (1988), entre otros.

El Maslach Burnout Inventory (MBI), de Maslach et al. (2001), es el más extendido a nivel internacional, usado y probado en múltiples estudios.

C. Maslach y S. Jackson elaboraron el "Maslach Burnout Inventory" adaptación al español por Gil Monte (2005) (MBI), cuyo objetivo era medir el *Síndrome de Burnout* personal en las áreas de servicios humanos, evaluando las tres dimensiones (CE, DP, RP) que a continuación describimos (Martínez Pérez, 2010). El MBI-HSS es la versión inicial del MBI, y se alude a él como MBI-HSS o MBI, indistintamente. Sin embargo, en la última edición del manual los autores establecen la necesidad de identificar las diferentes versiones comercializadas del MBI: a) el MBI-Human Services Survey (MBI-HSS), dirigido a los profesionales de la salud, b) el MBI-Educators Survey (MBI-ES), la versión del MBI-HSS para el sector de la educación, que se diferencia de la anterior en que se sustituye la palabra paciente por alumno en los ítems, y c) el MBI-General Survey (MBI-GS).

Las tres dimensiones del *Síndrome de Burnout* pueden caracterizarse de la siguiente forma (Álvarez Cabrera, 2019):

- ***Cansancio emocional (CE)***: sentimiento del sujeto respecto a encontrarse saturado emocionalmente por el trabajo. la experiencia en la que los trabajadores sienten que ya no pueden dar más de sí mismos a nivel afectivo. Es una situación de agotamiento de la energía o los recursos emocionales propios debido al contacto diario y continuo con personas a las que hay que atender como objeto de trabajo y que presentan problemas o resultan problemáticas. Está formada por 9 ítems.
- ***Despersonalización (DP)***: en el trato con clientes y usuarios: respuesta fría e impersonal hacia los pacientes. formada por 5 ítems que describen actitudes y sentimientos negativos, como el cinismo hacia las personas destinatarias del trabajo. Estas personas son vistas por los profesionales con indiferencia y de forma deshumanizada debido a un endurecimiento afectivo, lo que conlleva que les culpen de sus problemas.
- ***Realización personal / Dificultad para el logro/ (RP)***: tendencia de los profesionales a evaluarse negativamente, en especial su habilidad para realizar el trabajo y para tratar con las personas a las que atienden. Los trabajadores se sienten descontentos consigo mismo e insatisfechos con sus resultados laborales. Está compuesta por 8 ítems.

Tabla 2

Descripción del Cuestionario y Puntuaciones MBI-Human Services Survey (MBI-HSS)

Dimensiones	Número de ítem	Indicios de <i>Burnout</i>	Bajo	Medio	Alto
<i>Cansancio emocional</i>	1-2-3-6-8-13-14-16-20	Más de 26	0-18	19-26	27-54
<i>Despersonalización</i>	5-10-11-15-22	Más de 9	0-5	6-9	10-30
<i>Realización personal</i>	4-7-9-12-17-18-19-21	Menos de 34	0-33	34-39	40-56

El test MBI, considera el síndrome de estar quemado como continuo, no como una variable dicotómica. Esta escala es la que ha demostrado mayor validez y fiabilidad

(entre un 0,75 y 0,90). En España, esta escala ha sido validada en diversas muestras para su adaptación española. Moreno et al. (1991) realizaron un estudio en una muestra de 235 sujetos obteniendo que las variables independientes evaluadas eran discriminativas en las tres dimensiones existentes aunque señalaron que la escala de *Despersonalización* tenía una escasa representación en el número de ítems. Gil Monte y Peiró (1998) aplicaron en una muestra de 559 profesionales de diferentes ocupaciones el MBI, realizando un análisis factorial de las tres escalas mostrando una adecuada validez y fiabilidad de la versión adaptada al castellano. Entre algunos de los problemas de dicho inventario podemos destacar los siguientes: centra los enunciados en las propias emociones y sentimientos, y en cómo se sienten, pero no hace referencia a las conductas que dejan de hacerse o se hacen cuando surgen dichas emociones y sentimientos (véase ítem 1, 2, 3, 6, 8, 16 y 20 del MBI).

PARTE EMPÍRICA



CAPÍTULO 2

OBJETIVOS, HIPÓTESIS Y MÉTODO

2.- OBJETIVOS, HIPÓTESIS Y MÉTODO

2.1.- OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Estudiar qué factores están relacionados con el *Síndrome de Burnout* en los dentistas colegiados en España

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Estudiar si factores sociodemográficos se relacionan con el *Síndrome de Burnout* en dentistas españoles
2. Estudiar si factores vinculados con el ejercicio de la profesión se relacionan con el *Síndrome de Burnout* en dentistas españoles
3. Estudiar si algunas características de personalidad se relacionan con el *Síndrome de Burnout* en dentistas españoles
4. Estudiar si el tipo de estilo de afrontamiento utilizado se relaciona con el *Síndrome de Burnout* en dentistas españoles
5. Valorar si algunas características de personalidad y del tipo de estilo de afrontamiento utilizadas predicen el *Síndrome de Burnout* en dentistas españoles.

2.2.- HIPÓTESIS

Hipótesis de investigación H1: En los dentistas colegiados en España, factores sociodemográficos como el género y la edad se relacionan con el *Síndrome de Burnout*.

Hipótesis de investigación H2: En los dentistas colegiados en España, factores relacionados con el ejercicio de la profesión como entorno, el tiempo dedicado al trabajo y la participación económica en la consulta se relacionan con el *Síndrome de Burnout*.

Hipótesis de investigación H3: En los dentistas colegiados en España, el tipo de personalidad predominante se relaciona con el *Síndrome de Burnout*.

Hipótesis de investigación H4: En los dentistas colegiados en España, el tipo de estilo de afrontamiento se relaciona con el *Síndrome de Burnout*.

Hipótesis de investigación H5: En los dentistas colegiados en España, el tipo de personalidad y el tipo estilo de afrontamiento de forma conjunta predicen el *Síndrome de Burnout*.

2.3.- MÉTODO

2.3.1.- PARTICIPANTES

En este estudio participaron un total de 1.554 dentistas. Todos los participantes fueron instados a rellenar una encuesta (Ver 8.-ANEXOS) de forma voluntaria y anónima a través de los Colegios Dentistas de las distintas regiones del territorio nacional español, así como a través del Consejo General de Dentistas de España. El periodo de recogida de datos fue del 25 de mayo de 2019 al 31 de diciembre de 2019. El estudio tiene el visto bueno del Comité de Bioética de la Universidad de Salamanca (USAL 0000356-24.05.2019) y del Consejo General de Dentistas de España.

Se utilizó la plataforma Lime Survey, que es un software de encuestas de código abierto líder muy utilizado en todo el mundo. Además, pertenece al grupo de gestores de encuestas con una solución SaaS (Software as a Service) profesional o como Edición Comunidad de alojamiento propio. El envío por correo electrónico, con enlace a una plataforma para contestar al cuestionario, se realizó con varias oleadas de recuerdo y permitió que los participantes pudieran acceder en cualquier momento y desde cualquier tipo de dispositivo con conexión a internet, disminuyendo el sesgo del entrevistador, fomentando el alcance global y la participación anónima.

2.3.2.- INSTRUMENTOS

Hemos utilizado un cuestionario compuesto por cuatro partes:

1) DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS Y CONDUCTUALES

Según muestra la Figura 6 se han recogido las siguientes variables sociodemográficas y conductuales.

Figura 6

Datos Sociodemográficos y Conductuales de la Encuesta

1) DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS Y CONDUCTUALES						
Genero	1.-Mujer	Edad años	Entorno ejerce la profesión	1.-Urbano	Fumador: Cigarros /día	1.- Sí / 2.- No
	2.-Hombre			2.-Rural (menos 10.000 hab.)		/día
Actualmente trabaja sólo	1.- Nunca	2.- A veces	3.- Mitad del Tiempo	4.- Frecuentemente	5.- Siempre	
Trabaja en varias consultas	1.- Sí / 2.- No	Nº de horas aproximadas de trabajo semanales		horas	Años trabajando	años
Es participe en la propiedad de alguna de las consultas donde trabaja	1.- Sí / 2.- No	Tarda más de 120 minutos de transporte diario al puesto de trabajo			1.- Sí / 2.- No	

2) CUESTIONARIO DE PERSONALIDAD

La segunda parte del cuestionario de preguntas está destinada a valorar la personalidad de los sujetos y se empleó el cuestionario NEO-FFI. Se trata del Inventario de Personalidad Reducido de Cinco Factores (NEO-FFI) de Paul T. Costa y Robert McCrae.

Se considera el test más prototípico de personalidad según el modelo de los Cinco Grandes factores de personalidad es el NEO-PI-R, Revised Neo Personality Inventory (Costa & McCrae, 1992). Este instrumento evalúa los principales factores de personalidad: *Neuroticismo*, *Extroversión*, *Apertura*, *Amabilidad* y *Responsabilidad*. Cada factor se compone de seis escalas o facetas, medidas por ocho ítems cada una, lo que hace un total de doscientos cuarenta ítems. Existe una versión abreviada, compuesta por los sesenta primeros ítems de la prueba (doce por factor), que constituye el NEO Five-Factor Inventory (NEO-FFI). Las puntuaciones del NEO FFI se obtienen

sumando las respuestas de los 12 ítems de cada factor y es el cuestionario que hemos empleado en este estudio.

El cuestionario NEOFFI posee propiedades psicométricas adecuadas (Manga et al., 2004), con coeficientes alfa aceptables para *Neuroticismo*, *Extroversión* y *Responsabilidad* (superiores a ,80), y algo inferiores para *Apertura* (,76) y *Amabilidad* (,74). De ahí que haya sido elegido para medir los factores de personalidad en la presente tesis doctoral.

Tabla 3

Obtención de Puntuaciones Directas de cada Factor de Personalidad Inventario de Personalidad NEO Revisado, Versión Reducida (NEO-FFI).

N	1()+6*()+11()+16()+21()+26()+31()+36()+41*()+46*()+51()+56*()	=
E	2()+7()+12()+17*()+22()+27*()+32()+37*()+42*()+47()+52()+57*()	=
O	3()+8*()+13()+18()+23*()+28()+33()+38*()+43*()+48()+53()+58*()	=
A	4()+9*()+14*()+19*()+24()+29()+34*()+39()+44()+49()+54*()+59*()	=
C	5*()+10()+15()+20()+25()+30()+35()+40()+45()+50*()+55*()+60*()	=

Nota: en los ítems sin asterisco la conversión de las respuestas es: A=0; B=1; C=2; D=3; E=4 y en los ítems con asterisco es al contrario: A=4; B=3; C=2; D=1; E=0

Para obtener las puntuaciones directas (PD) en cada factor, se suma la puntuación de cada ítem según la Tabla.

3) CUESTIONARIO DE AFRONTAMIENTO.

Para medir afrontamiento se utilizó el Test de Afrontamiento BRIEF COPE INVENTORY (Carver C. S., 1997; Morán, 2009; Morán et al., 2010).

El COPE, de Carver et al. (1989), fue introducido como inventario de 60 ítems y 15 escalas (4 ítems cada una). Para reducir el número de ítems se publicó el inventario COPE BRIEF abreviado de Carver (1997). Este cuestionario está compuesto por 28 ítems con 14 subescalas (2 ítems cada una). Se emplean escalas Tipo Likert en las

respuestas, siendo la frecuencia de uso del tipo de estrategia que varía siendo: 1=Nunca; 2=A veces; 3=Casi siempre; 4=Siempre. El objetivo de este cuestionario es medir el afrontamiento desde respuestas que pudieran ser potencialmente disfuncionales o no adaptativas. Este instrumento traducido al español, presentó un coeficiente alfa Cronbach de 0.72, tanto en la versión española como en la versión inglesa (Perczek et al., 2000).

Son 14 escalas de 2 ítems cada una las que se incluyen en el Cuestionario COPE-28 o Brief COPE.

- Escala 1. Afrontamiento activo: Consiste en llevar a cabo acciones, para eliminar o paliar el estresor.
- Escala 2. Planificación: Pensar cómo se va a hacer frente al estresor y planificar los esfuerzos de afrontamiento activo.
- Escala 3. Búsqueda de apoyo emocional: Incremento de la atención hacia el propio malestar emocional, expresando esos sentimientos.
- Escala 4. Búsqueda de apoyo social: Buscar apoyo o simpatía de los demás.
- Escala 5. Religión: Aumentar sus actividades religiosas frente al estresor.
- Escala 6. Reinterpretación positiva: Abandonar cualquier intención de alcanzar el objetivo con el que el estresor está interfiriendo, renunciar a cualquier esfuerzo.
- Escala 7. Aceptación: Aceptar que el hecho ha ocurrido y es real.
- Escala 8. Negación: Intentar rechazar la realidad del objeto estresor.
- Escala 9. Humor: Hacer bromas sobre el estresor.
- Escala 10. Autodistracción: Desconectarse psicológicamente del objetivo con el que el estresor está interfiriendo, mediante ensoñaciones, sueño, leer, ir de compras, etc.
- Escala 11. Autoinculpación:

- Escala 12. Desconexión conductual: Desconectarse psicológicamente del objetivo con el que el estresor está interfiriendo, mediante ensoñaciones, sueño, leer, ir de compras, etc
- Escala 13. Desahogo.
- Escala 14. Uso de sustancias.

Estas 14 escalas se reúnen en tres según los resultados obtenidos en diferentes estudios que usaron el análisis factorial:

1. *Afrontamiento enfocado en el Problema*: afrontamiento activo, búsqueda de apoyo instrumental, reinterpretación positiva, planificación, aceptación, renuncia y humor.
2. *Afrontamiento enfocado a la Emoción*: apoyo emocional y descarga emocional.
3. *Afrontamiento Evitativo*: autodistracción, religión, negación, consumo de sustancias; y una última escala autocrítica.

Las escalas de Religión, Humor, Uso de sustancias y Desahogo (sus dos ítems reparten sus pesos factoriales en diferentes factores) son muy cambiantes y poco útiles, y se suelen omitir según las muestras. Manga (2009) ha traducido y Morán (2010) ha validado al castellano las 14 escalas del COPE BRIEF-28 con las instrucciones para su aplicación.

4) CUESTIONARIO PARA MEDIR EL *SÍNDROME DE BURNOUT*

El test MBI-HSS Maslach Burnout Inventory-Human Services Survey (Maslach & Jackson, 1996) ha sido elegido como instrumento de medida del *Síndrome de Burnout* en esta investigación debido a sus altos valores de consistencia interna y que está dirigido a personal sanitario (Green et al., 1991; Schutte et al., 2000; Gil Monte, 2002). Dadas las características sanitarias profesionales de los dentistas, empleamos este

cuestionario, dado que su etiología es la relación con las actividades asistenciales y de tipo interpersonal (Gil Monte & Moreno Jiménez, 2007).

Las puntuaciones de cada escala se obtienen al sumar los valores de los 22 ítems. En todas ellas los contenidos y la frecuencia de los sentimientos descritos en sus ítems se valoraron en una escala de 7 puntos (0 "Nunca", 1 "Pocas veces al año o menos", 2 "Una vez al mes o menos", 3 "Unas pocas veces al mes o menos", 4 "Una vez a la semana", 5 "Pocas veces a la semana", 6 "Todos los días"). Como puntos de corte se pensó en seguir los criterios seguidos por otros autores (De las Cuevas, 1994; Luecken et al., 1997).

De las distintas versiones del Maslach Burnout Inventory (MBI), se ha administrado la versión clásica para profesionales de "servicios humanos" (MBI-HSS, 1986), teniendo en cuenta para su corrección los diferentes baremos establecidos por sexo de acuerdo con la versión comercial española del test, que establece los siguientes valores medios de referencia para interpretar cada una de las dimensiones: AE: 20,86; DP: 7,62, y RP: 35,71.

Normalmente, se considera que en la escala CE, puntuaciones de 27 o superiores serían indicativas de un alto nivel de *Síndrome de Burnout*, el intervalo 19-26 correspondería a puntuaciones intermedias, siendo las puntuaciones por debajo de 19 indicativas de niveles de *Síndrome de Burnout* bajos o muy bajos. En la escala DP, puntuaciones superiores a 10 serían nivel alto, 6-9 medio y menos de 6 bajo grado de *Despersonalización*. En contrapartida, la escala RP funciona en sentido opuesto a las anteriores, y así 0-33 puntos indicaría baja realización, 34-39 intermedia y más de 40 alta sensación de logro. Las tres escalas del *Síndrome de Burnout* han sido descritas anteriormente.

Las fiabilidades, medidas a través del Alfa de Crombach, que arrojaron los análisis de consistencia interna, son similares en las principales investigaciones. (Álvarez Cabrera, 2019).

Comparativa de fiabilidad de MBI-HSS en distintos países:

Tabla 4

Comparativa de Fiabilidad de las Tres Escalas del MBI-HSS en Distintas Poblaciones

Autores	Alfa AE	Alfa DP	Alfa RP
Maslach y Jackson (1986)	0.90	0.70	0.71
Gil-Monte y Peiró (2005)	0.85	0.58	0.71
Olivares (2009)	0.87	0.69	0.80
Rodríguez Amaya (2013)	0.86	0.70	0.79
Alvarez Cabrera, (2019)	0.89	0.64	0.74

Nota. Fuente: (Maslach & Jackson, 1986; Gil Monte, 2005; Olivares, 2009; Rodríguez Amaya, 2014; Álvarez Cabrera, 2019)

2.3.3.- METODOLOGÍA ESTADÍSTICA

Para el análisis estadístico se ha empleado la aplicación informática: IBM-SPSS-25 (referencia: IBM Corp. Released 2017. IBM SPSS Statistics v 25.0 for Windows; Armonk. NY. USA).

Las técnicas y test estadísticos empleados han sido:

- En variables cualitativas (nominales): distribución de frecuencias y porcentajes.
- En variables cuantitativas: exploración de datos con gráfico Q-Q de ajuste a la normalidad, histograma, coeficientes de asimetría y curtosis/altura junto al Test de bondad de ajuste de Kolmogorov-Smirnov (KS) y descripción con las herramientas habituales de centralidad (media, mediana) y variabilidad (desviación estándar, rango y amplitud intercuartil).

- Análisis de la fiabilidad con: Coeficiente “Alfa” de Cronbach y Correlación intraclase.
- Test Anova de medidas repetidas (ANOVA MR) para los contrastes intragupo en los cuestionarios
- Test de diferencia de medias intergrupos: ANOVA y Mann-Whitney, dependiendo de si la variable analizada se distribuya según normalidad estadística o no.
- Estimación del tamaño del efecto como R^2 .
- Coeficientes de correlación de Pearson y de Spearman, para la relación entre pares de variables
- -Análisis de Cluster
- Modelo de regresión lineal, univariantes y multivariantes.

El nivel de significación fijado es el habitual 5% (significativo si $p < .05$) excepto en el test KS de bondad de ajuste donde se consideran significativos solo los desvíos graves, es decir al 1% ($p < .01$).

En los análisis realizados se emplea el término “tamaño del efecto”. El tamaño del efecto es un indicador de la magnitud de los cambios observados en las variables que se miden (Variable Dependiente) debidos a la influencia (el efecto) de la Variable Independiente, o Variable Explicativa o que se manipula. Es un valor que se expresa en escala *d de Cohen* (diferencia tipificada) o en escala *R-cuadrado* (proporción de varianza explicada; por 100 = % o también como % de reducción de error de pronóstico gracias al uso del modelo de regresión. Aunque la interpretación es algo subjetiva y puede variar según el área de la Ciencia, se puede usar esta valoración:

Figura 7

Relación de los Valores de la d de Cohen, con R² y el Coeficiente R de Correlación

T.E. PEQUEÑO			T.E. MODERADO			T.E. GRANDE			T.E. MUY GRANDE		
d	R ²	r	d	R ²	r	d	R ²	r	d	R ²	r
<	<	<	0.40	.038	.196	0.80	.138	.371	1.20	.265	.514
0.10	.002	.050	0.50	.059	.243	0.90	.168	.410	1.30	.267	.545
0.20	.010	.100	0.60	.083	.287	1.00	.200	.447	1.40	.329	.573
0.30	.022	.148	0.65	.096	.309	1.10	.232	.482	1.50	.360	.600
0.35	.030	.172	0.70	.109	.330	1.15	.250	.500	>	>	>

Nota. Fuente: elaboración 3Datos SL

El tamaño del efecto moderado expresa diferencias que son reales y que se pueden detectar hasta con muestras tan pequeñas como $50 < N < 100$. El tamaño del efecto pequeño es indicativo de que puede haber algo, pero para detectarlas con cierta seguridad se necesitarían muestras de alrededor de $N=500$. El tamaño grande o muy grande, evidentemente son diferencias que existen con elevado grado de confianza y que se detectan casi a “simple vista” y hasta con muestras muy pequeñas. (Cohen, 1988; Hinkle et al., 2003).

La definición del Coeficiente B: “Cuando la Variable Independiente (VI) varía en 1 unidad de medida, la variable Variable dependiente (VD) cambia en B unidades de medida”. El signo indica el sentido del cambio: signo positivo (+) cuando la relación es directa y signo negativo (-) cuando la relación entre variable independiente y dependiente es inversa.

- Relación directa: VI y VD cambian de la misma forma (o aumentan las dos o disminuyen las dos)
- Relación inversa: VD y VI cambian en sentidos contrarios (una aumenta y la otra variable disminuye)

Para determinar el número de clústeres de cada clasificación, se usó el dendograma obtenido al realizar un análisis clúster jerárquico mediante el método de Ward y el uso de la distancia euclídea al cuadrado; posteriormente, para la identificación de los miembros de cada grupo, se realizó un análisis clúster de K-medias.

Para el análisis inferencial y ajuste de modelos de regresión lineal se realizaron ANOVAS de una vía para la realización de comparaciones intergrupos. Las comparaciones post hoc se hicieron aplicando el ajuste de Bonferroni.



CAPÍTULO 3

RESULTADOS

3.- RESULTADOS

3.1.- DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA

Se registraron un total de 2413 accesos al formulario. De ellos, 464 estaban totalmente en blanco y de los 1949 restantes: 395 habían respondido solamente a las preguntas de tipo sociodemográfico (y a veces no a todas) por lo que no son válidos para los objetivos de la investigación. Por tanto, el N válido para este estudio estadístico es de un total de 1554 participantes. Una vez determinado el N válido, donde faltaba alguna respuesta a algún ítem, se procedió a realizar una imputación de datos. Esto se hace por procedimientos estadísticos (regresión lineal del valor más probable) y lo hace de forma automatizada el SPSS. De esta manera, una vez validado el caso, las respuestas faltantes (que siempre fueron menos del 5% del total de ítems) se obtuvieron por imputación automatizada.

Siendo la población de dentistas españoles según el INE (2018) de 37.787 profesionales, es decir aproximadamente 38000, nuestra muestra de 1554 casos válidos es estadísticamente representativa de esta población con una confianza del 95%, supuesta máxima variabilidad ($p=q=50\%$), y con un margen de error de solo un $\pm 2.43\%$. En consecuencia, siendo la muestra estadísticamente representativa podemos aceptar que los resultados que obtengamos en este estudio serán una imagen fiel y fiable de la población de estudio.

CÁLCULO DEL TAMAÑO MUESTRAL (coeficiente de confianza 95,5%, precisión del 3% y $p=q=0,50$)

Población finita ($N=37787$)

$$n = \frac{Nz_{\alpha/2}^2 pq}{d^2(N-1) + z_{\alpha/2}^2 pq} = \frac{37787 \cdot 2^2 \cdot 0,5 \cdot 0,5}{0,03^2 \cdot 37786 + 2^2 \cdot 0,5 \cdot 0,5} = 1079,4 \rightarrow \boxed{n = 1080}$$

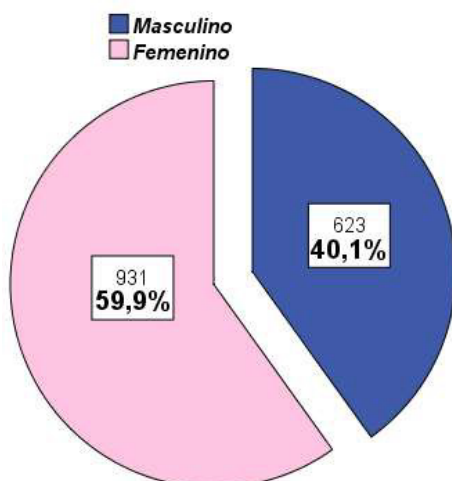
Población infinita

$$n = \frac{z_{\alpha/2}^2 pq}{d^2} = \frac{2^2 \cdot 0,5 \cdot 0,5}{0,03^2} = 1111,1 \rightarrow \boxed{n = 1112}$$

Entre estos 1554 participantes, las mujeres representan una cierta mayoría (60%; n=931) frente a los hombres (Figura 8), mayoría de la que podemos decir que alcanza significación estadística con $p < .001$ ($\text{Chi}^2 = 61.05$; $p = .000$); por lo que se estima para la población (confianza 95%) una presencia de mujeres de entre un 57.4% y un 62.4%. La franja de edad está comprendida entre los 22 y los 70 años con mediana de 39 años. La distribución de la edad no se ajusta a la campana de Gauss (Figura 9) y se observan claramente 2, o incluso, 3 picos: el primero sobre los 30 años, el segundo sobre los 36-37 años y el último en los 60 años, con una caída muy pronunciada entre los 50-55 años. La edad media es 41.7 años (IC al 95%: 41.1 – 42.2) con desviación estándar de 11.5 años.

Figura 8

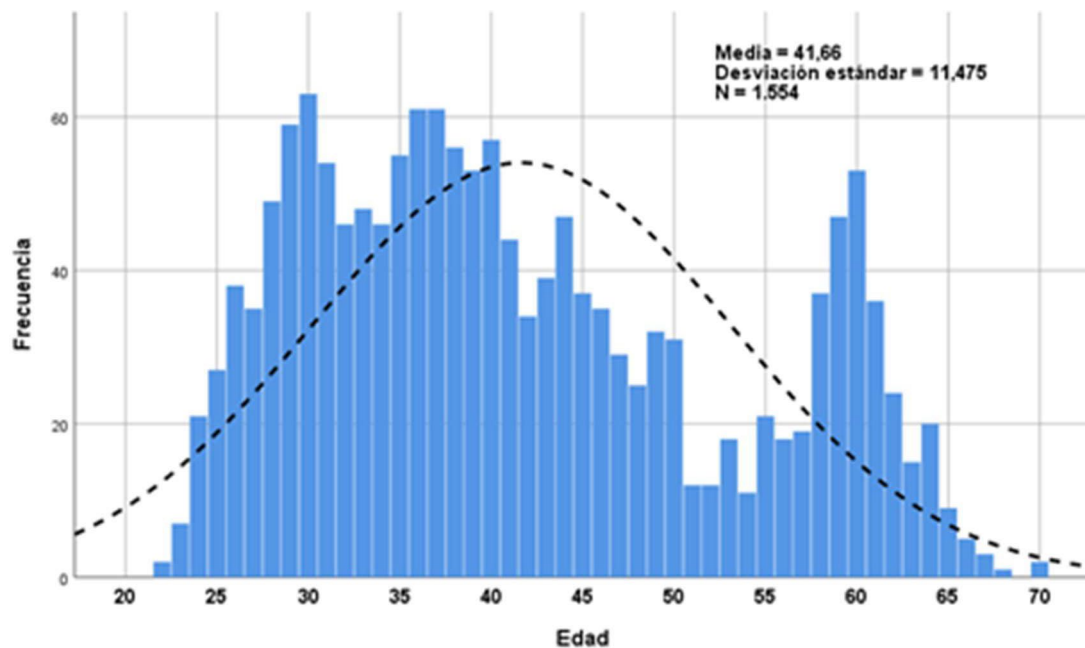
Diagrama de Sectores



Nota. Composición de la muestra según Género. N=1554

Figura 9

Histograma.



Nota. Composición de la muestra según Género. N=1554

Tras caracterizar a la muestra total en sexo y edad, en la Figura 8, se ha resumido el resto de características personales y sociodemográficas que se registraron en el cuestionario, comparando simultáneamente entre géneros.

De los resultados de esta descriptiva total y la comparación entre hombres y mujeres se deriva que:

La media de edad de los hombres es de casi 46 años (Media=45.8; D.E.: 12.2) que es 7 años superior a la edad media de las mujeres (Media=38.9; D.E.: 10.1); diferencia que resulta ser altamente significativa con $p < .001$ (Mann-Whitney: $Z_U = 11.19$; $p = .000$).

- La procedencia de la inmensa mayoría de la muestra (86%; IC: 84.1% - 87.7%) es del entorno urbano, sin que exista diferencia estadísticamente significativa entre participantes por razón de género ($p > .05$; 87.2% vs 85.2%).
- En cuanto al tabaquismo, solamente un 15.6% de la muestra se considera consumidor (IC: 13.8% - 17.5%), con una cierta mayor prevalencia entre los hombres (18.1% vs 13.9%) que alcanza significación estadística ($p < .05$). De los 242 fumadores, 238 respondieron al respecto de la estimación sobre la cantidad de consumo. Esta variable se distribuye con valores en el rango entre 1 y 30 cigarrillos diarios con una mediana de 8 c/d y siendo el pico más alto: 10 cigarrillos. El valor medio de la muestra total es de 9.20 (IC: 8.4 – 10.0) con D.E. de 6.6 cigarrillos/día. El consumo medio en hombres (Media=10.4) es algo superior al consumo en mujeres (Media=8.2), diferencia que llega a la significación ($p < .05$).
- Algo más de la mitad de la muestra total, el 52.3%, nunca trabaja solo o lo hace de forma esporádica (IC: 49.7% - 54.8%) frente al 36.7% que por el contrario frecuentemente, o siempre, trabajan solos (IC: 34.3% - 39.2%). Al contrastar entre géneros se observa una relación estadísticamente significativa ($p < .01$) que se explica porque hay más mujeres que nunca / a veces trabajan solas (55.2% vs 47.8%), en tanto que hay más hombres que trabajan solos frecuentemente / siempre (41.9% vs 33.3%).
- Muy cerca de la mitad del grupo total, casi el 48%, trabaja en varias consultas (IC: 45.4% - 50.4%) sin que la diferencia entre hombres y mujeres sea significativa ($p > .05$).
- Según las respuestas que nos han facilitado nuestros participantes trabajan semanalmente entre 4 y 65 horas con mediana de 38 horas, siendo 40 el pico más alto. El tiempo medio semanal de trabajo es de 36.5 h (con IC: 36.0 – 37.0). Se observa una ligera diferencia entre las medias de trabajo de hombres y

-
- mujeres (Media=37.8 vs Media=35.7 horas/semanales) que aun así llega a la significación estadística ($p < .001$)
- Al respecto del tiempo que llevan en el trabajo, se observan respuestas entre 1 y 50 años con mediana 15 años, en la muestra total, siendo: 15, 20 y 30 años los valores más frecuentes. La media del grupo completo es de Media=16.7 años (IC: 16.2 – 17.2), observándose que los hombres llevan más tiempo en ejercicio que las mujeres (Media=20.0 vs Media=14.5 años) siendo esta diferencia altamente significativa ($p < .001$).
 - Participa en la propiedad de alguna de las consultas donde trabaja, casi el 59% del total de participantes (IC: 56.4% - 61.3%); siendo mucho más alto el porcentaje de hombres que el de mujeres (74.5% vs 48.4) que son propietarios/participes ($p < .001$).
 - Y por último, apenas un 5.1% necesita más de 2 horas diarias en desplazamientos para ir a sus lugares de trabajo (IC: 4.1% - 6.4%), sin que la diferencia entre sexos alcance la significación estadística ($p > .05$).

Tabla 5

Análisis Descriptivo y Comparativo por Género. Variables Personales y Sociodemográficas de los Dentistas Españoles Participantes. (N=1554).

Variables Categorías	Muestra total (N=1554)	Porcentaje (frec.) o □ (±d.e.)		ANOVA	
		Hombres (n=623)	Mujeres (n=931)	Valor	P valor
EDAD (años)	41.7 (±11.5)	45.8 (±12.2)	38.9 (±10.1)	Z _U =11.19**	.000
ENTORNO					
Urbano	86.0% (1336)	87.2% (543)	85.2% (793)	Chi ² =1.22 NS	.270
Rural	14.0% (218)	12.8% (80)	14.8% (138)		
FUMADOR	15.6% (242)	18.1% (113)	13.9% (129)	Chi ² =5.20 *	.023
Nº Cigarrillos/día (N=238)	9.2 (±6.6)	10.4 (±7.3)	8.2 (±5.7)	Z _U =2.18 *	.029
TRABAJA SOLO					
Nunca / A veces	52.3% (812)	47.8% (298)	55.2 % (514)	Chi ² =11.90**	.003
Mitad del tiempo	11.0% (171)	10.3% (64)	11.5% (107)		
Frecuentemente / Siempre	36.7% (571)	41.9 % (261)	33.3% (310)		
TRABAJA VARIAS CONSULTAS	47.9% (744)	48.3% (301)	47.6% (443)	Chi ² =0.08 NS	.777
Nº HORAS TRABAJO / SEMANA	36.5 (±9.5)	37.8 (±9.6)	35.7 (±9.3)	Z _U =5.27**	.000
Nº AÑOS TRABAJANDO	16.7 (±10.3)	20.0 (±10.7)	14.5 (±9.4)	Z _U =10.09**	.000
PARTICIPA EN LA PROPIEDAD	58.9% (915)	74.5 % (464)	48.4% (451)	Chi ² =104.50**	.000
TIEMPO >120 MIN/DIA EN TRANSPORTE	5.1 % (80)	4.3% (27)	5.7% (53)	Chi ² =1.41 NS	.235

Nota. N.S. = NO significativo al 5% (p>.05) * = Significativo al 5% (p<.05) ** = Altamente significativo al 1% (p<.01). En negrita, las categorías que generan la significación.

Por último, la Figura 10 contiene el reparto de participantes por provincia. Como se puede observar está representada casi la totalidad del territorio nacional (49 provincias) y aunque no sea una muestra proporcional a las respectivas sub-poblaciones provinciales, consideramos que representa adecuadamente a todo el país.

Figura 10

Diagrama de Barras. Composición de la Muestra según Provincia. N=1554



3.2.- EXPLORACIÓN Y DESCRIPCIÓN DEL CUESTIONARIO DE PERSONALIDAD NEO FFI.

Este instrumento consta de 60 ítems en formato Likert de 5 opciones de respuesta, entre 1= totalmente desacuerdo y 5= totalmente de acuerdo, que se configuran en torno a 5 dimensiones de Personalidad: *Neuroticismo (N)*, *Extroversión (E)*, *Apertura a la experiencia (O)*, *Cordialidad (A)* y *Responsabilidad (C)*.

De estos 60 ítems, 24 tienen contenido contrario en su enunciado a los restantes 36. Por tanto, previo a todos los análisis estadísticos se ha procedido a invertir la escala de respuesta de estos 24 ítems. De esta manera en todos ellos, un valor de respuesta mayor se corresponde con acuerdos al contenido en el mismo sentido y por ende un mayor grado/nivel en la dimensión a la que pertenece cada ítem.

3.2.1.- FIABILIDAD.

En primer lugar, se aborda el estudio de la fiabilidad de las respuestas de nuestra muestra de participantes al responder a este cuestionario. Para ello hemos utilizado la ecuación "Alfa" de Cronbach que analiza la fiabilidad desde la perspectiva de la consistencia interna, junto al Coeficiente de correlación Intraclase como un medio de estimar el IC de esta fiabilidad (con una confianza del 95%). Ambos coeficientes varían en el rango de valores posibles: [0-1], donde un valor $>.80$ podemos considerarlo como alta fiabilidad, y desde $.60$ se puede admitir que la fiabilidad es buena.

La Tabla 6 resume estos análisis y en ella se puede comprobar que, en todas las dimensiones, el coeficiente de Cronbach, así como los IC de la correlación intraclase tienen valores $>.60$, siendo el valor del límite inferior más bajo: $.70$ y superando con frecuencia el valor $.80$. El valor más elevado del coeficiente de fiabilidad "alfa" se ha encontrado en la dimensión *Neuroticismo* ($.88$) seguida de la *Extroversión* ($.85$), siendo el menor el de la dimensión *Cordialidad* ($.72$). Por tanto, estos resultados nos permiten

afirmar que la fiabilidad en general, en este instrumento, es alta y podemos confiar en las respuestas que nos han dado los participantes.

Tabla 6

Análisis de Fiabilidad: Alfa de Cronbach. Cuestionario NEO – FFI de Personalidad. (N=1554)

<i>Variables de Dimensión</i>	Nº de ÍTEMS	ALFA de Cronbach	Correlación Intraclase IC al 95%	Test de Significación
NEUROTICISMO	12	.88	.87 / .89	.000
EXTROVERSIÓN	12	.85	.83 / .86	.000
APERTURA A LA EXPERIENCIA	12	.77	.76 / .79	.000
CORDIALIDAD	12	.72	.70 / .74	.000
RESPONSABILIDAD	12	.79	.77 / .80	.000

3.2.2.- EXPLORACIÓN Y DESCRIPCIÓN DE LAS DIMENSIONES.

Confirmada la alta fiabilidad del instrumento, se procede a calcular las variables correspondientes a las dimensiones evaluadas por él. Dada la naturaleza Likert de los ítems y que el número de ellos es el mismo en cada dimensión, se ha empleado como método de obtención de las puntuaciones individuales el procedimiento de la acumulación de puntos; es decir, que la puntuación de cada persona en la dimensión es la suma de los valores numéricos de sus respuestas a todos los ítems que la componen. De esta forma, en las 5 dimensiones del NEO FFI, el rango posible de valores es [12-60] donde un mayor valor debe ser interpretado como una mayor presencia del rasgo evaluado.

Construidas estas variables, se procede en primer lugar a realizar una exploración de los datos de las mismas. Para esta exploración se ha empleado: (1) gráficos Q-Q de ajuste a la normalidad que nos muestran de visu la cercanía de los valores empíricos al modelo de la campana normal de Gauss, (2) índices de forma: asimetría y curtosis y (3) el Test de bondad de ajuste de (KS), donde dado el tamaño de la muestra del que se dispone solo se considera como falta de normalidad el desajuste

grave ($p < .01$). A la par se ha empleado el gráfico de caja (*box plot*) para determinar la existencia o no de algún valor atípico debido a su lejanía con respecto a los demás de la muestra (los denominados *outlier* de tipo *far out*). En este texto se omite la presencia de los gráficos por economía de espacio y se reúnen en un anexo al final del informe.

La Tabla 7 contiene los valores de los estadísticos calculados en esta exploración, así como los de los estadísticos habituales de centralidad (media y mediana) y de variabilidad (D.E. y amplitud intercuartil) junto al rango real observado.

La exploración, revela de entrada que en ninguna de estas variables aparecen algún valor *outlier far out*, es decir fuera de rango que deba ser tenido en cuenta. Solamente en la variable de la dimensión *Cordialidad* aparece 1 punto (1 único participante) cuya puntuación es menor a la del resto de grupo de una forma notable, pero es un caso *near out* por lo que no se puede considerar que ejerza un efecto distorsionador. En cuanto a los histogramas y gráficos Q-Q, nos presentan variables que tienden de forma muy evidente hacia la campana de Gauss. Cuestión ésta que se confirma con los valores de los índices de forma (asimetría y altura) que son muy cercanos al 0 del modelo de la normalidad estadística. Los test KS de bondad de ajuste, debido a lo muy elevado del N para sensibilidad de este test, rondan la significación, pero aun así nos permiten aceptar, en general, que la diferencia no es significativa ($p > .05$). Por tanto, a modo de conclusión, podemos decir que todas estas variables del cuestionario NEO FFI se distribuyen conforme a la normalidad estadística.

Tabla 7

Análisis Exploratorio y Descriptivo. Variables de las Dimensiones del Cuestionario NEO FFI de Personalidad. N=1554 Dentistas Españoles.

Variables de la Dimensiones de PERSONALIDAD del NEO FFI	Exploración: Forma		Test KS: p valor	Centralidad		Rango (Mín. / Máx.)	Variabilidad	
	Asimetría	Curtosis		□	Mediana		D.E.	Rango intercuartil
NEUROTICISMO	0.19	-0.44	.057 ^{NS}	33.76	33.00	12 / 60	9.15	11.00
EXTROVERSIÓN	-0.22	0.10	.055 ^{NS}	40.32	41.00	12 / 60	7.39	9.00
APERTURA A LA EXPERIENCIA	-0.04	-0.02	.048 [*]	39.93	40.00	15 / 60	6.88	9.00
CORDIALIDAD	-0.31	0.59	.069 ^{NS}	42.02	42.00	15 / 60	5.86	8.00
RESPONSABILIDAD	-0.26	0.01	.058 ^{NS}	45.74	46.00	22 / 60	6.16	8.00

NS = Desvío no significativo ($p > .05$) la variable se distribuye normalmente

* = Desvío significativo pero leve ($p < .05$) la variable tiende hacia el modelo normal

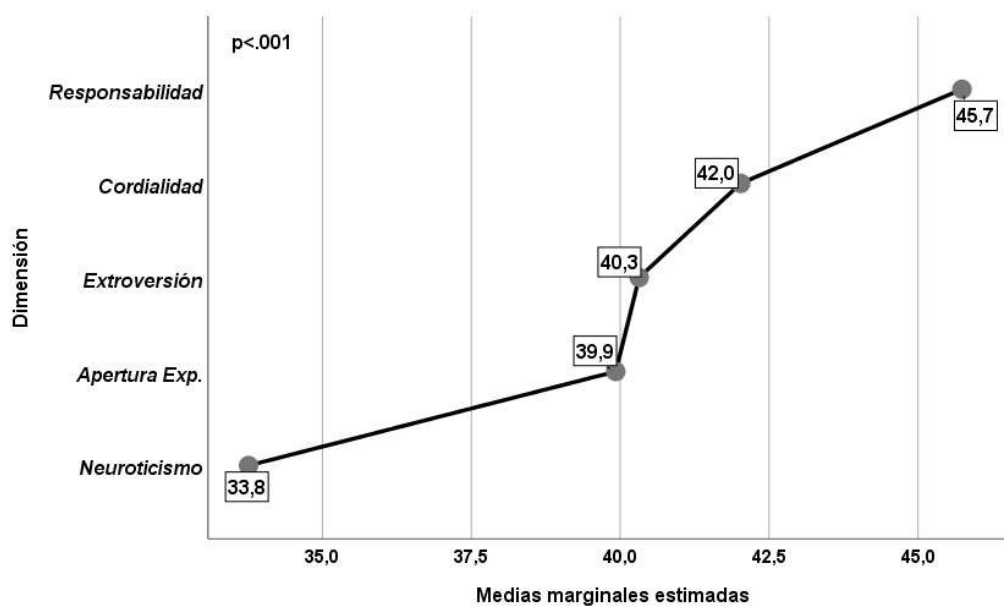
La Tabla 7 además, contiene los valores descriptivos de estas variables. Como vemos en ella, en 4 de las variables podemos decir que el rango observado cubre la totalidad, o casi, de los valores del rango de valores posibles, por lo que la variabilidad de la muestra es muy buena en todas ellas. Solamente en *Responsabilidad*, se aprecia que el grupo se mueve un tanto hacia la parte más superior del continuo, siendo el valor mínimo inferior algo más alto y reduciendo un poco la variabilidad del grupo. Considerando que el punto medio de todas estas escalas [12-60] es 36, solo en *Neuroticismo* se observa un valor medio inferior (Media=33.7). Cerca se encuentra la media de *Apertura a la experiencia* (Media=39.9). El resto de variables supera los 40 puntos al menos, siendo el valor más elevado el de la *Responsabilidad* (Media=45.7).

Se han contrastado estos valores medios entre sí, de forma intragrupo, con el test ANOVA MR (Análisis de varianza de medidas repetidas en un factor), encontrándose que las diferencias observadas son altamente significativas con $p < .001$

(valor $F=559.65$; $p=.0000$) y que además se corresponden con un tamaño del efecto elevado (26.5%). Por tanto y tal como nos ayuda a ver el gráfico de perfil de la Fig. 4, los datos que hemos recogido nos permiten admitir que en nuestro grupo total de participantes, aparece una variable: *Responsabilidad*, donde los sujetos tienen valores más elevados; le sigue un grupo con 3 dimensiones (*Cordialidad*, *Extroversión* y *Apertura a la experiencia*) donde los valores son intermedios; y cierra la variable de la dimensión *Neuroticismo* donde podemos decir que nuestros participantes presentan un menor nivel.

Figura 11

Diagrama de Medias. Variables de las Dimensiones de Personalidad (NEO FFI). N=1554 Dentistas Españoles



Nota. Elaboración propia mediante IBM SPSS Statistics 25

3.3.- EXPLORACIÓN Y DESCRIPCIÓN DEL CUESTIONARIO COPE-28 DE ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO.

Este cuestionario está formado por 28 ítems que se agrupan, dos a dos, en 14 subescalas que a su vez se acumulan en 3 dimensiones que son las que evalúan los tipos de *Afrontamiento*: (1) *centrado en el Problema*, (2) *centrado en la Emoción* y (3)

conductas de evitación (*Evitativo*). Los ítems se responden en escala Likert de 4 puntos [1-4] desde 1 = nunca hasta 4 = siempre, y en esta ocasión no es necesario invertir ninguno de ellos antes de realizar el análisis estadístico.

Hay que comentar que, seguramente debido al cansancio, por el alto número de ítems, se ha reducido el N de participantes que han respondido a los ítems de este instrumento. Por este motivo el N válido para el análisis de las variables del COPE-28, es de 1363 casos, lo que supone una pérdida del 12.3% del total de la muestra y un incremento, muy leve, del error muestral máximo que pasa del 2.43% al 2.61% (+0.18%).

3.3.1.- FIABILIDAD.

Se ha estudiado la fiabilidad de este instrumento con el procedimiento ya empleado y explicado anteriormente. Dado el reducido número de ítems de cada subescala se omite la fiabilidad de las mismas y se analiza solamente la fiabilidad de las 3 dimensiones que las engloban.

La Tabla 8 resume estos análisis y en ella se puede comprobar que en estas tres dimensiones los coeficientes de fiabilidad obtenidos presentan valores $>.60$, estando los IC del coeficiente de correlación intraclase, en general, por encima de este corte. La fiabilidad es algo mejor en la dimensión el *Afrontamiento centrado en el Problema* (.65) que en las otras dos; pero se puede concluir que en general, la fiabilidad lograda por nuestra muestra válida es buena.

Tabla 8

Análisis de Fiabilidad: Alfa de Cronbach. Cuestionario COPE-28 de Estrategias de Afrontamiento.
(N=1363)

<i>Variables de Dimensión</i>	Nº de ÍTEMS	ALFA de Cronbach	Correlación Intraclase IC al 95%	Test de Significación
AFRONTAMIENTO. CENTRADO EN EL PROBLEMA	6	.65	.62 / .67	.000
AFRONTAMIENTO CENTRADO EN LA EMOCIÓN	10	.63	.60 / .66	.000
AFRONTAMIENTO EVITATIVO	12	.61	.58 / .64	.000

3.3.2.- EXPLORACIÓN Y DESCRIPCIÓN DE LAS DIMENSIONES.

Tras el estudio de la fiabilidad cuyo resultado nos permite confiar en las respuestas dadas por nuestros participantes, se procede a construir las variables que se pueden generar desde el mismo: (1) por un lado, las puntuaciones de las 3 dimensiones globales y, por otro, (2) las puntuaciones cada una de las 14 si escalas. En todos los casos, se ha recurrido de nuevo al procedimiento de acumulación de puntos ya empleado anteriormente. Ahora bien, en este caso mientras que cada una de las 14 subescalas se compone de 2 ítems (rango: 2-8, para cada una de ellas), las dimensiones globales tienen diferente número de ítems (6, 10 y 12) por lo que sus rangos posibles de puntuación varían: [6-24], [10-40] y [12-48] respetivamente, lo que nos impediría comparar a estas tres variables entre sí. Por este motivo, se ha procedido a estandarizar mediante transformación lineal las puntuaciones de los sujetos en estas escalas en una escala similar a un porcentaje tomando como referencia el valor máximo de cada uno de los tres rangos citados.

Construidas estas variables, las de las 3 dimensiones en primer lugar, se realiza la exploración de las mismas. Ésta revela que en estas variables no aparece más que 1 valor *outlier far out*, es decir, fuera de rango que deba ser tenido en cuenta (en la

dimensión *Afrontamiento de Evitación*), pero al ser tan solo 1 (el 0.07%) dentro de una muestra tan grande su peso es inapreciable y no se interviene sobre él. Sí que aparecen casos de tipo *near out*, pero estos no ejercen un efecto distorsionador. Por otro lado, los histogramas y gráficos Q-Q, nos presentan variables que tienden, en su gran mayoría, hacia la campana de Gauss; solo se aprecian mínimos desvíos en algún extremo que se corresponde con los citados *near out*. Esto influye en que los Test (KS) de bondad de ajuste detecten diferencias significativas ($p < .001$) con respecto a la normal; pero sin embargo los índices de forma (asimetría y altura (Tabla 9)) tienen valores dentro del rango de la normalidad estadística $[-0.50, +0.50]$, o al menos dentro de los que se considera como una tenencia hacia la misma $[-1; +1]$. En conclusión, si bien es cierto que estas variables tienen ligeros desvíos (en especial el *Afrontamiento de Evitación*) dado el gran tamaño de muestra y el comportamiento general de la mayoría de los valores, podemos admitir que tienden suficientemente hacia la normalidad estadística.

Tabla 9

Análisis Exploratorio y Descriptivo. Variables de las Dimensiones de Afrontamiento del Cuestionario COPE-28. N=1363 Dentistas Españoles.

Puntuaciones DIRECTAS de las variables de las Dimensiones de AFRONTAMIENTO del COPE-28				Exploración: Forma		Test KS: p valor	Centralidad		Rango (Mín. / Máx.)	Variabilidad	
				Asimetría	Curtosis		<input type="checkbox"/>	Mediana		Desv. estándar	Rango intercuartil
AFR. PROBLEMA	CENT.	EN EL		-0.01	0.34	.000**	17.04	17.00	6 / 24	2.50	4.00
AFR. EMOCIÓN	CENT.	EN LA		0.39	0.31	.000**	22.52	22.00	10 / 35	3.58	5.00
AFRONTAMIENTO EVITATIVO				0.67	0.94	.000**	23.42	23.00	12 / 43	3.64	5.00
Puntuaciones ESTANDARIZADAS de las variables de las Dimensiones de AFRONTAMIENTO del COPE-28				Exploración: Forma		Test KS: p valor	Centralidad		Rango (Mín. / Máx.)	Variabilidad	
				Asimetría	Curtosis		<input type="checkbox"/>	Mediana		Desv. estándar	Rango intercuartil
AFR. PROBLEMA	CENT.	EN EL		-0.01	0.34	.000**	70.99	70.83	25 / 100	10.44	16.67
AFR. EMOCIÓN	CENT.	EN LA		0.39	0.31	.000**	56.30	55.00	25 / 87.5	8.94	12.50
AFRONTAMIENTO EVITATIVO				0.67	0.94	.000**	48.80	47.93	25 / 89.6	7.58	10.42

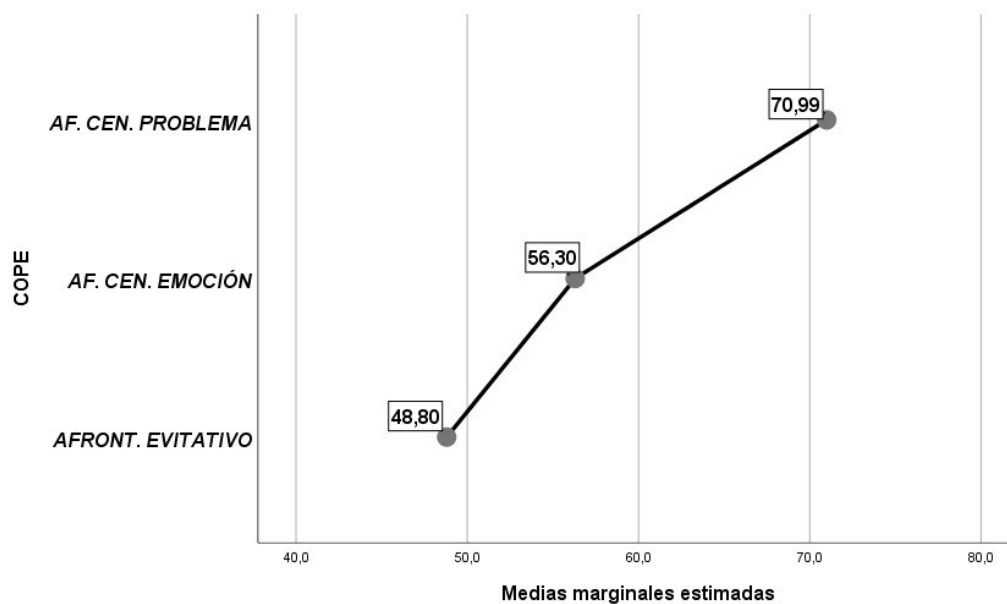
** = Desvío grave significativo (p<.01) la variable no se ajusta a la normalidad

Por lo que respecta a los estadísticos descriptivos de estas variables (Tabla 9) se observa una amplia variabilidad ya que, en las tres dimensiones, las puntuaciones cubren prácticamente el rango completo posible. Por su parte, los valores medios estandarizados que hemos calculado para que se puedan ser comparados entre sí, nos permiten observar cómo el valor medio del *Afrontamiento centrado en el Problema* es muy superior (Media=70.99) a los otros dos. En segundo lugar, ocupando una posición intermedia, aparece al *Afrontamiento centrado en la Emoción* (Media=56.30). Y por último encontramos al *Afrontamiento Evitativo* (Media=48.80) a una menor distancia del

anterior que la que hay entre ellos y el primero. Contrastando de forma intragrupo estos valores medios entre sí, con el test se demuestra que estas diferencias comentadas son altamente significativas entre sí con $p < .001$ (ANOVA MR: valor $F = 3072.80$; $p = .000$) y que además se corresponden con un tamaño del efecto muy elevado (69.3%) que garantiza la solidez de esta conclusión.

Figura 12

Diagrama de Medias. Variables de las Dimensiones de Afrontamiento (COPE-28). Puntuaciones Estandarizadas. N=1363 Dentistas Españoles



A continuación, se presenta la Tabla 10 con los valores exploratorios y descriptivos de las 14 subdimensiones en las que se dividen estas tres estrategias. La exploración determina, en modo de resumen, que gran parte de estas variables tienen tendencias hacia la normalidad estadística según los gráficos Q-Q y los índices de asimetría y curtosis, a pesar de que de nuevo el elevado N incide en la presencia de significación en los Test de bondad de ajuste. Solamente, la distribución de la variable de la subescala Uso de sustancias tiene un muy claro desvío de la normalidad debido a la alta concentración de respuestas en el valor mínimo (el 79.2%) lo que genera una clara asimetría y una muy elevada altura que impide admitir normalidad o al menos

tendencia hacia ella. Junto a ésta, las distribuciones de las subescalas: Negación, Religión y Desconexión conductual, tienen tendencias asimétricas (más casos en los valores bajos) que les alejan de la normalidad estadística.

La Tabla 10 también contiene los estadísticos descriptivos de estas variables. Todas ellas tienen valores dentro del rango total completo, por lo que la variabilidad es alta. Al respecto de los valores medios, gran parte de las medias están en el intervalo entre 4 y 6 puntos. La media de Afrontamiento activo (Media=6.27) seguida de la media de Aceptación (Media=6.13); en tanto que también destacan, pero bajos, los valores medios de: Uso de sustancias (Media=2.42), Desconexión conductual (Media=2.71), Negación (Media=2.73) y Religión (Media=3.45) que son precisamente las variables que por su asimetría no se distribuyen normalmente.

Contrastando estas medias mediante ANOVA MR, como anteriormente, se puede concluir que las diferencias entre ellas son estadísticamente significativas con $p < .001$ (valor $F=1648.14$; $p=.000$) con un tamaño del efecto muy elevado (54.8%).

Tabla 10

Análisis Exploratorio y Descriptivo. Variables de las Subdimensiones del Cuestionario COPE-28. N=1363 Dentistas Españoles.

Variables de la SUBESCALAS del COPE-28	Exploración: Forma		Centralidad	Rango	Variabilidad			
	Asimetría	Curtosis	Test KS: p valor	□ Mediana	(Mín. / Máx.)	Desviación estándar	Rango intercuartil	
AFRONTAMIENTO CENTRADO EN EL PROBLEMA								
<i>Afrontamiento activo</i>	-0.23	-0.41	.000**	6.27	6.00	02 - 8	1.15	1.00
<i>Planificación</i>	-0.17	-0.18	.000**	5.87	6.00	02 - 8	1.22	2.00
<i>Apoyo instrumental o social</i>	0.61	0.32	.000**	4.89	5.00	02 - 8	1.13	2.00
AFRONTAMIENTO CENTRADO EN LA EMOCIÓN								
<i>Uso del apoyo emocional</i>	0.40	-0.25	.000**	5.01	5.00	02 - 8	1.37	2.00
<i>Reinterpretación positiva</i>	0.22	-0.32	.000**	5.19	5.00	02 - 8	1.38	2.00
<i>Negación</i>	1.12	0.87	.000**	2.73	2.00	02 - 8	0.92	1.00
<i>Aceptación</i>	-0.08	-0.54	.000**	6.13	6.00	02 - 8	1.17	2.00
<i>Religión</i>	1.14	0.88	.000**	3.45	3.00	02 - 8	1.55	2.00
AFRONTAMIENTO EVITATIVO								
<i>Auto-distracción</i>	0.38	0.08	.000**	4.68	5.00	02 - 8	1.29	1.00
<i>Desahogo</i>	0.60	0.54	.000**	4.24	4.00	02 - 8	1.18	2.00
<i>Desconexión conductual</i>	1.11	0.62	.000**	2.71	2.00	02 - 8	0.90	1.00
<i>Uso de sustancias</i>	2.70	8.59	.000**	2.42	2.00	02 - 8	0.95	0.50
<i>Humor</i>	0.53	0.32	.000**	4.45	4.00	02 - 8	1.39	1.00
<i>Autoinculpación</i>	0.59	-0.12	.000**	4.92	5.00	02 - 8	1.23	2.00

** = Desvío grave significativo ($p < .01$) la variable no se ajusta a la normalidad

3.4.- EXPLORACIÓN Y DESCRIPCIÓN DEL INVENTARIOS MBI DE SÍNDROME DE BURNOUT.

Este instrumento está compuesto por 22 ítems en formato Likert de 6 puntos [1-6] desde 1= nunca y 6= todos los días; sin que tampoco sea necesario invertir ninguno

de forma previa al estudio estadístico; que se configuran en una estructura tridimensional: (1) *Cansancio Emocional*, (2) *Despersonalización* y (3) *Realización personal*.

Se ha reducido el N de participantes que han respondido a los ítems de este inventario. En este momento, el N válido para el análisis de las variables MBI, es de 1298 casos que es una pérdida del 16.5% con respecto al total de la muestra y del 4.2% con respecto al N del análisis del cuestionario anterior. Esto implica un nuevo incremento del error muestral máximo que sube del 2.43% inicial al 2.67% (+0.24%).

3.4.1.- FIABILIDAD.

Se ha analizado la fiabilidad de estas tres dimensiones que conforman el Inventario MBI. El resultado (Tabla 11). En ella se observa que los coeficientes de fiabilidad obtenidos son bastante altos todos ellos. Destaca la muy alta fiabilidad de la dimensión *Cansancio emocional* (>.90). Siendo la menor de ellos, la de dimensión *Realización personal* (.72), así, el grado de fiabilidad alcanzado en las respuestas de nuestros participantes a este instrumento, es elevado.

Tabla 11

Análisis de fiabilidad: Alfa de Cronbach. Inventario MBI de Síndrome de Burnout. (N=1298)

<i>Variables de Dimensión</i>	Nº de ÍTEMS	ALFA de Cronbach	Correlación Intraclase IC al 95%	Test de Significación
CANSANCIO EMOCIONAL	9	.93	.92 / .93	.000
DESPERSONALIZACIÓN	5	.72	.69 / .74	.000
REALIZACIÓN PERSONAL	8	.80	.78 / .81	.000

3.4.2.- EXPLORACIÓN Y DESCRIPCIÓN DE LAS DIMENSIONES.

Como consecuencia del resultado inmediato anterior, es posible la construcción de las variables correspondientes a estas dimensiones. Una vez más se empleó el método de la acumulación de puntos, siendo los rangos de estas variables: [9-54], [5-

30] y [8-48], motivo por el cual se ha realizado de nuevo una estandarización, mediante transformación lineal, a partir del valor máximo de cada una de ellas que nos permita comparar los valores medios de unas con otras.

En la exploración de las variables solamente aparece 1 valor (de 1 caso) que es *outlier* de tipo *far out*. Como en la anterior ocasión, el hecho de que sea 1 solo dentro de una muestra muy grande supone que su posible efecto de distorsión es despreciable. Junto a lo anterior, apenas aparecen otros valores fuera de rango de tipo *near out*. Los gráficos Q-Q junto a los histogramas nos hacen pensar que las variables se alejan del modelo de la campana de Gauss. En el caso de la dimensión *Cansancio emocional* el desvío es leve, estando los índices de forma dentro del rango admisible. Pero en las otras dos dimensiones, las asimetrías son muy claras: (1) en *Despersonalización* porque las puntuaciones se acumulan en los valores bajos del continuo, y (2) en *Realización personal*, por lo contrario, es decir porque se acumulan en el extremo superior del conjunto de valores. La conclusión es que, si bien en *Cansancio emocional* se podría aceptar pese al desvío una tendencia hacia la normalidad estadística, en las otras dos claramente las variables no se comportan según la normalidad estadística.

Tabla 12

Análisis Exploratorio y Descriptivo. Variables de las Dimensiones de Afrontamiento del Cuestionario COPE-28. N=1298 Dentistas Españoles.

Puntuaciones <i>DIRECTAS de las variables de las Dimensiones de BURNOUT del MBI</i>	Exploración: Forma			Centralidad		Rango (Mín. / Máx.)	Variabilidad	
	Asimetría	Curtosis	Test KS: p valor	□	Mediana		Desviación estándar	Rango intercuartil
<i>CANSANCIO EMOCIONAL</i>	0.22	-0.80	.000**	30.83	29.50	9 / 54	10.89	17.00
<i>DESPERSONALIZACIÓN REALIZACIÓN</i>	1.18	0.99	.000**	10.27	9.00	5 / 28	4.65	6.00
<i>PERSONAL</i>	-0.94	1.07	.000**	39.84	41.00	8 / 48	5.90	7.00

Puntuaciones <i>ESTANDARIZADAS de las variables de las Dimensiones de BURNOUT del MBI</i>	Exploración: Forma			Centralidad		Rango (Mín. / Máx)	Variabilidad	
	Asimetría	Curtosis	Test KS: p valor	□	Mediana		Desviación estándar	Rango intercuartil
<i>CANSANCIO EMOCIONAL</i>	0.22	-0.80	.000**	57.10	54.63	16.7 / 100	20.16	31.48
<i>DESPERSONALIZACIÓN REALIZACIÓN</i>	1.18	0.99	.000**	34.24	31.00	16.7 / 93.3	15.51	20.00
<i>PERSONAL</i>	-0.94	1.07	.000**	82.99	85.42	16.7 / 100	12.30	14.58

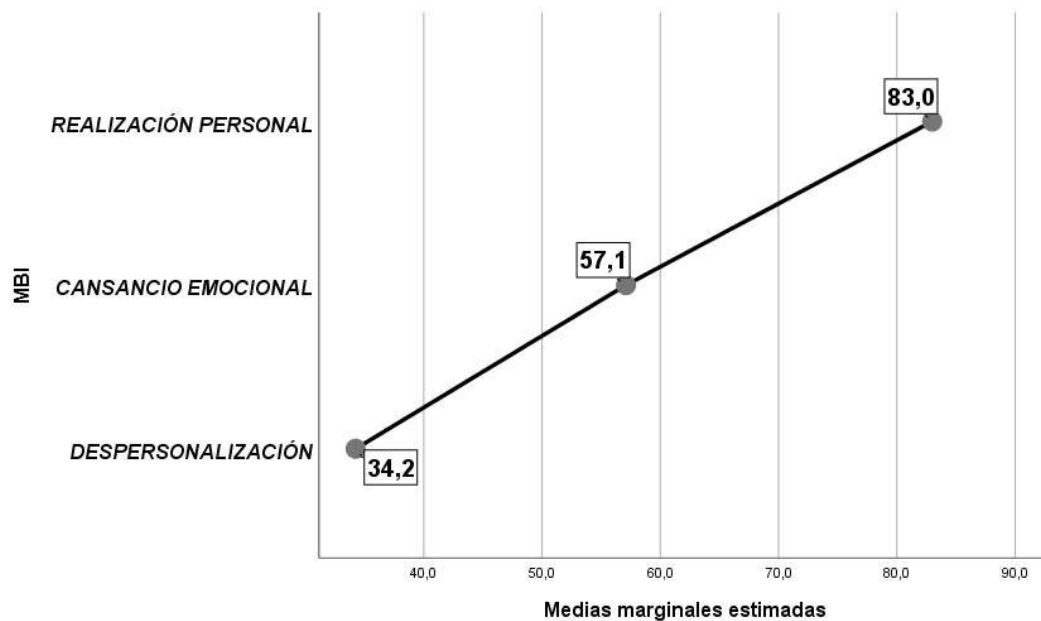
** = Desvío grave significativo (p<.01) la variable no se ajusta a la normalidad

La Tabla 12, junto a los estadísticos de la exploración contiene los descriptivos. Se observa que en las tres variables el rango real observado cubre todo, o prácticamente todo, el rango posible, de manera que el grado de variabilidad es bueno.

Las medias de las variables estandarizadas indican que nuestros participantes obtienen puntuaciones elevadas en *Realización personal* (Media=85.42), puntuaciones medias en *Cansancio emocional* (Media=57.10) y puntuaciones bajas en *Despersonalización* (Media=34.24). Según el Test ANOVA MR, estas diferencias alcanzan una alta significación estadística con p<.001 (valor F=2788.81; p=.000000) siendo el tamaño del efecto que le corresponde a estas diferencias del 68.3%, es decir muy elevado.

Figura 13

Diagrama de Medias. Variables de las Dimensiones de Burnout (BMI). N=1298 Dentistas Españoles



Elaboración propia mediante IBM SPSS Statistics 25

Terminada la exploración y descripción de variables, a continuación se procede con el estudio inferencial destinado a verificar si factores recogidos (como: sexo, edad, entorno, etc,...) generan diferencias estadísticamente significativas en estas variables. Para ello en aquellas que según los resultados anteriores se distribuyan normalmente se empleará un método paramétrico, en concreto el Análisis de Varianza (ANOVA) de un factor de efectos fijos. Se podría haber usado la clásica T de Student (donde se comparasen 2 medias), pero se ha optado por el ANOVA porque éste nos incorpora en sus resultados la estimación del tamaño del efecto (en forma de R^2 , como en los resultados anteriores). Para aquellas pocas variables que no se ajustan a la normalidad estadística se ha recurrido, lógicamente, a una alternativa no paramétrica: el Test U de Mann-Whitney (si hay dos grupos) y el Test H de Kruskal-Wallis (cuando son más de dos grupos). En estos casos se ha estimado el tamaño del efecto, mediante la conversión de la “d” de Cohen en R^2 , para que todos estos valores puedan ser comparados entre sí.

Desde las puntuaciones directas sin estandarizar se han clasificado a los sujetos de la muestra en tres grupos (bajo/medio/alto, grado de *Síndrome de Burnout*) en cada una de las 3 dimensiones MBI. Para ello se han empleado los siguientes puntos de corte normativos establecidos por el manual del instrumento:

- *Cansancio emocional*: ≤ 18 ; 19-26; ≥ 27
- *Despersonalización*: ≤ 5 ; 6-9; ≥ 10
- *Realización personal*: ≥ 40 ; 34-39; ≤ 33

Los resultados sobre *Síndrome de Burnout*, se presentan divididos en sus tres dimensiones ya que el *Cansancio emocional* y la *Despersonalización* correlacionan de forma positiva con el *Síndrome de Burnout* mientras que la *Realización personal* se relaciona de forma inversa, sus puntuaciones más bajas señalan menor *Realización personal* y, por lo tanto, mayor nivel de *Síndrome de Burnout*. Por eso, presentar una puntuación total como la suma de sus tres factores, puede generar un problema de interpretación, al producirse una compensación numérica. Por esta razón pensamos que lo más adecuado es analizar los resultados del MBI según sus factores de forma independiente.

El resultado que hemos obtenido (resumido en Tabla 13) nos indica que:

En la dimensión de *Cansancio emocional*, la mayor parte de los dentistas (61.3%; IC: 58.6% - 64.0%) se sitúan en el grupo con grado alto de *Síndrome de Burnout*; en tanto que solo un 12.9% está en el grupo con bajo grado de *Síndrome de Burnout*.

En *Despersonalización*, la muestra se reparte casi a partes iguales entre los que tienen nivel alto (45.8%; IC: 43.1% - 48.6%) y los que están en el grado medio (45.7%; IC: 42.9% - 48.4%).

Y en *Realización personal*, algo más de la mitad del grupo se sitúan en el nivel bajo de *Síndrome de Burnout* (58.8%; IC: 56.0% - 61.5%) puesto que sus puntuaciones en esta dimensión son elevadas. Un alto grado de *Síndrome de Burnout* (debido a puntuaciones bajas en RP) solo se aparece en el 14.6% del grupo en estudio.

Tabla 13

Análisis descriptivo. Porcentajes (con IC al 95%) de Sujetos en los Niveles Bajo/Medio/Alto de cada una de las Dimensiones de Síndrome de Burnout del Cuestionario MBI. N=1298 Dentistas Españoles.

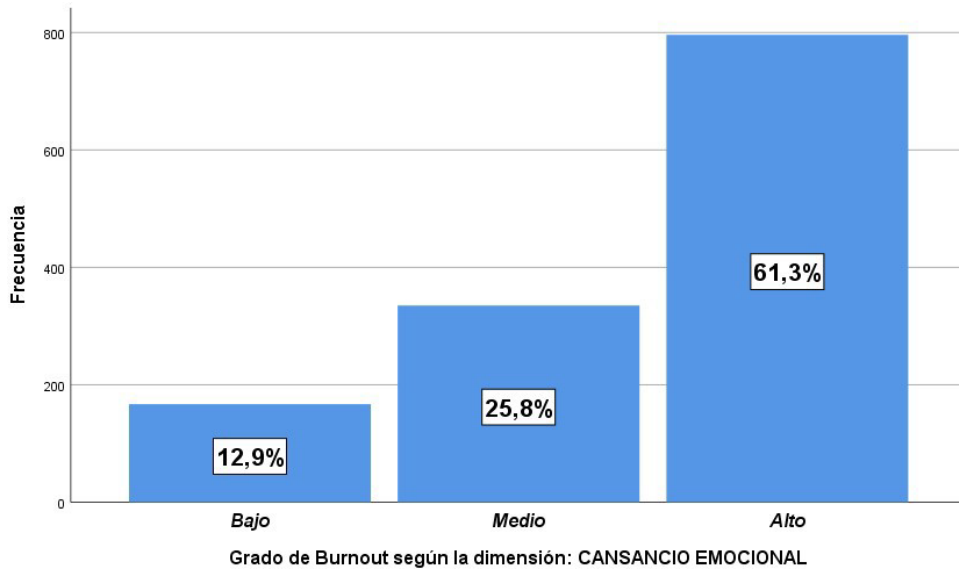
Grado de BURNOUT en las Dimensiones del MBI	BAJO			MEDIO			ALTO		
	n	%	IC 95%	n	%	IC 95%	n	%	IC 95%
CANSANCIO EMOCIONAL	167	12.9	11.1% - 14.8%	335	25.8	23.4% - 28.3%	796	61.3	58.6% - 64.0%
DESPERSONALIZACIÓN	110	8.5	7.0% - 10.1%	593	45.7	42.9% - 48.4%	595	45.8	43.1% - 48.6%
REALIZACIÓN PERSONAL	763	58.8	56.0% - 61.5%	345	26.6	24.2% - 29.1%	190	14.6	12.8% - 16.7%

Es decir, resumiendo que el grado de *Síndrome de Burnout* de los dentistas es:

- (1) alto en *Cansancio emocional*, (2) medio-alto en *Despersonalización* y (3) bajo en *Realización personal*.

Figura 14

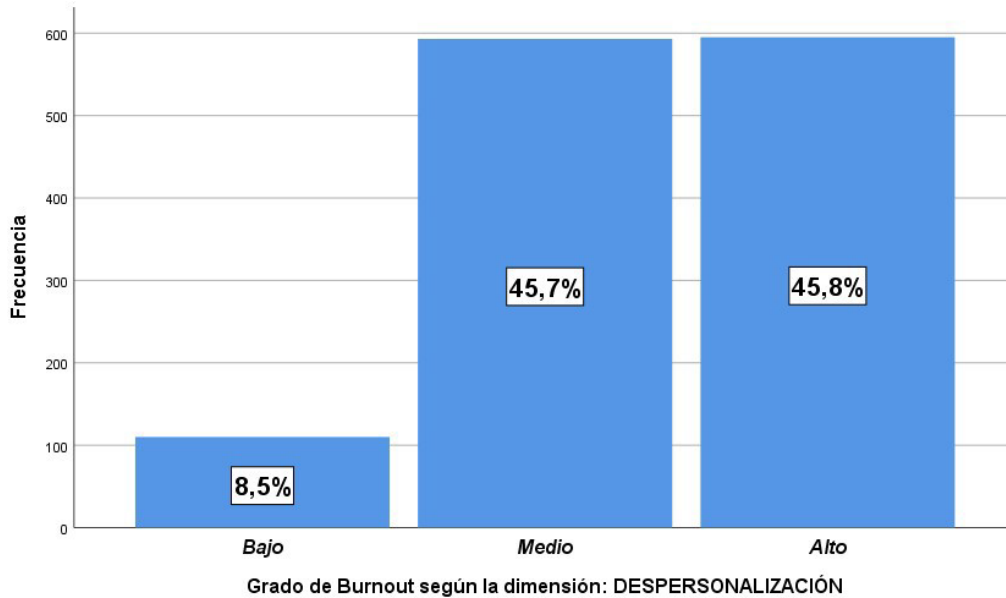
Diagrama de Barras. Grado de Síndrome de Burnout (MBI) en la Dimensión: Cansancio Emocional. N=1298 Dentistas Españoles



Elaboración propia mediante IBM SPSS Statistics 25

Figura 15

Diagrama de Barras. Grado de Síndrome de Burnout (MBI) en la Dimensión: Despersonalización. N=1298 Dentistas Españoles

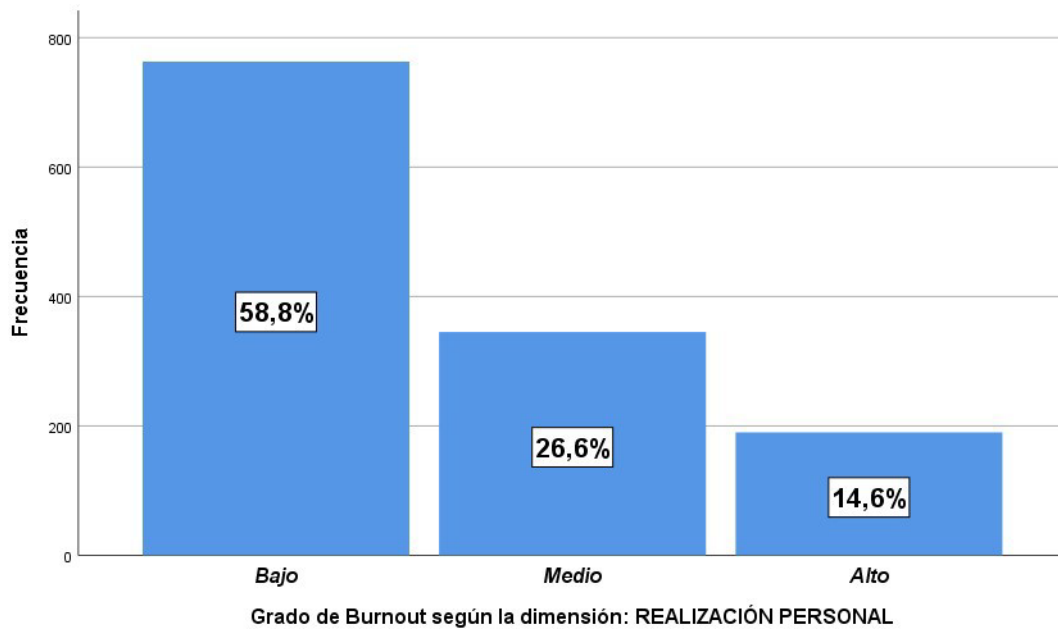


Elaboración propia mediante IBM SPSS Statistics 25

Figura 16

Diagrama de Barras. Grado de Síndrome de Burnout (MBI) en la Dimensión: Realización Personal.

N=1298 Dentistas Españoles



Elaboración propia mediante IBM SPSS Statistics 25

Las puntuaciones medias y la desviación estándar para la población general de dentistas consultados, así como las subpoblaciones de dentistas hombres y dentistas mujeres quedan resumidas en la Tabla 14. Se puede observar que el *Cansancio emocional* tiene una puntuación media de 30.83, la *Despersonalización* una puntuación media de 10.27 y la *Realización personal* una puntuación media de 39.84. Las puntuaciones medias en los tres factores de *Síndrome de Burnout* son similares en ambos géneros.

Tabla 14

Análisis Descriptivo. Variables de las Dimensiones de Síndrome de Burnout del Cuestionario MBI. N=1298 Odontólogos Españoles.

	□ (Desviación Estándar)		
	GRUPO TOTAL (n=1298)	HOMBRES (n=517)	MUJERES (n=781)
Puntuaciones Directas			
CANSANCIO EMOCIONAL	30.83 (10.89)	29.68 (11.34)	31.59 (10.52)
DESPERSONALIZACIÓN	10.27 (4.65)	10.67 (4.92)	10.01 (4.45)
REALIZACIÓN PERSONAL	39.84 (5.90)	39.90 (6.29)	39.80 (5.64)
Puntuaciones Estandarizadas (0-100)			
CANSANCIO EMOCIONAL	57.10 (20.16)	54.97 (20.99)	58.51 (19.48)
DESPERSONALIZACIÓN	34.24 (15.51)	35.56 (16.40)	33.37 (14.84)
REALIZACIÓN PERSONAL	82.99 (12.30)	83.12 (13.11)	82.91 (11.74)

3.5.- DIFERENCIAS POR RAZÓN DE GÉNERO.

3.5.1.- DIFERENCIAS EN PERSONALIDAD (CUESTIONARIO NEO FFI).

Puesto que todas sus variables siguen claramente el modelo de la normalidad estadística, este contraste se ha realizado mediante ANOVA. Existen diferencias estadísticamente significativas en (Tabla 15):

- *Cordialidad* ($p < .001$) aunque con un tamaño del efecto leve (3.3%) tal que según los datos la media de las mujeres es superior a la de hombres (Media=42.89 vs Media=40.73)
- *Neuroticismo* ($p < .001$) también con un tamaño del efecto leve (2.4%) y donde de nuevo puntúan más las mujeres (Media=34.91 vs Media=32.04).
- Y en *Extroversión* ($p < .01$) donde con un tamaño del efecto muy pequeño, casi despreciable (<1%), las mujeres puntúan más (Media=40.84 vs Media=39.53),

En las otras dos dimensiones (*Apertura a la experiencia* y *Responsabilidad*) las diferencias entre hombres y mujeres no alcanzan la significación estadística ($p > .05$). En conclusión, apenas hay diferencias por razón de género en las dimensiones de personalidad que evalúa el cuestionario NEO FFI, y donde las hay (sobre todo en

Cordialidad y Neuroticismo) éstas son pequeñas como ponen de manifiesto sus respectivos tamaños del efecto (<3.5%).

Tabla 15

Análisis inferencial: Diferencia de Medias. Diferencias en las Variables de las Dimensiones del Cuestionario NEO FFI de Personalidad, en Función del Género. (N=1554 Dentistas)

Variables de las Dimensiones de NEO FFI	□ (d.e)		ANOVA de 1 factor		Tamaño del efecto: R ²
	HOMBRES (n=623)	MUJERES (n=931)	Valor F	P	
NEUROTICISMO	32.04 (8.99)	34.91 (9.08)	37.62**	.000	.024
EXTROVERSIÓN	39.53 (7.59)	40.84 (7.21)	11.82**	.001	.008
APERTURA A LA EXPERIENCIA	39.85 (6.83)	39.98 (6.92)	0.14 ^{NS}	.710	.000
CORDIALIDAD	40.73 (5.77)	42.89 (5.77)	52.15**	.000	.033
RESPONSABILIDAD	45.63 (5.92)	45.81 (6.32)	0.35 ^{NS}	.557	.000

N.S. = NO significativo (p>.05) ** = Altamente significativo al 1% (p<.01)

3.5.2.- DIFERENCIAS EN AFRONTAMIENTO (CUESTIONARIO COPE-28).

La Tabla 16 contiene los resultados de los test ANOVA que comparan a las variables de las tres dimensiones globales de este instrumento. Las variables se han contrastado en su formato de puntuación estandarizada. Según estos resultados, podemos decir que existen diferencias significativas en:

- *Afrontamiento centrado en la Emoción* (p<.001) aunque con un tamaño del efecto leve (2.9%) siendo más elevadas las puntuaciones de las mujeres (Media=57.54 vs Media=54.42) que las de los hombres.
- *Afrontamiento centrado en el Problema* (p<.001) donde de nuevo puntúan más las mujeres (Media=71.86 vs Media=69.66) pero siendo esta diferencia equivalente a un efecto pequeño (1.1%).
- Y en *Afrontamiento Evitativo* (p<.01) en la que sigue siendo ligeramente más alta la media de las mujeres, pero con un tamaño del efecto tan bajo que es casi despreciable (<1%).

En resumen, como ya ocurriera en el instrumento anterior, las diferencias por razón de género en los tipos de afrontamiento que evalúa COPE-28, en caso de existir, son muy pequeñas.

Tabla 16

Análisis Inferencial: Diferencia de Medias. Diferencias en las Variables de las Dimensiones del Cuestionario COPE-28 de Afrontamiento, en Función del Género. (N=1363 Dentistas)

Variables de las Dimensiones de COPE-28	□ (d.e)		ANOVA de 1 factor		Tamaño del efecto: R ²
	HOMBRES (n=542)	MUJERES (n=821)	Valor F	P	
AFRONTAMIENTO CENTRADO. EN EL PROBLEMA	69.66 (9.75)	71.86 (10.78)	14.57**	.000	.011
AFRONTAMIENTO CENTRADO. EN LA EMOCIÓN	54.42 (8.68)	57.54 (8.90)	40.97**	.000	.029
AFRONTAMIENTO EVITATIVO	48.12 (7.72)	49.24 (7.45)	7.21**	.007	.005

** = Altamente significativo al 1% (p<.01)

Se contrastaron también las diferencias entre hombres y mujeres en las 14 subescalas. Los resultados que se han obtenido (Tabla 17). Ha aparecido altas significaciones en alguna de las variables; entre ellas cabe destacar a: (1) Uso del apoyo emocional (p<.001) con efecto moderado del 4.8%, donde puntúan más las mujeres, y (2) Apoyo instrumental o social (p<.001) con efecto moderado del 4.5% y en la que de nuevo puntúan más las mujeres.

Por el contrario no existen diferencias significativas entre hombres y mujeres (p>.05) en las variables de las subescalas: Planificación, Aceptación, Religión, Desconexión conductual y Uso de sustancias. En el resto de subescalas, aunque aparecen significaciones estadísticas, sus tamaños del efecto son pequeños (<2%) y en algunas variables muy bajos (<1%).

El resumen es que como ya ocurriera en los contrastes anteriores las diferencias por razón de género, cuando existen, son pequeñas. Solo se podría hablar de una diferencia con algo de solidez en Uso del apoyo emocional y en Apoyo instrumental y social.

Tabla 17

Análisis Inferencial: Diferencia de Medias. Diferencias en las Variables de las Subescalas del Cuestionario COPE-28 de Afrontamiento, en Función del Género. (N=1363 Dentistas)

Variables de las Subescalas de COPE-28	M (d.e)		Test de Contraste		Tamaño del efecto: R ²
	HOMBRES (n=542)	MUJERES (n=821)	Valor	P	
Afrontamiento activo	6.19 (1.13)	6.33 (1.17)	F=4.86 *	.028	.004
Planificación	5.93 (1.13)	5.83 (1.27)	F=2.29 NS	.131	.002
Apoyo instrumental o social	4.60 (1.00)	5.09 (1.16)	F=64.06**	.000	.045
Uso del apoyo emocional	4.64 (1.30)	5.25 (1.37)	F=69.09**	.000	.048
Reinterpretación positiva	5.01 (1.31)	5.31 (1.41)	F=15.19**	.000	.011
Negación	2.64 (0.88)	2.80 (0.94)	Z _U =3.25**	.002	.007
Aceptación	6.10 (1.16)	6.16 (1.18)	F=1.00 NS	.318	.001
Religión	3.39 (1.51)	3.50 (1.58)	Z _U =1.21 NS	.227	.001
Auto-distracción	4.44 (1.21)	4.84 (1.31)	F=32.83**	.000	.024
Desahogo	4.02 (1.12)	4.39 (1.19)	F=32.54**	.000	.023
Desconexión conductual	2.75 (0.91)	2.68 (0.90)	Z _U =1.67 NS	.094	.002
Uso de sustancias	2.47 (1.05)	2.39 (0.88)	Z _U =0.83 NS	.405	.001
Humor	4.58 (1.42)	4.36 (1.36)	F=8.67**	.003	.006
Autoinculpación	4.83 (1.21)	4.98 (1.24)	F=4.34**	.037	.003

N.S. = NO significativo al 5% (p>.05) * = Significativo al 5% (p<.05) ** = Altamente significativo al 1% (p<.01)

3.5.3.- DIFERENCIAS EN EL SÍNDROME DE BURNOUT (INVENTARIO MBI).

Los resultados (Tabla 18) nos indican que no hay diferencias estadísticamente significativas (p>.05) en las dimensiones *Despersonalización* y *Realización personal*. En tanto que sí aparece significación (p<.01) pero con un efecto muy bajo, casi nulo (<1%) en *Cansancio emocional*.

Por tanto, los datos indican que el género no es un factor diferencial explicativo de cambios en estas variables (CE, DP, RP).

Tabla 18

Análisis inferencial: Diferencia de medias. Diferencias en las variables de las Dimensiones del Inventario MBI de Burnout, en función del Género. (N=1298 dentistas)

Variables de las Dimensiones de MBI	□ (d.e)		Test de Contraste		Tamaño del efecto: R ²
	HOMBRES (n=517)	MUJERES (n=781)	Valor	P	
CANSANCIO EMOCIONAL	54.97 (20.99)	58.51 (19.48)	F=9.62**	.002	.007
DESPERSONALIZACIÓN	35.56 (16.40)	33.37 (14.84)	Z _U =1.94 ^{NS}	.053	.005
REALIZACIÓN PERSONAL	83.12 (13.11)	82.91 (11.74)	Z _U =1.03 ^{NS}	.305	.000

N.S. = NO significativo (p>.05) ** = Altamente significativo al 1% (p<.01)

A modo de resumen, no se han encontrado evidencias estadísticas suficientemente sólidas como para afirmar que existen diferencias en las variables de Personalidad, de Afrontamiento y de *Síndrome de Burnout* en función del género de los participantes. En la casi totalidad de las variables, aparecen significaciones que pueden estar más vinculadas a lo elevado de los N de muestra que a la existencia real de las mismas, puesto que sus tamaños del efecto suelen ser leves o pequeños. Apenas hay algunas pocas excepciones.

3.6.- DIFERENCIAS POR RAZÓN DE EDAD.

La variable edad no se distribuye normalmente. A la vista de la situación de estos picos de frecuencia (Figura 9) y de los valores de los tres cuartiles (31.2; 39.7 y 50) se optó por definir 4 grupos empleando el redondeo a la década de estos valores, es decir como puntos de corte: 30, 40 y 50 años. De esta forma se han formado 4 grupos de tamaño similar, con participantes de: (1) hasta 30 incluidos: 19.4%, 301 casos sobre el N=1554 inicial; (2) entre 31 y 40 años: 30.9%, 480 de esos 1554; (3) entre 41 y 50 años: 26.4%, 410 sujetos; y (4) a partir de los 51 años: 23.4%, 363 sujetos.

Con este variable así definida como posible factor explicativo, se han realizado los test de diferencia cuyos resultados a continuación se exponen.

3.6.1.- DIFERENCIAS EN PERSONALIDAD (CUESTIONARIO NEO FFI).

La Tabla 19 contiene el resultado del contraste de las variables de este cuestionario, en función de los grupos de edad establecidos. Como se puede comprobar en ella, aparecen diferencias significativas (al menos $p < .01$) en 4 de las cinco dimensiones, pero se corresponden con tamaños del efecto bajos ($< 2\%$) e incluso muy bajos ($< 1\%$) que implican que las diferencias entre grupos son muy pequeñas en todas esas variables. Incluso en la dimensión *Apertura a la experiencia* las diferencias ya no llegan siquiera a la significación ($p > .05$).

Se calcularon también los coeficientes de correlación de Pearson entre la edad en forma cuantitativa (sin cortes) y las cinco variables de las dimensiones NEO FFI, obteniendo coeficientes con valores entre: 0.00 y 0.13; es decir muy bajos en intensidad.

Por tanto, a pesar de las significaciones halladas, no se tienen evidencias estadísticas sólidas para afirmar que la edad sea un factor modificador de estas dimensiones, y en casos de existir diferencias por este motivo serían diferencias muy pequeñas.

Tabla 19

Análisis Inferencial: Diferencia de Medias. Diferencias en las Variables de las Dimensiones del Cuestionario NEO FFI de Personalidad, en Función de los Grupos de Edad. (N=1554 Dentistas)

Variables de las Dimensiones de NEO FFI	□ (d.e)				ANOVA de 1 factor		Tamaño del efecto:
	<=30 años (n=301)	31-40 años (n=480)	41-50 años (n=410)	>=51 años (n=363)	Valor F	P	R ²
NEUROTICISMO	36.07 (8.87)	33.89 (9.15)	33.18 (9.19)	32.34 (9.01)	10.08**	.000	.019
EXTROVERSIÓN	40.85 (7.60)	41.22 (7.17)	39.76 (7.34)	39.30 (7.39)	6.05**	.000	.012
APERTURA A LA EXPERIENCIA	40.18 (7.01)	39.91 (7.24)	39.84 (6.62)	39.82 (6.59)	0.19 ^{NS}	.905	.000
CORDIALIDAD	41.31 (6.01)	42.28 (5.71)	42.72 (5.60)	41.48 (6.14)	4.79**	.003	.009
RESPONSABILIDAD	46.20 (5.86)	46.39 (5.97)	45.07 (6.46)	45.25 (6.20)	4.79**	.003	.009

N.S. = NO significativo (p>.05) ** = Altamente significativo al 1% (p<.01)

3.6.2.- DIFERENCIAS EN AFRONTAMIENTO (CUESTIONARIO COPE-28).

El análisis de las diferencias en las dimensiones de Afrontamiento entre los grupos de Edad (Tabla 20) indican que, en el tipo centrado en la *Emoción*, la diferencia es significativa pero solo con p<.05 y tamaño del efecto muy bajo (<1%) por lo que este resultado no es una evidencia demasiado sólida de una diferencia real debida a la edad.

En cambio, en las variables de las otras dimensiones, las diferencias son altamente significativas (p<.001) y los efectos, aunque son leves, alcanzan valores que pueden ser tenidos en cuenta. En concreto, en:

- *Afrontamiento Evitativo* (efecto del 3%: moderado-leve) los datos podrían estar indicando una relación inversa tal que con menor edad se tiende a tener puntuaciones más altas en esta dimensión, pudiendo establecerse un corte en los 40 años (hasta 40 años: valores medios superiores a 49.8; y a partir de 40 años inferiores a 48 puntos, es decir 2 puntos menos).
- *Afrontamiento centrado en el Problema* (efecto del 2.5%; leve) los datos indican una situación similar a la anterior, es decir que se aprecia cómo los valores medios de

esta dimensión van bajando a medida que aumenta la edad de los participantes, pudiendo estar el corte de nuevo sobre los 40 años

Paralelamente se calcularon los coeficientes de Pearson para correlacionar la Edad en forma cuantitativa con las variables de estas dimensiones, encontrándose valores de: -0.17 y -0.15, para estos dos últimos factores comentados; y de -0.04 para el *Afrontamiento centrado en la Emoción*.

Por tanto, los resultados son una evidencia estadística de la existencia de una tendencia a la disminución, pequeña eso sí, en los valores de los *Afrontamientos: Evitativo y centrado en el Problema* entre los profesionales de más edad (sobre todo desde los 40 años); mientras que no hay una evidencia estadística tan certera de efecto sobre el *Afrontamiento centrado en la Emoción*.

Tabla 20

Análisis Inferencial: Diferencia de Medias. Diferencias en las Variables de las Dimensiones del Cuestionario COPE-28 de Afrontamiento, en Función de los Grupos de Edad. (N=1363 Dentistas)

Variables de las Dimensiones de COPE-28	□ (d.e)				ANOVA de 1 factor		Tamaño del efecto: R ²
	<=30 años (n=253)	31-40 años (n=421)	41-50 años (n=362)	>=51 años (n=327)	Valor F	P	
AFRONTAMIENTO CENTRADO EN EL PROBLEMA	72.63 (10.86)	72.60 (10.05)	69.88 (10.41)	68.87 (10.12)	11.52**	.000	.025
AFRONTAMIENTO CENTRADO EN LA EMOCIÓN	56.03 (8.28)	57.12 (8.70)	56.63 (9.60)	55.08 (8.87)	3.46 *	.016	.008
AFRONTAMIENTO EVITATIVO	50.56 (7.60)	49.79 (7.37)	47.85 (7.50)	47.20 (7.46)	14.11**	.000	.030

* = Significativo al 5% (p<.05)

** = Altamente significativo al 1% (p<.01)

En cuanto a los resultados que hemos obtenido al contrastar las variables de las subescalas COPE-28 (Tabla 21) podemos decir que además de la significación tienen un tamaño del efecto suficiente como para ser tenido en cuenta como evidencia estadística de la existencia de una relación, las siguientes y por orden de más a menos tamaño del efecto:

- En Uso del apoyo emocional ($p < .001$) que con efecto moderado del 6.9%, el resultado nos permite aceptar la relación inversa (Pearson: -0.25) de la edad con esta subescala. Los valores de las medias de los grupos nos indican que este Uso del apoyo emocional se reduce a medida que se incrementa la edad del profesional. De nuevo, el punto de corte de los 40 años podría ser el adecuado para este cambio (medias >5.25 vs medias <4.85 puntos).
- En Apoyo instrumental o social ($p < .001$) y con tamaño del efecto moderado del 5.5%, los resultados también nos permiten aceptar que hay una relación inversa (Pearson: -0.23) de esta variable con la Edad. Confirma esta asociación ver que los valores medios de la variable van disminuyendo cuando se incrementa la edad del grupo. Usando el corte de los 40 años se comprueba como edad inferior a ésta, las medias son >5.05 , en tanto que, entre los participantes de más de 40 años, las medias son <4.70 puntos.
- En Religión ($p \leq .001$ y efecto leve del 3.1%) por el contrario podemos ver la relación directa (Pearson: +0.17) de esta variable con la edad. Es decir que los valores medios de la misma se van incrementando a medida que aumenta la edad de los participantes (medias <3.50 vs medias >3.50).
- En Auto-distracción ($p < .001$ y efecto leve del 3.0%) se aprecia la existencia de una relación inversa (Pearson: -0.17) según la cual los valores de esta variable se reducen a medida que los sujetos cumplen años de edad. Tomando el corte de 40 años, vemos cómo los participantes con menos de 40 años tienen valores medios

>4.75 en la variable, en tanto que los que superan esa edad tienen valores medios <4.70 puntos.

- Por último, podríamos incluir la subescala de Autoinculpación ($p < .001$ y efecto ya leve del 1.8%) tal que los datos indican una posible relación inversa (Pearson: -0.13) que indicaría un descenso de valores a medida que aumenta la edad y que se aprecia en los valores medios de los grupos que hemos establecido. Usando el corte de los 40 años, los valores medios de los sujetos por debajo de ese corte son >5.00 puntos, en tanto que los valores medios de los participantes con más edad del corte tienen valores medios <4.90 puntos.

Tabla 21

Análisis Inferencial: Diferencia de Medias. Diferencias en las Variables de las Subescalas del Cuestionario COPE-28 de Afrontamiento, en Función de los Grupos de Edad. (N=1363 Dentistas)

Variables de las Subescalas de COPE-28	□ (d.e)				Test de Contraste		Tamaño del efecto: R ²
	<=30 años	31-40 años	41-50 años	>=51 años	Valor	P	
	(n=253)	(n=421)	(n=362)	(n=327)			
Afrontamiento activo	6.27 (1.19)	6.40 (1.13)	6.24 (1.17)	6.14 (1.14)	F=3.20 *	.023	.007
Planificación	5.87 (1.24)	5.96 (1.20)	5.83 (1.23)	5.80 (1.19)	F=1.36 NS	.252	.003
Apoyo instrumental o social	5.29 (1.23)	5.06 (1.13)	4.69 (1.01)	4.59 (1.02)	F=26.48**	.000	.055
Uso del apoyo emocional	5.45 (1.46)	5.29 (1.38)	4.83 (1.29)	4.50 (1.18)	F=33.68**	.000	.069
Reinterpretación positiva	5.09 (1.35)	5.35 (1.34)	5.26 (1.43)	4.98 (1.37)	F=5.02**	.002	.011
Negación	2.78 (0.97)	2.67 (0.87)	2.78 (0.97)	2.73 (0.89)	Z _U =1.24 NS	.214	.003
Aceptación	6.11 (1.18)	6.19 (1.18)	6.18 (1.21)	6.04 (1.10)	F=1.30 NS	.275	.003
Religión	2.99 (1.31)	3.35 (1.52)	3.59 (1.62)	3.78 (1.58)	Z _U =3.22**	.001	.031
Auto-distracción	4.99 (1.35)	4.79 (1.29)	4.66 (1.28)	4.34 (1.16)	F=13.84**	.000	.030
Desahogo	4.40 (1.19)	4.33 (1.23)	4.15 (1.10)	4.10 (1.15)	F=4.49**	.004	.010
Desconexión conductual	2.72 (0.84)	2.67 (0.88)	2.63 (0.90)	2.82 (0.96)	Z _U =1.08 NS	.281	.006
Uso de sustancias	2.44 (0.97)	2.48 (1.02)	2.37 (0.91)	2.40 (0.90)	Z _U =0.26 NS	.798	.002
Humor	4.58 (1.40)	4.59 (1.34)	4.36 (1.37)	4.28 (1.44)	F=4.38**	.004	.010
Autoinculpación	5.13 (1.35)	5.05 (1.23)	4.80 (1.16)	4.72 (1.17)	F=8.28**	.000	.018

N.S. = NO significativo al 5% (p>.05) * = Significativo al 5% (p<.05) ** = Altamente significativo al 1% (p<.01)

3.6.3.- DIFERENCIAS EN *SÍNDROME DE BURNOUT* (INVENTARIO MBI).

Para terminar con el análisis diferencial de la edad, el contraste de las dimensiones de este instrumento MBI (Tabla 22) nos da resultados que parecen indicar la existencia de relaciones, aunque sean de baja intensidad. En concreto:

- En *Cansancio emocional*, aparecen diferencias altamente significativas ($p < .001$) equivalentes a un efecto pequeño (del 1.8%) y que permiten admitir una leve relación inversa (Pearson: -0.13) tal que los casos de menor edad tienden a puntuar más alto en esta dimensión. A la vista de los valores medios, se comprueba que donde aparece la mayor diferencia es a partir de los 50 años, donde la media (52.8) es notablemente menor a las medias de los otros grupos (>57 puntos) en especial que el grupo más joven (que roza los 61 puntos).
- En *Despersonalización* las diferencias son significativas ($p < .01$) con un efecto leve (del 1.9%). Los datos indican la posible existencia de una relación, de nuevo inversa (Pearson: -0.16). Por tanto, son los casos de menor edad los que puntúan más alto en esta dimensión. Recurriendo al corte de 40 años, antes usado, vemos cómo los que son menores de esa edad tienen valores medios en la dimensión >35 puntos, en tanto que los que pasan de los 40 años tienen valores medios inferiores en la dimensión <32.5 puntos.
- Y *Realización personal* ($p < .01$) y efecto similar a los anteriores, aunque algo más bajo (1.2%), pero donde los datos indican una relación directa (+0.111) según la cual, aumentan los valores de esta variable a medida que aumenta la edad de los participantes. Los datos que tenemos apuntan a una media menor en el grupo más joven (81.08) frente a una media más elevada en el grupo de más edad (84.12).

Tabla 22

Análisis Inferencial: Diferencia de Medias. Diferencias en las Variables de las Dimensiones del Inventario MBI del Síndrome de Burnout, en Función de los Grupos de Edad. (N=1298 Dentistas)

Variables de las Dimensiones de MBI	□ (d.e)				Test de Contraste		Tamaño del efecto: R ²
	<=30 años	31-40 años	41-50 años	>=51 años	Valor	P	
	(n=237)	(n=408)	(n=344)	(n=309)			
CANSANCIO EMOCIONAL	60.99 (18.02)	58.02 (19.36)	57.19 (20.09)	52.79 (22.05)	F=8.08**	.000	.018
DESPERSONALIZACIÓN	37.85 (15.61)	35.23 (16.00)	32.48 (14.38)	32.14 (15.45)	Z _U =2.58**	.009	.019
REALIZACIÓN PERSONAL	81.08 (11.07)	83.05 (11.71)	83.24 (12.86)	84.12 (13.18)	Z _U =2.67**	.008	.012

** = Altamente significativo al 1% (p<.01)

3.7.- DIFERENCIAS POR RAZÓN DEL ENTORNO.

3.7.1.- DIFERENCIAS EN PERSONALIDAD (CUESTIONARIO NEO FFI).

Al contrastar estas variables en función del Entorno (Rural vs Urbano) donde se encuentran nuestros participantes (Tabla 23), los datos indican que no existen diferencias estadísticamente significativas en ninguna de las variables de personalidad (p>.05). Tampoco los tamaños de los efectos (casi nulos) tampoco permiten admitir alguna relación.

Tabla 23

Análisis Inferencial: Diferencia de Medias. Diferencias en las Variables de las Dimensiones del Cuestionario NEO FFI de Personalidad, en Función del Entorno. (N=1554 Dentistas)

Variables de las Dimensiones de NEO FFI	□ (d.e)		ANOVA de 1 factor		Tamaño del efecto: R ²
	URBANO	RURAL	Valor F	P	
	(n=1336)	(n=218)			
NEUROTICISMO	33.64 (9.22)	34.47 (8.75)	1.54 ^{NS}	.215	.001
EXTROVERSIÓN	40.44 (7.31)	39.54 (7.82)	2.81 ^{NS}	.094	.002
APERTURA A LA EXPERIENCIA	40.03 (6.94)	39.31 (6.45)	2.05 ^{NS}	.153	.001
CORDIALIDAD	41.97 (5.85)	42.33 (5.94)	0.72 ^{NS}	.397	.000
RESPONSABILIDAD	45.76 (6.19)	45.58 (5.98)	0.16 ^{NS}	.688	.000

N.S. = NO significativo (p>.05)

3.7.2.- DIFERENCIAS EN AFRONTAMIENTO (CUESTIONARIO COPE-28).

Como en el anterior, en el contraste de las dimensiones de los tipos de Afrontamiento los resultados (Tabla 24) indican que tampoco existen diferencias estadísticamente significativas (p>.05) para aceptar que existe alguna relación del Entorno con estas variables. Los tamaños del efecto (prácticamente nulos) son de nuevo evidencia de apoyo a la falta de asociación.

Tabla 24

Análisis Inferencial: Diferencia de Medias. Diferencias en las Variables de las Dimensiones del Cuestionario COPE-28 de Afrontamiento, en Función del Entorno. (N=1363 Dentistas)

Variables de las Dimensiones de COPE-28	□ (d.e)		ANOVA de 1 factor		Tamaño del efecto: R ²
	URBANO	RURAL	Valor F	P	
	(n=1168)	(n=195)			
AFR. CENT. EN EL PROBLEMA	70.89 (10.34)	71.58 (11.01)	0.74 ^{NS}	.390	.001
AFR. CENT. EN LA EMOCIÓN	56.25 (9.00)	56.58 (8.61)	0.22 ^{NS}	.639	.000
AFRONTAMIENTO EVITATIVO	48.68 (7.58)	49.52 (7.52)	2.07 ^{NS}	.150	.002

N.S. = NO significativo (p>.05)

Cuando se contrastaron las diferencias debidas al Entorno en las 14 subescalas (Tabla 25) se observó la ausencia de significación (p>.05) en todas las variables,

excepto en Negación que sí llega a la significación ($p < .05$) pero con un tamaño del efecto casi nulo, por lo que no es evidencia suficiente de relación posible. Es decir que los datos que tenemos nos llevan a concluir que el Entorno (Rural vs Urbano) no es un factor relevante para generar cambios en estas variables.

Tabla 25

Análisis Inferencial: Diferencia de Medias. Diferencias en las Variables de las Subescalas del Cuestionario COPE-28 de Afrontamiento, en Función del Entorno. (N=1363 Dentistas)

Variables de las Subescalas de COPE-28	□ (d.e)		Test de Contraste		Tamaño del efecto: R ²
	URBANO (n=1168)	RURAL (n=195)	Valor	P	
Afrontamiento activo	6.27 (1.15)	6.32 (1.18)	F=0.35 ^{NS}	.557	.000
Planificación	5.87 (1.22)	5.89 (1.21)	F=0.80 ^{NS}	.804	.000
Apoyo instrumental o social	4.88 (1.11)	4.97 (1.24)	F=1.09 ^{NS}	.297	.001
Uso del apoyo emocional	4.99 (1.37)	5.12 (1.37)	F=1.46 ^{NS}	.228	.001
Reinterpretación positiva	5.18 (1.37)	5.22 (1.44)	F=0.08 ^{NS}	.775	.000
Negación	2.71 (0.91)	2.87 (0.95)	Z _U =2.43 *	.015	.001
Aceptación	6.13 (1.19)	6.14 (1.09)	F=0.01 ^{NS}	.912	.000
Religión	3.48 (1.57)	3.28 (1.38)	Z _U =1.24 ^{NS}	.216	.002
Auto-distracción	4.67 (1.28)	4.78 (1.33)	F=1.40 ^{NS}	.237	.001
Desahogo	4.23 (1.18)	4.33 (1.18)	F=1.24 ^{NS}	.266	.001
Desconexión conductual	2.70 (0.90)	2.71 (0.92)	Z _U =0.01 ^{NS}	.994	.000
Uso de sustancias	2.42 (0.94)	2.45 (1.01)	Z _U =0.00 ^{NS}	.997	.000
Humor	4.45 (1.41)	4.45 (1.28)	F=0.00 ^{NS}	.980	.000
Autoinculpación	4.90 (1.23)	5.05 (1.25)	F=2.42 ^{NS}	.120	.002

N.S. = NO significativo ($p > .05$) * = Significativo al 5% ($p < .05$)

3.7.3.- DIFERENCIAS EN SÍNDROME DE BURNOUT (INVENTARIO MBI).

Y por último en la comparación entre entornos de las dimensiones del MBI (Tabla 26) comprobamos que aparecen significaciones (solo $p < .05$) en *Cansancio emocional* y en *Despersonalización*, pero que se corresponden con tamaños del efecto casi nulos (0.4% y 0.2%), por lo que debemos considerar que no es evidencia estadística suficiente para poder admitir que estas variables estén relacionadas con el Entorno. En esta línea,

la dimensión *Realización personal* ni siquiera llega a presentar una significación estadística ($p > .05$).

Tabla 26

Análisis Inferencial: Diferencia de Medias. Diferencias en las Variables de las Dimensiones del Inventario MBI del Síndrome de Burnout, en Función del Entorno. (N=1298 Dentistas)

Variables de las Dimensiones de MBI	□ (d.e)		ANOVA		Tamaño del efecto: R ²
	URBANO (n=1298)	RURAL (n=256)	Valor	P	
CANSANCIO EMOCIONAL	56.58 (20.44)	60.15 (18.14)	F=5.05 *	.025	.004
DESPERSONALIZACIÓN	33.99 (15.55)	35.76 (15.21)	Z _U =2.08 *	.038	.002
REALIZACIÓN PERSONAL	83.07 (12.31)	82.54 (12.29)	Z _U =0.70 NS	.485	.000

N.S. = NO significativo ($p > .05$) * = Significativo al 5% ($p < .05$)

3.8.- DIFERENCIAS POR RAZÓN DE TRABAJAR SOLO O ACOMPAÑADO

3.8.1.- DIFERENCIAS EN PERSONALIDAD (CUESTIONARIO NEO FFI).

Los resultados de estos contrastes (Tabla 27) nos indican que en casi todas las variables las diferencias no llegan a ser estadísticamente significativas ($p > .05$). Y en la única en la que aparece significación que es en *Extroversión* ($p < = .001$) el tamaño del efecto es tan pequeño (<1%) que debemos de considerar que realmente no hay evidencia estadística suficiente para admitir que la forma de trabajo, solo o en compañía, se relaciona con estas dimensiones de personalidad.

Tabla 27

Análisis Inferencial: Diferencia de Medias. Diferencias en las Variables de las Dimensiones del Cuestionario NEO FFI de Personalidad, en Función de si Trabaja Solo o No. (N=1554 Dentistas)

Variables de las Dimensiones de NEO FFI	□ (d.e)			ANOVA de 1 factor		Tamaño del efecto: R ²
	Nunca / A veces (n=812)	Mitad del tiempo (n=171)	Frecuentem. o Siempre (n=571)	Valor F	P	
NEUROTICISMO	33.42 (9.02)	34.26 (9.24)	34.09 (9.31)	1.19 ^{NS}	.304	.002
EXTROVERSIÓN	40.97 (7.36)	39.96 (7.32)	39.50 (7.36)	6.84**	.001	.008
APERTURA A LA EXPERIENCIA	40.09 (6.88)	39.80 (6.45)	39.73 (7.01)	0.49 ^{NS}	.612	.001
CORDIALIDAD	42.19 (5.89)	42.23 (5.47)	41.73 (5.94)	1.17 ^{NS}	.312	.002
RESPONSABILIDAD	45.93 (5.87)	45.37 (6.64)	45.57 (6.41)	0.91 ^{NS}	.402	.001

N.S. = NO significativo (p>.05) ** = Altamente significativo al 1% (p<.01)

3.8.2.- DIFERENCIAS EN AFRONTAMIENTO (CUESTIONARIO COPE-28).

En los contrastes de las dimensiones del COPE-28 en función de este factor, los resultados que hemos obtenido (Tabla 28) no detectan diferencias estadísticamente significativas (p>.05) ni tamaños del efecto (casi nulos) que nos permitan sostener que existe algún tipo de relación.

Tabla 28

Análisis Inferencial: Diferencia de Medias. Diferencias en las Variables de las Dimensiones del Cuestionario COPE-28 de Afrontamiento, en Función de si Trabaja Solo o No. (N=1363 dentistas)

Variables de las Dimensiones de COPE-28	□ (d.e)			ANOVA de 1 factor		Tamaño del efecto: R ²
	Nunca / A veces (n=719)	Mitad del tiempo (n=140)	Frecuentem. o Siempre (n=504)	Valor F	P	
AFR. CENT. EN EL PROBLEMA	71.50 (10.36)	70.89 (10.46)	70.28 (10.52)	2.04 ^{NS}	.131	.003
AFR. CENT. EN LA EMOCIÓN	56.36 (9.06)	55.52 (8.82)	56.43 (8.80)	0.60 ^{NS}	.547	.001
AFRONTAMIENTO EVITATIVO	48.75 (7.14)	49.76 (8.53)	48.60 (7.88)	1.32 ^{NS}	.266	.002

N.S. = NO significativo (p>.05)

Y en cuanto a los resultados de los contrastes de las subescalas (Tabla 29) en la inmensa mayoría de las variables no existen diferencias estadísticamente significativas (p>.05); y en Apoyo Social y Uso del apoyo emocional que sí se llega a encontrar significación (solo p<.05) los tamaños del efecto son tan pequeños (0.5%) que no son evidencia estadística suficiente para que podamos admitir que son indicadores de alguna relación.

Tabla 29

Análisis Inferencial: Diferencia de Medias. Diferencias en las Variables de las Subescalas del Cuestionario COPE-28 de Afrontamiento, en Función de si Trabaja Solo o No. (N=1363 dentistas)

Variables de las Subescalas de COPE-28	□ (d.e)			Test de contraste		Tamaño del efecto: R ²
	Nunca / A veces (n=719)	Mitad del tiempo (n=140)	Frecuentem. o Siempre (n=504)	Valor	P	
Afrontamiento activo	6.32 (1.14)	6.26 (1.18)	6.21 (1.16)	F=1.30 ^{NS}	.272	.002
Planificación	5.87 (1.22)	5.94 (1.20)	5.85 (1.21)	F=0.31 ^{NS}	.732	.000
Apoyo instrumental o social	4.97 (1.14)	4.81 (1.04)	4.81 (1.13)	F=3.54 [*]	.029	.005
Uso del apoyo emocional	5.10 (1.40)	4.94 (1.25)	4.90 (1.37)	F=3.16 [*]	.043	.005
Reinterpretación positiva	5.22 (1.37)	5.14 (1.33)	5.16 (1.40)	F=0.42 ^{NS}	.656	.001
Negación	2.70 (0.91)	2.84 (1.05)	2.75 (0.90)	Z _U =1.16 ^{NS}	.244	.002
Aceptación	6.11 (1.18)	6.04 (1.26)	6.19 (1.14)	F=1.17 ^{NS}	.311	.002
Religión	3.41 (1.55)	3.25 (1.44)	3.56 (1.57)	Z _U =1.04 ^{NS}	.299	.004
Auto-distracción	4.69 (1.26)	4.81 (1.37)	4.64 (1.30)	F=0.93 ^{NS}	.394	.001
Desahogo	4.24 (1.18)	4.34 (1.15)	4.22 (1.17)	F=0.53 ^{NS}	.586	.001
Desconexión conductual	2.66 (0.87)	2.76 (0.86)	2.75 (0.95)	Z _U =1.41 ^{NS}	.158	.002
Uso de sustancias	2.42 (0.91)	2.51 (1.06)	2.40 (0.98)	Z _U =0.72 ^{NS}	.473	.001
Humor	4.51 (1.36)	4.36 (1.45)	4.38 (1.40)	F=1.57 ^{NS}	.209	.002
Autoinculpción	4.87 (1.20)	5.11 (1.38)	4.93 (1.22)	F=2.28 ^{NS}	.103	.003

N.S. = NO significativo (p>.05) * = Significativo al 5% (p<.05)

3.8.3.- DIFERENCIAS EN SÍNDROME DE BURNOUT (INVENTARIO MBI).

Y finalmente por lo que respecta a las comparaciones realizadas con las dimensiones del cuestionario MBI, los resultados (Tabla 30) nos indican que en *Despersonalización* y *Realización personal* no se llega a la significación estadística (p>.05) y en la dimensión que sí alcanza la significación (p<.05 en *Cansancio emocional*) su tamaño del efecto correspondiente es una vez muy bajo (0.5%) por lo que debemos de considerar que no es evidencia estadística suficiente como para admitir la existencia de una relación.

Tabla 30

Análisis Inferencial: Diferencia de Medias. Diferencias en las Variables de las Dimensiones del Inventario MBI del Síndrome de Burnout, en Función de si Trabaja Solo o No. (N=1298 Dentistas)

Variables de las Dimensiones de MBI	□ (d.e)			Test de contraste		Tamaño del efecto: R ²
	Nunca / A veces (n=686)	Mitad del tiempo (n=132)	Frecuentem t. o Siempre (n=480)	Valor	P	
CANSANCIO EMOCIONAL	55.87 (19.80)	56.65 (19.02)	58.97 (20.92)	F=3.93 *	.034	.005
DESPERSONALIZACIÓN	34.28 (15.73)	33.86 (14.92)	34.29 (15.38)	Z _U =0.09 NS	.925	.000
REALIZACIÓN PERSONAL	83.51 (11.51)	82.28 (11.42)	82.45 (13.56)	Z _U =1.20 NS	.232	.002

N.S. = NO significativo (p>.05) * = Significativo al 5% (p<.05)

3.9.- DIFERENCIAS POR RAZÓN DE TRABAJAR EN 1 O MÁS CONSULTAS.

3.9.1.- DIFERENCIAS EN PERSONALIDAD (CUESTIONARIO NEO FFI).

En el análisis de las variables de personalidad en función de si el profesional trabaja en más de 1 consulta, los resultados que hemos obtenido (Tabla 31) nos señalan que no existen diferencias estadísticamente significativas (p>.05) ni efectos (<0.5%) que nos permitan admitir que existe relación con este factor.

Tabla 31

Análisis Inferencial: Diferencia de Medias. Diferencias en las Variables de las Dimensiones del Cuestionario NEO FFI de Personalidad, en Función si Trabaja en Una o en más Consultas. (N=1554 Dentistas)

Variables de las Dimensiones de NEO FFI	□ (d.e)		ANOVA de 1 factor		Tamaño del efecto: R ²
	VARIAS CONSULTAS (n=744)	UNA CONSULTA (n=810)	Valor F	P	
	NEUROTICISMO	33.91 (9.03)	33.62 (9.26)	0.39 NS	
EXTROVERSIÓN	40.64 (7.17)	40.02 (7.57)	2.74 NS	.098	.002
APERTURA A LA EXPERIENCIA	40.13 (6.75)	39.74 (7.00)	1.20 NS	.273	.001
CORDIALIDAD	42.10 (5.67)	41.95 (6.04)	0.28 NS	.596	.000
RESPONSABILIDAD	45.88 (5.88)	45.61 (6.40)	0.72 NS	.397	.000

N.S. = NO significativo (p>.05)

3.9.2.- DIFERENCIAS EN AFRONTAMIENTO (CUESTIONARIO COPE-28).

También en el contraste de las dimensiones de Afrontamiento del COPE-28 los resultados (Tabla 32) carecen de significación estadística, ni muestran tamaños de los efectos (casi nulos) en lo que poder apoyarnos para admitir la existencia de alguna relación.

Tabla 32

Análisis Inferencial: Diferencia de Medias. Diferencias en las Variables de las Dimensiones del Cuestionario COPE-28 de Afrontamiento, en Función si Trabaja en Una o en más Consultas. (N=1363 Dentistas)

Variables de las Dimensiones de COPE-28	□ (d.e)		ANOVA de 1 factor		Tamaño del efecto: R ²
	VARIAS CONSULTAS	UNA CONSULTA	Valor F	P	
	(n=657)	(n=706)			
AFR. CENT. EN EL PROBLEMA	71.47 (10.43)	70.53 (10.43)	2.77 ^{NS}	.096	.002
AFR. CENT. EN LA EMOCIÓN	56.51 (9.12)	56.10 (8.77)	0.74 ^{NS}	.390	.001
AFRONTAMIENTO EVITATIVO	49.10 (7.54)	48.51 (7.60)	2.06 ^{NS}	.151	.002

N.S. = NO significativo (p>.05)

Posteriormente, cuando se contrastaron las diferencias en las 14 subescalas (Tabla 33) también se observaron ausencia de significaciones (p>.05) en todas las variables excepto en una (Apoyo instrumental o social) que, aunque alcanza significación estadística (p<.01), lo hace con un tamaño del efecto muy pequeño (0.5%), por lo que creemos que no es evidencia suficiente de relación entre esa variable y el trabajo en varias consultas.

Tabla 33

Análisis Inferencial: Diferencia de Medias. Diferencias en las Variables de las Subescalas del Cuestionario COPE-28 de Afrontamiento, en Función si Trabaja en Una o en más Consultas. (N=1363 Dentistas)

Variables de las Subescalas de COPE-28	□ (d.e)		Test de Contraste		Tamaño del efecto: R ²
	VARIAS CONSULTAS (n=657)	UNA CONSULTA (n=706)	Valor	P	
Afrontamiento activo	6.27 (1.13)	6.27 (1.18)	F=0.00 ^{NS}	.994	.000
Planificación	5.91 (1.20)	5.84 (1.23)	F=0.95 ^{NS}	.329	.001
Apoyo instrumental o social	4.97 (1.11)	4.81 (1.13)	F=6.88**	.009	.005
Uso del apoyo emocional	5.09 (1.40)	4.93 (1.35)	F=4.50 ^{NS}	.034	.003
Reinterpretación positiva	5.15 (1.37)	5.22 (1.39)	F=0.84 ^{NS}	.359	.001
Negación	2.70 (0.91)	2.76 (0.93)	Z _U =1.24 ^{NS}	.215	.001
Aceptación	6.15 (1.19)	6.12 (1.16)	F=0.19 ^{NS}	.667	.000
Religión	3.51 (1.63)	3.40 (1.46)	Z _U =0.57 ^{NS}	.569	.001
Auto-distracción	4.74 (1.32)	4.63 (1.26)	F=2.40 ^{NS}	.121	.002
Desahogo	4.29 (1.20)	4.20 (1.16)	F=1.84 ^{NS}	.175	.001
Desconexión conductual	2.65 (0.86)	2.75 (0.94)	Z _U =1.82 ^{NS}	.068	.003
Uso de sustancias	2.41 (0.90)	2.43 (1.00)	Z _U =0.20 ^{NS}	.840	.000
Humor	4.50 (1.39)	4.40 (1.39)	F=1.87 ^{NS}	.172	.001
Autoinculpación	4.98 (1.24)	4.87 (1.22)	F=2.81 ^{NS}	.094	.002

N.S. = NO significativo (p>.05)

** = Altamente significativo al 1% (p<.01)

3.9.3.- DIFERENCIAS EN SÍNDROME DE BURNOUT (INVENTARIO MBI).

En el contraste de las dimensiones del MBI se ha obtenido (Tabla 34) que mientras que en *Cansancio emocional* y *Realización personal* no aparecen diferencias significativas (p>.05) ni efectos que sean de comentar, en *Despersonalización* llega a ser estadísticamente significativa por poco margen (p<.05) y se corresponde con un tamaño del efecto casi nulo (0.2%) por lo que podemos tomarlo en cuenta como indicador de asociación.

Tabla 34

Análisis Inferencial: Diferencia de Medias. Diferencias en las Variables de las Dimensiones del Inventario MBI del Síndrome de Burnout, en Función de si Trabaja en Una o en más Consultas. (N=1298 Dentistas)

Variables de las Dimensiones de MBI	□ (d.e)		Test de Contraste		Tamaño del efecto: R ²
	VARIAS CONSULTAS	UNA CONSULTA	Valor	P	
	(n=628)	(n=670)			
CANSANCIO EMOCIONAL	56.72 (19.19)	57.45 (21.03)	F=0.42 ^{NS}	.517	.000
DESPERSONALIZACIÓN	35.07 (15.64)	33.46 (15.36)	Z _U =1.99 *	.047	.002
REALIZACIÓN PERSONAL	82.73 (11.95)	82.84 (12.63)	Z _U =1.22 ^{NS}	.223	.000

N.S. = NO significativo (p>.05) * = Significativo al 5% (p<.05)

3.10.- DIFERENCIAS POR RAZÓN DE PROPIEDAD-COPROPIEDAD DE ALGUNA CONSULTA.

3.10.1.- DIFERENCIAS EN PERSONALIDAD (CUESTIONARIO NEO FFI).

El contraste de las diferencias en las dimensiones de este cuestionario en función de si el participante es propietario o copropietario o si es empleado (Tabla 35) nos indican que no existen diferencias estadísticamente significativas en *Extroversión*, *Cordialidad* y *Responsabilidad* (p>.05). Sí que aparecen en la *Apertura a la experiencia* (p<.05) aunque con efecto casi nulo (0.3%) de modo que no tenemos evidencia suficiente para admitir una relación. Solamente en la dimensión *Neuroticismo*, la significación (p<.001) y el efecto (1.3%; pequeño) son suficientes como para poder aceptar que sí habría una relación, aunque leve, que a la vista de los datos nos permite concluir que los encuestados que no tienen participación en ninguna consulta estarían puntuando más alto en esta dimensión (34.98 vs 32.91; diferencia de alrededor de 2 puntos, pequeña, por tanto).

Tabla 35

Análisis Inferencial: Diferencia de Medias. Diferencias en las Variables de las Dimensiones del Cuestionario NEO FFI de Personalidad, en Función de si Participa en Alguna Consulta. (N=1554 Dentistas)

Variables de las Dimensiones de NEO FFI	□ (d.e)		ANOVA de 1 factor		Tamaño del efecto: R ²
	SÍ PARTICIPA (n=915)	NO PARTICIPA (n=639)	Valor F	P	
NEUROTICISMO	32.91 (9.16)	34.98 (9.01)	19.42**	.000	.013
EXTROVERSIÓN	40.11 (7.43)	40.61 (7.32)	1.72 NS	.190	.001
APERTURA A LA EXPERIENCIA	39.63 (6.96)	40.35 (6.74)	4.22 *	.040	.003
CORDIALIDAD	42.10 (5.79)	41.91 (5.97)	0.39 NS	.530	.000
RESPONSABILIDAD	45.58 (6.34)	45.96 (5.90)	1.42 NS	.234	.001

N.S. = NO significativo al 5% (p>.05) * = Significativo al 5% (p<.05) ** = Altamente significativo al 1% (p<.01)

3.10.2.- DIFERENCIAS EN AFRONTAMIENTO (CUESTIONARIO COPE-28).

En cuanto al contraste de las dimensiones de Afrontamiento, los resultados (Tabla 36) muestran ausencia de significación (p>.05) en *Afrontamiento centrado en el Problema* y *Afrontamiento centrado en la Emoción*. Solamente en el *Afrontamiento Evitativo* se ha detectado una significación (p<=.001) aunque equivale a un tamaño del efecto pequeño (cerca del 1%) que estaría señalando una ligera mayor puntuación entre los encuestados que respondieron que no participan en ninguna consulta.

Tabla 36

Análisis Inferencial: Diferencia de Medias. Diferencias en las Variables de las Dimensiones del Cuestionario COPE-28 de Afrontamiento, en Función de si Participa en Alguna Consulta. (N=1363 Dentistas)

Variables de las Dimensiones de COPE-28	□ (d.e)		ANOVA de 1 factor		Tamaño del efecto: R ²
	SÍ PARTICIPA (n=797)	NO PARTICIPA (n=566)	Valor F	P	
AFR. CENT. EN EL PROBLEMA	70.47 (10.02)	71.71 (10.96)	4.66 ^{NS}	.931	.003
AFR. CENT. EN LA EMOCIÓN	56.16 (8.60)	56.49 (8.99)	0.44 ^{NS}	.509	.000
AFRONTAMIENTO EVITATIVO	48.20 (7.67)	49.63 (7.36)	11.85 ^{**}	.001	.009

N.S. = NO significativo (p>.05) ** = Altamente significativo al 1% (p<.01)

Cuando se contrastaron las diferencias en las 14 subescalas (Tabla 37) se observó la ausencia de significaciones (p>.05) en la mayoría de las variables. Sí que aparecen resultados a comentar en las siguientes:

- Uso del apoyo emocional (p<.001 y efecto leve el 2.3%) donde la media es superior en los sujetos que respondieron que no participan en ninguna consulta (5.08 vs 4.83).
- Apoyo instrumental o social (p<.001, con efecto leve del 2.0%) en la que de nuevo puntúan más los casos que no participan en las consultas (5.25 vs 4.83).
- Y Autodistracción (p<.001 y efecto pequeño del 1.2%) donde una vez más el valor medio de los que no participan en consultas es superior (4.85 vs 4.57).

En las variables: Autoinculpación (p<.01) y Desahogo (p<.05), a pesar de las significaciones detectadas (en el mismo sentido de las antes comentadas) los respectivos tamaños del efecto son muy bajos (<=0.5%) lo que nos parece que no es evidencia suficiente de relación entre estas variables y el factor explicativo en estudio.

Tabla 37

Análisis Inferencial: Diferencia de Medias. Diferencias en las Variables de las Subescalas del Cuestionario COPE-28 de Afrontamiento, en Función de si Participa en Alguna Consulta. (N=1363 Dentistas)

Variables de las Subescalas de COPE-28	□ (d.e)		ANOVA		Tamaño del efecto: R ²
	Sí Participa (n=797)	No Participa (n=566)	Valor	P	
Afrontamiento activo	6.26 (1.13)	6.29 (1.19)	F=0.25 ^{NS}	.617	.000
Planificación	5.90 (1.19)	5.84 (1.25)	F=0.72 ^{NS}	.397	.001
Apoyo instrumental o social	4.76 (1.07)	5.08 (1.18)	F=27.55**	.000	.020
Uso del apoyo emocional	4.83 (1.33)	5.25 (1.39)	F=31.36**	.000	.023
Reinterpretación positiva	5.22 (1.41)	5.15 (1.34)	F=0.93 ^{NS}	.336	.001
Negación	2.71 (0.90)	2.77 (0.96)	Z _U =0.77 ^{NS}	.440	.001
Aceptación	6.16 (1.14)	6.10 (1.21)	F=1.01 ^{NS}	.316	.001
Religión	3.54 (1.56)	3.33 (1.52)	Z _U =2.79 ^{NS}	.005	.004
Auto-distracción	4.57 (1.25)	4.85 (1.31)	F=15.97**	.000	.012
Desahogo	4.18 (1.15)	4.33 (1.21)	F=6.02 *	.014	.004
Desconexión conductual	2.70 (0.94)	2.71 (0.86)	Z _U =0.90 ^{NS}	.368	.000
Uso de sustancias	2.42 (0.97)	2.43 (0.93)	Z _U =0.59 ^{NS}	.555	.000
Humor	4.43 (1.43)	4.48 (1.33)	F=0.50 ^{NS}	.480	.000
Autoinculpación	4.85 (1.20)	5.02 (1.26)	F=6.90**	.009	.005

N.S. = NO significativo al 5% (p>.05) * = Significativo al 5% (p<.05) ** = Altamente significativo al 1% (p<.01)

3.10.3.- DIFERENCIAS EN SÍNDROME DE BURNOUT (INVENTARIO MBI).

Al respecto del contraste de las dimensiones del MBI se observa (Tabla 38) que en *Cansancio emocional*, *Despersonalización* y *Realización personal* las diferencias alcanzan una alta significación (de al menos p<.01); pero solamente en *Despersonalización* el tamaño del efecto que la acompaña es suficiente (1.0%, pequeño) como para poder aceptar la existencia de una relación, eso sí leve, entre la dimensión y el factor, tal que los datos apuntan a la aparición de valores más elevados en los sujetos que no participan en ninguna consulta (36.04 vs 32.96). En *Cansancio emocional* y *Realización personal*, a pesar de la significación el efecto es tan pequeño (entre un 0.5% y un 0.6%) que pensamos que no es evidencia estadística suficiente para admitir la existencia real de asociación de las dimensiones con el factor.

Tabla 38

Análisis Inferencial: Diferencia de Medias. Diferencias en las Variables de las Dimensiones del Inventario MBI deL Síndrome de Burnout, en Función de si Participa en Alguna Consulta. (N=1298 Dentistas)

Variables de las Dimensiones de MBI	□ (d.e)		ANOVA		Tamaño del efecto: R ²
	SÍ PARTICIPA (n=760)	NO PARTICIPA (n=538)	Valor	P	
CANSANCIO EMOCIONAL	55.79 (20.53)	58.95 (19.50)	F=7.79**	.005	.006
DESPERSONALIZACIÓN	32.96 (15.67)	36.04 (15.55)	Z _U =4.28**	.000	.010
REALIZACIÓN PERSONAL	83.72 (12.56)	81.96 (11.86)	Z _U =3.45**	.001	.005

** = Altamente significativo al 1% (p<.01)

3.11.- DIFERENCIAS POR RAZÓN DEL TIEMPO DE TRABAJO SEMANAL.

Este factor de origen cuantitativo ha sido categorizado en 4 niveles empleando los puntos de corte que hemos considerados más coherentes en función de la estructura de las jornadas laborales, es decir: (1) hasta 20 horas semanales, lo que sería media jornada; (2) entre 21 y 30 horas por semana; (3) entre 31 y 40 horas a la semana; y (4) a partir de 41 horas.

3.11.1.- DIFERENCIAS EN PERSONALIDAD (CUESTIONARIO NEO FFI).

En la Tabla 39 se presenta el resumen de los resultados de los contrastes de las variables de personalidad en función de los grupos establecidos en el tiempo de trabajo. No se han encontrado diferencias significativas (p>.05) en casi ninguna de las dimensiones. Solamente aparece en *Responsabilidad* (p<.05) pero con un tamaño del efecto muy bajo (0.6%) que consideramos que nos es evidencia estadística suficiente para admitir la relación de esta dimensión con el factor Tiempo de trabajo semanal.

Tabla 39

Análisis Inferencial: Diferencia de Medias. Diferencias en las Variables de las Dimensiones del Cuestionario NEO FFI de Personalidad, en Función de Tiempo de Trabajo. (N=1554 Dentistas)

Variables de las Dimensiones de NEO FFI	□ (d.e)				ANOVA de 1 factor		Tamaño del efecto: R ²
	<=20	21-30	31-40	>=41	Valor F	P	
	horas (n=118)	horas (n=311)	horas (n=770)	horas (n=355)			
NEUROTICISMO	33.98 (9.61)	33.94 (9.16)	33.67 (9.30)	33.72 (8.71)	0.09 ^{NS}	.965	.000
EXTROVERSIÓN	40.08 (7.77)	40.06 (7.32)	40.50 (7.36)	40.23 (7.39)	0.33 ^{NS}	.805	.001
APERTURA A LA EXPERIENCIA	40.10 (7.46)	39.98 (6.68)	39.69 (6.71)	40.33 (7.21)	0.73 ^{NS}	.532	.001
CORDIALIDAD	41.97 (6.05)	42.14 (5.75)	42.00 (5.90)	41.99 (5.85)	0.05 ^{NS}	.985	.000
RESPONSABILIDAD	44.84 (5.85)	45.03 (6.37)	46.10 (6.05)	45.86 (6.24)	3.18 [*]	.023	.006

N.S. = NO significativo al 5% (p>.05) * = Significativo al 5% (p<.05)

3.11.2.- DIFERENCIAS EN AFRONTAMIENTO (CUESTIONARIO COPE-28).

El estudio de las diferencias en estas dimensiones según el Tiempo de trabajo muestra unos resultados (Tabla 40) según los cuales, no existe relación significativa alguna (p>.05) ni tampoco tamaños del efecto (<0.5%) que nos hagan sospechar esta posibilidad.

Tabla 40

Análisis Inferencial: Diferencia de Medias. Diferencias en las Variables de las Dimensiones del Cuestionario COPE-28 de Afrontamiento, en Función de Tiempo de Trabajo. (N=1363 Dentistas)

Variables de las Dimensiones de COPE-28	□ (d.e)				ANOVA de 1 factor		Tamaño del efecto: R ²
	<=20	21-30	31-40	>=41	Valor F	P	
	horas (n=104)	horas (n=283)	horas (n=671)	horas (n=305)			
AFR. CENT. EN EL PROBLEMA	70.91 (9.96)	70.38 (11.57)	71.08 (10.16)	71.38 (10.11)	0.48 ^{NS}	.694	.001
AFR. CENT. EN LA EMOCIÓN	57.36 (8.25)	56.21 (9.36)	56.19 (8.55)	56.26 (9.59)	0.53 ^{NS}	.662	.001
AFRONTAMIENTO EVITATIVO	48.36 (7.14)	48.76 (7.81)	48.43 (7.31)	49.78 (8.01)	2.35 ^{NS}	.071	.004

* = Significativo al 5% (p<.05)

Al respecto de los resultados que hemos obtenido en el contraste de las variables de las subescalas COPE-28 (Tabla 41) podemos afirmar que no se ha encontrado ninguna significación estadística (p<.05) ni tamaño del efecto suficiente como para poder aceptar la existencia de relaciones con el facto Tiempo de trabajo semanal.

Tabla 41

Análisis Inferencial: Diferencia de Medias. Diferencias en las Variables de las Subescalas del Cuestionario COPE-28 de Afrontamiento, en Función de Tiempo de Trabajo. (N=1363 Dentistas)

Variables de las Subescalas de COPE-28	□ (d.e)				Test de Contraste		Tamaño del efecto: R ²
	<=20	21-30	31-40	>=41	Valor	P	
	horas (n=104)	horas (n=283)	horas (n=671)	horas (n=305)			
Afrontamiento activo	6.14 (1.12)	6.21 (1.19)	6.27 (1.15)	6.37 (1.14)	F=1.42 NS	.235	.003
Planificación	5.83 (1.28)	5.74 (1.31)	5.90 (1.18)	5.94 (1.17)	F=1.60 NS	.187	.004
Apoyo instrumental o social	5.05 (1.23)	4.94 (1.15)	4.88 (1.10)	4.82 (1.13)	F=1.60 NS	.288	.003
Uso del apoyo emocional	5.03 (1.46)	5.04 (1.35)	5.01 (1.36)	4.96 (1.39)	F=0.17 NS	.915	.000
Reinterpretación positiva	5.17 (1.32)	5.25 (1.38)	5.17 (1.36)	5.17 (1.44)	F=0.26 NS	.850	.001
Negación	2.89 (1.00)	2.65 (0.88)	2.72 (0.87)	2.79 (1.02)	Z _U =1.54 NS	.078	.005
Aceptación	6.13 (1.18)	6.03 (1.23)	6.21 (1.15)	6.07 (1.18)	F=2.03 NS	.108	.004
Religión	3.71 (1.56)	3.51 (1.53)	3.37 (1.53)	3.51 (1.59)	Z _U =1.34 NS	.181	.004
Auto-distracción	4.59 (1.45)	4.64 (1.29)	4.64 (1.27)	4.86 (1.25)	F=2.40 NS	.066	.005
Desahogo	4.29 (1.23)	4.23 (1.12)	4.26 (1.16)	4.20 (1.25)	F=0.25 NS	.861	.001
Desconexión conductual	2.77 (0.87)	2.73 (0.89)	2.68 (0.89)	2.70 (0.97)	Z _U =0.45 NS	.652	.001
Uso de sustancias	2.47 (1.00)	2.46 (1.01)	2.39 (0.90)	2.46 (0.99)	Z _U =0.38 NS	.704	.002
Humor	4.30 (1.32)	4.48 (1.42)	4.40 (1.38)	4.59 (1.40)	F=1.82 NS	.141	.001
Autoinculpación	4.80 (1.22)	4.86 (1.27)	4.89 (1.22)	5.09 (1.21)	F=2.55 NS	.054	.006

N.S. = NO significativo al 5% (p>.05)

3.11.3.- DIFERENCIAS EN *SÍNDROME DE BURNOUT* (INVENTARIO MBI).

Y finalmente, en el contraste de las dimensiones del MBI (Tabla 42) aunque aparecen diferencias estadísticamente significativas (pero solo $p < .05$) en *Cansancio emocional* y *Realización personal*, sus tamaños del efecto son muy bajos ($\leq 0.7\%$) por lo que consideramos que no son evidencia estadística sólida para admitir la existencia de correlación entre estas variables y el Tiempo semanal del trabajo.

Tabla 42

Análisis Inferencial: Diferencia de Medias. Diferencias en las variables de las Dimensiones del Inventario MBI del Síndrome de Burnout, en Función de Tiempo de Trabajo. (N=1298 Dentistas)

Variables de las Dimensiones de MBI	□ (d.e)				Test de Contraste		Tamaño del efecto: R ²
	≤20	21-30	31-40	≥41	Valor	P	
	horas (n=97)	horas (n=274)	horas (n=636)	horas (n=291)			
CANSANCIO EMOCIONAL	53.38 (23.25)	55.60 (20.20)	57.15 (19.95)	59.64 (19.24)	F=3.16 *	.024	.007
DESPERSONALIZACIÓN	31.06 (13.95)	31.98 (14.15)	34.60 (15.41)	36.66 (16.99)	Z _U =0.68 ^{NS}	.498	.003
REALIZACIÓN PERSONAL	84.19 (13.43)	81.71 (12.39)	83.38 (12.13)	82.97 (12.16)	Z _U =2.23 *	.209	.005

N.S. = NO significativo al 5% ($p > .05$) * = Significativo al 5% ($p < .05$)

3.12.- DIFERENCIAS POR RAZÓN DE LOS AÑOS DE EXPERIENCIA EN EL TRABAJO.

A partir de la variable cuantitativa recogida en el cuestionario, se crearon 3 grupos tratando que fueran bastante equilibrados en cuanto al número de participantes. Para ellos se tomaron como puntos de corte los 10 y los 20 años de experiencia en el trabajo. Por tanto, se han creado los grupos: (1) hasta 10 en el trabajo, (2) entre 11 y 20 años; y (3) a partir de 21 años.

A continuación, se presentan los resultados de los test de contraste.

3.12.1.- DIFERENCIAS EN PERSONALIDAD (CUESTIONARIO NEO FFI).

En la comparación de las variables de personalidad del NEO FFI (Tabla 43) se ha obtenido que, en *Apertura a la experiencia, Cordialidad y Responsabilidad*, no existen diferencias estadísticamente significativas ($p > .05$). En las otras dos sí que aparecen significación: (1) en *Neuroticismo*, con $p < .001$ y efecto pequeño del 1.1%, los datos apuntan a una mayor puntuación entre los participantes que llevan menos tiempo en el ejercicio del trabajo, aunque las diferencias sean pequeñas como indica el efecto; y (2) en *Extroversión*, con $p < .01$ y efecto aún menor (0.8%) donde los datos apuntan en el mismo sentido de la anterior variable.

Tabla 43

Análisis Inferencial: Diferencia de Medias. Diferencias en las Variables de las Dimensiones del Cuestionario NEO FFI de Personalidad, en Función de la Experiencia. (N=1554 Dentistas)

Variables de las Dimensiones de NEO FFI	□ (d.e)			ANOVA de 1 factor		Tamaño del efecto: R ²
	<=10 años (n=525)	11-20 años (n=507)	>=21 años (n=522)	Valor F	P	
NEUROTICISMO	34.95 (8.99)	33.70 (9.16)	32.62 (9.17)	8.56**	.000	.011
EXTROVERSIÓN	41.16 (7.34)	40.25 (7.38)	39.54 (7.37)	6.40**	.002	.008
APERTURA A LA EXPERIENCIA	40.11 (7.03)	39.62 (7.05)	40.03 (6.56)	0.75 NS	.471	.001
CORDIALIDAD	41.81 (5.94)	42.25 (5.74)	42.02 (5.92)	0.72 NS	.486	.001
RESPONSABILIDAD	46.16 (5.64)	45.70 (6.45)	45.35 (6.35)	2.29 NS	.102	.003

N.S. = NO significativo ($p > .05$) ** = Altamente significativo al 1% ($p < .01$)

3.12.2.- DIFERENCIAS EN AFRONTAMIENTO (CUESTIONARIO COPE-28).

En los contrastes de las dimensiones de afrontamiento (Tabla 44) se han encontrado significaciones en *Afrontamiento centrado en el Problema* en *Afrontamiento centrado en la Emoción* y *Afrontamiento Evitativo*, aunque es cierto que en una de ellas: *Afrontamiento centrado en la Emoción*, el p-valor es solo $< .05$ y el tamaño del efecto es

muy bajo (0.5%) por lo que pensamos que esto no es evidencia estadística suficiente de asociación con esta variable. Pero en *Afrontamiento centrado en el Problema* y en *Afrontamiento Evitativo* que los datos señalan la existencia de una relación. Así:

- En *Afrontamiento centrado en el Problema* las diferencias son altamente significativas ($p < .001$) y equivalente a un tamaño el efecto del 2.0% (leve) tal que los valores medios obtenidos indican que las puntuaciones son mayores, cuanto menos tiempo llevan los profesionales en el ejercicio de la profesión. El mayor cambio se aprecia, cuando se pasa de los 20 de trabajo.
- Y en *Afrontamiento Evitativo* ($p < .001$) y un efecto leve pero superior al anterior (2.5%), los datos recogidos apuntan en el mismo sentido anterior, es decir que puntúan más aquellos que llevan menos tiempo en el trabajo, estando el mayor cambio en el corte a partir de los 20 años de ejercicio de la profesión.

Tabla 44

Análisis Inferencial: Diferencia de Medias. Diferencias en las Variables de las Dimensiones del Cuestionario COPE-28 de Afrontamiento, en Función de la Experiencia. (N=1363 Dentistas)

Variables de las Dimensiones de COPE-28	□ (d.e)			ANOVA de 1 factor		Tamaño del efecto: R ²
	<=10 años (n=451)	11-20 años (n=444)	>=21 años (n=468)	Valor F	P	
AFR. CENT. EN EL PROBLEMA	72.61 (10.22)	71.39 (10.37)	69.04 (10.42)	14.14**	.000	.020
AFR. CENT. EN LA EMOCIÓN	56.49 (8.66)	56.95 (8.85)	55.50 (9.24)	3.17 *	.042	.005
AFRONTAMIENTO EVITATIVO	50.16 (7.33)	49.03 (7.69)	47.26 (7.43)	17.62**	.000	.025

* = Significativo al 5% ($p < .05$) ** = Altamente significativo al 1% ($p < .01$)

Al respecto de los análisis realizados con las variables de las subescalas (Tabla 45) se han encontrado algunas significaciones bastante interesantes de comentar. Por orden de mayor a menor efecto:

- Uso del apoyo emocional ($p < .001$) un efecto moderado del 5.2%, los datos que tenemos nos permiten afirmar que existe una relación entre esta variable y el tiempo que se lleva en ejercicio. Según los datos recogidos, los valores medios indican que se puntúa más en esta variable, cuanto menor sea el tiempo en el desarrollo del trabajo.
- Apoyo instrumental o social ($p < .001$) y con un efecto moderado del 4.8%, tenemos evidencia estadística suficiente para admitir la existencia de relación que, según los datos obtenidos, se produce en el mismo sentido, inverso, de la anterior.
- Auto-distracción ($p < .001$) y efecto moderado-leve (2.8%) con diferencias una vez más en el mismo sentido que las antes comentadas.
- Religión ($p < .001$) y efecto ya más bien leve (2.6%), la relación tiene el sentido contrario al de las demás variables. Es decir que los datos ahora indican que se puntúa más en este variable cuanto más tiempo de ejercicio se lleva en el trabajo.
- Y quizás, se podría añadir a este listado la variable Autoinculpación ($p < .001$; pero ya solo con efecto del 1.2%, es decir pequeño) donde la relación, si es que existe sería baja, y tendría el mismo sentido que la mayoría, es decir inverso puntuando más los que menos tiempo llevan en el trabajo.

En el resto de variables, aunque en algunas aparezcan significaciones (ej.: Humor, Afrontamiento activo, ...) los tamaños de los efectos son ya tan pequeños (<1%) que consideramos que no hay evidencia significativa suficiente para admitir la existencia de relación. Incluso, hay algunas variables donde ya no ha llegado a alcanzar la significación ($p > .05$).

Tabla 45

Análisis Inferencial: Diferencia de Medias. Diferencias en las Variables de las Subescalas del Cuestionario COPE-28 de Afrontamiento, en Función de la Experiencia. (N=1363 Dentistas)

Variables de las Subescalas de COPE-28	□ (d.e)			Test de contraste		Tamaño del efecto: R ²
	<=10 años (n=451)	11-20 años (n=444)	>=21 años (n=468)	Valor	P	
Afrontamiento activo	6.32 (1.14)	6.35 (1.14)	6.16 (1.18)	F=3.48 *	.031	.005
Planificación	5.92 (1.18)	5.88 (1.24)	5.82 (1.22)	F=0.80 NS	.452	.001
Apoyo instrumental o social	5.19 (1.17)	4.90 (1.11)	4.59 (1.02)	F=34.11**	.000	.048
Uso del apoyo emocional	5.37 (1.40)	5.06 (1.36)	4.61 (1.26)	F=37.67**	.000	.052
Reinterpretación positiva	5.21 (1.36)	5.31 (1.34)	5.05 (1.42)	F=4.02 *	.018	.006
Negación	2.72 (0.94)	2.73 (0.91)	2.75 (0.92)	Z _U =0.36 NS	.716	.000
Aceptación	6.16 (1.17)	6.21 (1.21)	6.04 (1.14)	F=2.52 NS	.081	.004
Religión	3.14 (1.47)	3.47 (1.55)	3.74 (1.57)	Z _U =3.91**	.000	.026
Auto-distracción	4.91 (1.31)	4.75 (1.32)	4.40 (1.17)	F=19.86**	.000	.028
Desahogo	4.32 (1.18)	4.27 (1.23)	4.13 (1.11)	F=3.18 *	.042	.005
Desconexión conductual	2.73 (0.85)	2.63 (0.90)	2.75 (0.95)	Z _U =2.50 *	.013	.004
Uso de sustancias	2.46 (0.95)	2.44 (0.98)	2.37 (0.93)	Z _U =0.74 NS	.462	.001
Humor	4.58 (1.38)	4.50 (1.31)	4.27 (1.44)	F=6.24**	.002	.009
Autoinculpación	5.07 (1.30)	4.94 (1.19)	4.75 (1.18)	F=7.98**	.000	.012

N.S. = NO significativo al 5% (p>.05) * = Significativo al 5% (p<.05) ** = Altamente significativo al 1% (p<.01)

3.12.3.- DIFERENCIAS EN EL SÍNDROME DE BURNOUT (INVENTARIO MBI).

Los resultados que se han encontrado en los test de contraste con las tres dimensiones del cuestionario MBI (Tabla 46) indican que:

- En *Despersonalización*, con p<.01 y efecto del 2.0%, leve, podemos admitir la existencia de una relación inversa, una vez más, según la cual las puntuaciones son más altas en aquellos participantes con menos tiempo en ejercicio de la profesión.
- Y en *Cansancio emocional*, con p<.01 y efecto leve del 1.5%, donde los datos indican una relación en el mismo sentido, inverso, de la anterior y de la gran mayoría de las que han aparecido en el estudio de este factor.

En tanto, que en *Realización personal* las diferencias encontradas ya no alcanzan la significación estadística ($p>.05$).

Tabla 46

Análisis Inferencial: Diferencia de Medias. Diferencias en las Variables de las Dimensiones del Inventario MBI del Síndrome de Burnout, en Función de la Experiencia. (N=1298 Dentistas)

Variables de las Dimensiones de MBI	□ (d.e)			Test de contraste		Tamaño del efecto: R ²
	<=10 años (n=425)	11-20 años (n=431)	>=21 años (n=442)	Valor	P	
CANSANCIO EMOCIONAL	59.08 (18.94)	57.75 (18.99)	54.55 (22.09)	F=5.85**	.003	.015
DESPERSONALIZACIÓN	36.94 (16.16)	34.23 (15.14)	31.67 (14.79)	Z _U =2.93**	.001	.020
REALIZACIÓN PERSONAL	82.16 (11.52)	83.12 (11.76)	83.67 (13.46)	Z _U =1.44 NS	.151	.003

N.S. = NO significativo al 5% ($p>.05$) ** = Altamente significativo al 1% ($p<.01$)

3.13.- ANÁLISIS CORRELACIONAL.

A continuación, se procede a correlacionar las variables Personalidad, Afrontamiento y *Síndrome de Burnout*, entre sí. Para ello se ha empleado el coeficiente de correlación de Pearson que, aunque requiere la normalidad estadística de las variables (algo que no todas cumplen, como sabemos desde la exploración), cuando se emplea en muestra de N tan grande como el de este estudio, tiende a ser muy similar en valor a su alternativa no paramétrica (el coeficiente de Spearman) que habría que emplear, en rigor, en algunos de los pares de variables a correlacionar. Por otra parte, hemos de comentar que, aunque se han encontrado algunas diferencias significativas en estas variables por razón de factores sociodemográficos o del ejercicio de la profesión, estas diferencias no estaban acompañadas de tamaño del efecto elevados (siempre han sido menores al 5%, excepto uno que fue del 6.9%) por lo que no consideramos necesario segmentar la muestra en subgrupos y se ha trabajado con el total de participantes.

Así mismo, y puesto que el elevado N muestral producirá que aparezcan significaciones en prácticamente todos los coeficientes, debemos de centrar nuestra atención en el valor de los mismos, interpretando tanto la magnitud (valor absoluto entre 0 y 1) como el sentido (signo +: relación directa; signo - : relación inversa). Los coeficientes superiores a $/.300/$ equivalente a un efecto desde aproximadamente el 10%, ya son elevados.

3.13.1.- RELACIÓN ENTRE PERSONALIDAD Y AFRONTAMIENTO.

Se ha procedido a correlacionar cada una de las 5 dimensiones de personalidad (NEO FFI) con cada uno de los 3 tipos de afrontamiento (COPE-28). Los coeficientes de Pearson obtenidos se resumen en la Tabla 47 que sigue; los valores entre paréntesis se corresponden con el tamaño del efecto (R^2) equivalente a cada correlación.

Se ha encontrado que:

- *Neuroticismo*, solo correlaciona de forma elevada con *Afrontamiento Evitativo* (.41) y en sentido directo, es decir que son los casos con valores más altos en *Neuroticismo* los que más puntúan en este tipo afrontamiento. Los otros dos coeficientes indican magnitudes de relación moderada e incluso leve y de sentido inverso (más puntuación en *Neuroticismo*, se asocia con menos en *Afrontamientos centrados en el Problema y en la Emoción*).
- *Extroversión*, correlaciona de forma elevada y directa con los *Afrontamientos centrados en el Problema* (.32) y *en la Emoción* (.31) y no correlaciona con el *Evitativo* ($p>.05$)
- *Apertura a la experiencia*, correlaciona de forma directa con los tres tipos de afrontamiento, pero en intensidad moderada-leve.

- *Cordialidad*, correlaciona también en intensidad moderada, o moderada leve, con los tres tipos de afrontamiento, pero lo hace de forma directa con los centrados en el *Problema* y en la *Emoción*, y de forma inversa con el *Evitativo*.
- *Responsabilidad*, correlaciona en intensidad elevada con el *Afrontamiento centrado en el Problema* (.47) y sentido directo; en intensidad moderada con el *Afrontamiento centrado en la Emoción* y sentido, también, directo; y en intensidad leve y sentido inverso con *Afrontamiento Evitativo*.

Tabla 47

Análisis Inferencial: Correlaciones Pearson. Asociación entre las Dimensiones de Personalidad (NEO FFI) y los Tipos de Afrontamiento (COPE-28). N válido=1363 Dentistas

VARIABLES	Valor de R de Pearson (y efecto: R ²)		
	AFR. CENT. EN EL PROBLEMA	AFR. CENT. EN LA EMOCIÓN	AFRONTAM. EVITATIVO
<i>NEUROTICISMO</i>	-.206 (.042)	-.131 (.017)	.410 (.168)
<i>EXTROVERSIÓN</i>	.317 (.100)	.307 (.094)	-.029 (.001)
<i>APERTURA A LA EXPERIENCIA</i>	.183 (.033)	.212 (.045)	.140 (.020)
<i>CORDIALIDAD</i>	.157 (.025)	.282 (.080)	-.178 (.032)
<i>RESPONSABILIDAD</i>	.470 (.221)	.204 (.042)	-.141 (.020)

En **GRIS** los coeficientes NO significativos ($p > .05$)

En **NEGRITA**, los coeficientes de magnitud elevada ($> .300$)

3.13.2.- RELACIÓN ENTRE PERSONALIDAD Y SÍNDROME DE BURNOUT.

Los resultados de estas correlaciones se resumen en la Tabla 48 y desde ellos podemos decir que:

- *Neuroticismo*, correlaciona de forma muy elevada con las tres dimensiones del *Síndrome de Burnout*. En concreto: correlaciona en sentido directo con *Cansancio emocional* (.63) y con *Despersonalización* (.38) y en sentido inverso con *Realización personal* (-.51). Por tanto, los sujetos con mayor grado de *Neuroticismo* tienden a tener más *Cansancio emocional* y *Despersonalización*, y menor *Realización personal*.

-
- *Extroversión*, correlaciona de forma elevada con las tres dimensiones del MBI, en concreto: en sentido inverso con *Cansancio emocional* (-.40) y con *Despersonalización* (-.31) y en sentido directo con *Realización personal* (.47) en donde la intensidad ya es muy elevada. Por tanto, podemos decir que los sujetos más extrovertidos, tienden a tener menos *Cansancio emocional* y *Despersonalización* y mayor grado de *Realización personal*.
 - *Apertura a la experiencia*, no correlaciona ($p > .05$) ni con *Cansancio emocional* ni con *Despersonalización*; y lo hace de forma moderada-leve con la *Realización personal*.
 - *Cordialidad*, correlaciona en magnitud elevada y sentido inverso con *Despersonalización* (-.36); y en intensidad moderada-alta, con *Realización personal* en sentido directo y con *Cansancio emocional* en sentido inverso. Por tanto, los sujetos con más *Cordialidad* tienden a tener menos *Despersonalización* y *Cansancio emocional*, a la par que más *Realización personal*.
 - *Responsabilidad*, correlaciona en gado elevado y sentido directo con *Realización personal* (.32); y en intensidad moderada / moderada-leve y sentido inverso con *Despersonalización* y *Cansancio emocional*. En consecuencia, los sujetos con mayor puntuación en *Responsabilidad* tienden a puntuar también mayor en *Realización personal* y menos en *Cansancio emocional* y *Despersonalización*.

Tabla 48

Análisis Inferencial: Correlaciones Pearson. Asociación entre las Dimensiones de Personalidad (NEO FFI) y el Síndrome de Burnout (MBI). N válido=1298 Dentistas.

VARIABLES	Valor de R de Pearson (y efecto: R ²)		
	CANSANCIO EMOCIONAL	DESPERSONALIZACIÓN	REALIZACIÓN PERSONAL
NEUROTICISMO	.633 (.401)	.381 (.145)	-.508 (.258)
EXTROVERSIÓN	-.395 (.156)	-.309 (.095)	.471 (.222)
APERTURA A LA EXPERIENCIA	-.038 (.001)	-.043 (.002)	.190 (.036)
CORDIALIDAD	-.267 (.071)	-.355 (.126)	.267 (.071)
RESPONSABILIDAD	-.189 (.036)	-.144 (.021)	.322 (.104)

En GRIS los coeficientes NO significativos ($p > .05$)

En NEGRITA, los coeficientes de magnitud elevada ($> .300$)

3.13.3.- RELACIÓN ENTRE AFRONTAMIENTO Y SÍNDROME DE BURNOUT.

Y finalmente correlacionamos los tipos de Afrontamiento con las dimensiones del Síndrome de Burnout. Los coeficientes obtenidos (Tabla 49) nos llevan a concluir que:

- El *Afrontamiento centrado en el Problema* solo correlaciona en intensidad elevada y sentido directo con la *Realización personal* (.31); en tanto que con *Cansancio emocional* y *Despersonalización* las correlaciones son muy bajas y solo alcanzan significación por lo elevado del tamaño muestral, por lo que debemos decir que, realmente, no hay asociación con ellas.
- El *Afrontamiento centrado en la Emoción* correlaciona en magnitud moderada y sentido directo con la *Realización personal*; pero como en la anterior no lo hace con *Cansancio emocional* y *Despersonalización* (intensidades muy bajas).
- Y el *Afrontamiento Evitativo*, correlaciona en magnitudes elevadas y sentidos directos con *Cansancio emocional* (.34) y con *Despersonalización* (.33); y en sentido inverso con intensidad moderada-leve con la *Realización personal*. Por tanto, concluimos que los sujetos con mayor grado de *Afrontamiento Evitativo*,

tienden a tener más *Cansancio emocional* y *Despersonalización*, y en menor medida valores bajos en *Realización personal*.

Tabla 49

Análisis Inferencial: Correlaciones Pearson. Asociación entre las Dimensiones de Afrontamiento (COPE-28) y el Síndrome de Burnout (MBI). N Válido=1363 Dentistas.

VARIABLES	Valor de R de Pearson (y efecto: R ²)		
	CANSANCIO EMOCIONAL	DESPERSONALIZACIÓN	REALIZACIÓN PERSONAL
AFR. CENT. EN EL PROBLEMA	-.086 (.007)	-.060 (.004)	.309 (.095)
AFR. CENT. EN LA EMOCIÓN	-.085 (.007)	-.053 (.003)	.281 (.079)
AFRONTAMIENTO EVITATIVO	.340 (.116)	.327 (.107)	-.146 (.021)

En **NEGRITA**, los coeficientes de magnitud elevada (>.300)

3.14.- CLASIFICACIÓN DE LOS PARTICIPANTES EN GRUPOS SEGÚN SUS PERFILES UTILIZANDO ANÁLISIS DE CLUSTER

El Análisis clúster (AC), o Análisis de conglomerados, es una técnica estadística multi- variante que comienza con un conjunto de datos conteniendo información sobre una muestra e intenta reorganizarlas en grupos relativamente homogéneos a los que llamaremos clusters. Tiene como objetivo principal representar una realidad compleja, multidimensional de una forma más sencilla para un mejor entendimiento, permite la clasificación de los participantes en grupos con fines exploratorios y de caracterización. Se puede definir como un método estadístico para crear subgrupos. AC tiene como ventaja más sobresaliente que cambia la forma de representación la información. En Psicología es frecuente y muy útil encontrar situaciones en las que se necesita realizar una clasificación de personas en subgrupos o clases. Para determinar el número de clústeres de cada clasificación, en función de los tres constructos psicológicos estudiados (Personalidad, Tipos de Afrontamiento y *Síndrome de Burnout*) se usó el dendograma obtenido al realizar un análisis clúster jerárquico mediante el método de Ward y el uso de la distancia euclídea al cuadrado; posteriormente, para la identificación de los miembros de cada grupo, se realizó un análisis clúster de K-medias.

1) Clasificación de los participantes en grupos atendiendo a las puntuaciones obtenidas en las cinco dimensiones de la personalidad: *Neuroticismo*, *Extroversión*, *Apertura a la experiencia*, *Cordialidad*, *Responsabilidad* (clasificación 1). Se caracterizan los siguientes grupos, estableciendo perfiles.

En la muestra formada por los 1298 participantes que respondieron simultáneamente a los tres cuestionarios del estudio (NEO FFI, COPE-28 y MBI), se identificaron tres Cluster de participantes atendiendo a su personalidad (Tabla 50), formados por n=377 en el Cluster 1, n=539 en el Cluster 2 y n=382 participantes en el Cluster 3.

Tabla 50

Medias (Desviaciones Típicas) de los Integrantes de cada Clúster en cada Dimensión del Cuestionario NEO FFI de Personalidad.

	<i>Neuroticismo</i> □ (d.e)	<i>Extroversión</i> □ (d.e)	<i>Apertura a la experiencia</i> □ (d.e)	<i>Cordialidad</i> □ (d.e)	<i>Responsabilidad</i> □ (d.e)
Clúster 1	39.2 (7.2)	33.9 (5.9)	34.8 (5.2)	38.1 (5,7)	43.5 (5.8)
Clúster 2	25.5 (4.9)	44.5 (5.7)	40.2 (6.1)	44.4 (5.1)	48.6 (5.2)
Clúster 3	40.2 (5.8)	40.6 (6.1)	45.1 (5.0)	42.7 (5.0)	44.3 (5.9)

Para establecer el perfil de cada grupo y nombrarlos, se usó el gráfico de medias (Figura 17), que permite caracterizar a cada uno de los clústeres de la siguiente manera:

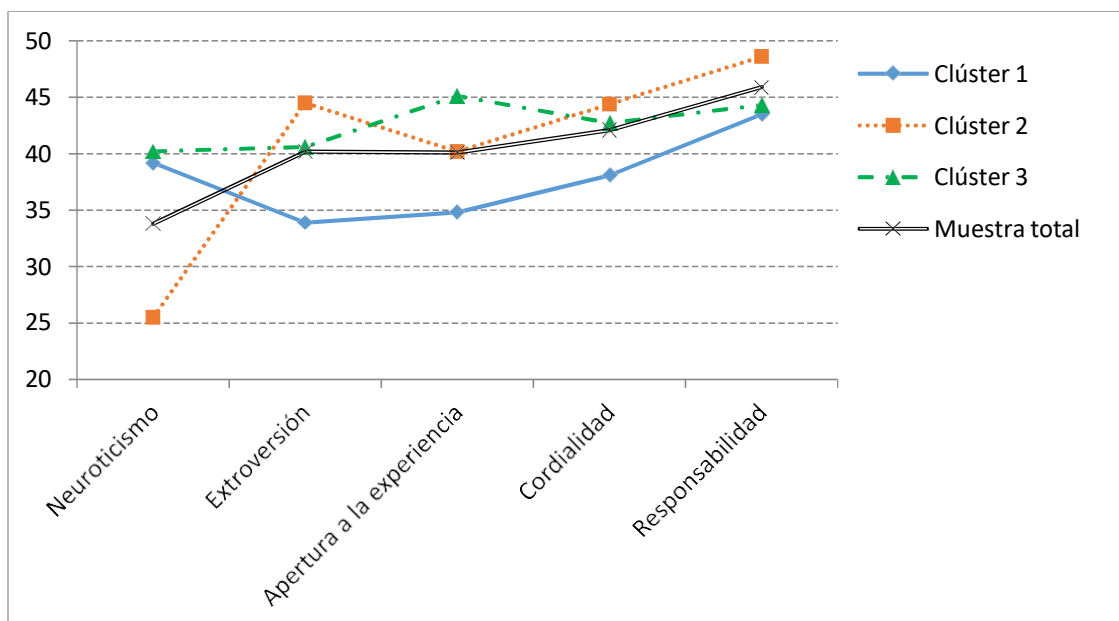
- Clúster 1: Está formado por los dentistas que tienen las puntuaciones más altas en *Neuroticismo* y más bajas en *Extroversión*, *Apertura a la experiencia* y *Cordialidad*. Se denomina “Introvertidos, neuróticos y amantes de la rutina” y representa el 29.0% de la muestra total (n=377 integrantes).
- Clúster 2: Está formado por los dentistas que tienen las puntuaciones más bajas en *Neuroticismo* y las más altas en *Extroversión*. Se denomina “Tranquilos y

extrovertidos”. Este segundo grupo representa el 41.5% de la muestra total (n=539 integrantes), siendo el más numeroso.

- Clúster 3: Está formado por los dentistas que tienen las puntuaciones más altas en *Neuroticismo* y en *Apertura a la experiencia*. Se diferencian de los integrantes del clúster 1 fundamentalmente en esta última dimensión, aunque también son más extrovertidos y cordiales que los del primer grupo. Se podría denominar como “Neuróticos y curiosos”. Representa el 29.4% de la muestra total (n=382 integrantes).

Figura 17

Gráfico de Medias de los Integrantes de cada Clúster y de la Muestra Total en las Cinco Dimensiones del Cuestionario NEO FFI, de Personalidad



2) Clasificación de los participantes en grupos atendiendo a las puntuaciones obtenidas en las tres dimensiones que evalúan la estrategia de afrontamiento: *Afrontamiento centrado en el Problema*, *Afrontamiento centrado en la Emoción*, *Afrontamiento Evitativo* (clasificación 2). Se caracterizan los siguientes grupos, estableciendo perfiles.

En la muestra total de 1298 participantes, se identificaron cuatro grupos de participantes atendiendo a su estrategia de afrontamiento (Tabla 51), formados por n=293 en el Cluster 1, n=248 en el Cluster 2, n=339 en el Cluster 3 y n=418 participantes en el Cluster 4.

Tabla 51

Medias (Desviaciones Típicas) de los Integrantes de cada Clúster en cada Dimensión del Cuestionario COPE-28 de Afrontamiento.

	<i>Afr. centrado en el Problema □ (d.e)</i>	<i>Afr. centrado en la Emoción □ (d.e)</i>	<i>Afr. Evitativo □ (d.e)</i>
Clúster 1	59.0 (6.5)	47.5 (5.4)	45.1 (5.7)
Clúster 2	83.3 (7.4)	67.7 (6.9)	54.8 (7.7)
Clúster 3	66.7 (5.2)	56.9 (6.0)	53.2 (6.0)
Clúster 4	75.4 (5.4)	55.0 (6.0)	44.2 (4.6)

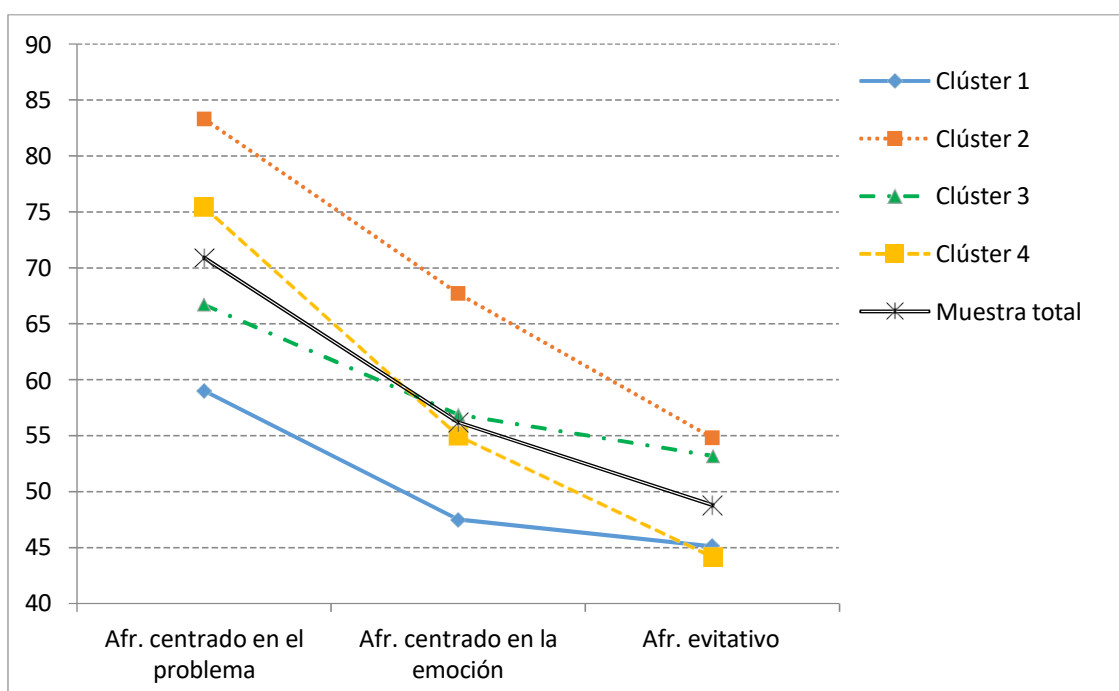
El gráfico de medias (Figura 18) muestra que:

- Clúster 1: Está formado por los dentistas que tienen las puntuaciones más bajas en las estrategias de *Afrontamiento centradas en la Emoción y centradas en el Problema*. Se denomina “Desadaptados” y representa el 22.6% de la muestra total (n=293 integrantes).
- Clúster 2: Está formado por los dentistas que tienen las puntuaciones más altas en *Afrontamiento centrado en el Problema* y en menor medida en estrategias centradas en la *Emoción*, aunque también utilizan estrategias *Evitativas*. Se denomina “Adaptados” y este grupo representa el 19.1% de la muestra (n=248 integrantes), siendo el grupo menos numeroso.
- Clúster3: Está formado por los dentistas que tienen puntuaciones altas en *Afrontamiento Evitativo*. Se denomina “Evitadores”. Este tercer clúster representa el 26.1% de la muestra total (n=339 integrantes).

- Clúster 4: Está formado por los dentistas que tienen las puntuaciones más bajas en *Afrontamiento Evitativo* y puntuaciones altas en *Afrontamiento centrado en el Problema*. Se denomina “Pragmáticos/racionales” y es el grupo más numeroso, representando el 32.2% de la muestra total (n=418 integrantes).

Figura 18

Gráfico de Medias de los Integrantes de cada Clúster y de la Muestra Total en las Tres Dimensiones del Cuestionario COPE-28, de Afrontamiento.



3) Clasificación de los participantes en grupos atendiendo a las puntuaciones obtenidas en las tres dimensiones del MBI: *Cansancio emocional*, *Despersonalización*, *Realización personal* (clasificación 3). Se caracterizan los diferentes grupos, estableciendo perfiles.

En la muestra total, se identificaron cinco grupos de participantes atendiendo a los pensamientos y sentimientos de los sujetos respecto de la interacción con su trabajo (Tabla 52). Estos grupos están formados por n=233 en el Cluster 1, n=230 en el Cluster 2, n=172 en el Cluster 3, n=179 en el Cluster 4 y n=484 dentistas en el Cluster 5.

Tabla 52

Medias (Desviaciones Típicas) de los Integrantes de cada Clúster en cada Dimensión del Cuestionario MBI, del Síndrome de Burnout.

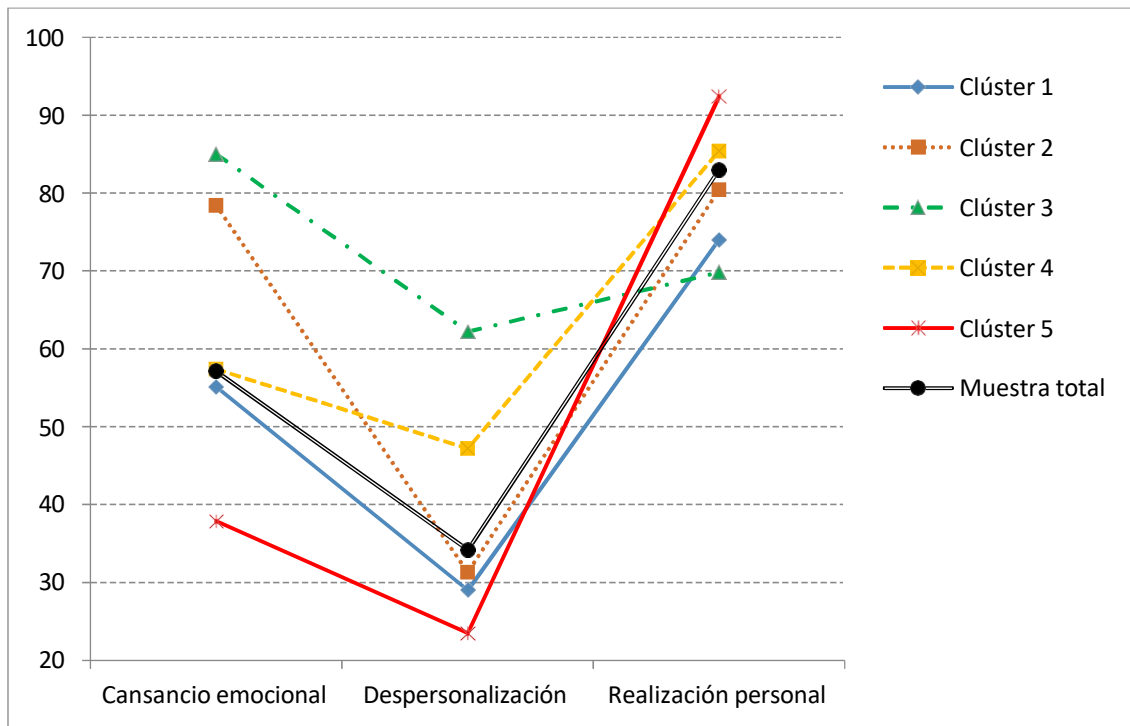
	<i>Cansancio emocional</i> □ (d.e)	<i>Despersonalización</i> □ (d.e)	<i>Realización personal</i> □ (d.e)
Clúster 1	55.1 (8.0)	29.0 (6.9)	74.0 (11.0)
Clúster 2	78.4 (9.0)	31.3 (8.1)	80.4 (9.9)
Clúster 3	85.0 (9.6)	62.2 (12.2)	69.8 (11.8)
Clúster 4	57.4 (9.3)	47.2 (9.1)	85.4 (7.5)
Clúster 5	37.9 (9.5)	23.5 (5.9)	92.4 (6.1)

El gráfico de medias (Figura 19) muestra que:

- Clúster 1: Está formado por los dentistas que tienen puntuaciones bajas en *Realización personal*. Se denomina “Frustrados” y representa el 18.0% de la muestra total (n=233 integrantes).
- Clúster 2: Está formado por los dentistas que tienen puntuaciones altas en *Cansancio emocional*. Se denomina “Cansados” y este segundo grupo representa el 18.3% de la muestra total (n=237 integrantes).
- Clúster 3: Está formado por los dentistas que tienen las puntuaciones más altas en *Cansancio emocional* y *Despersonalización* y las puntuaciones más bajas en *Realización personal*. Se denomina “Quemados” y es el grupo menos numeroso formado por n=172 integrantes, representando el 13.3% de la muestra total.
- Clúster 4: Está formado por los dentistas que tienen puntuaciones altas en *Despersonalización*. Se denomina “Despersonalizantes”. Este grupo representa el 13.8% de la muestra total (n=179 integrantes).
- Clúster 5: Está formado por los dentistas que tienen las puntuaciones más bajas en *Cansancio emocional* y *Despersonalización* y las puntuaciones más altas en *Realización personal*. Se denomina “No quemados” y es el grupo más numeroso (n=484 dentistas), representando el 37.3% de la muestra total.

Figura 19

Gráfico de Medias de los Integrantes de cada Clúster y de la Muestra Total en las Tres Dimensiones del Cuestionario MBI, del Síndrome de Burnout



3.15.- ESTUDIO CRUZADO DE LAS CLASIFICACIONES ANTERIORES

3.15.1.- CLUSTER DE PERSONALIDAD X CLUSTER POR AFRONTAMIENTO

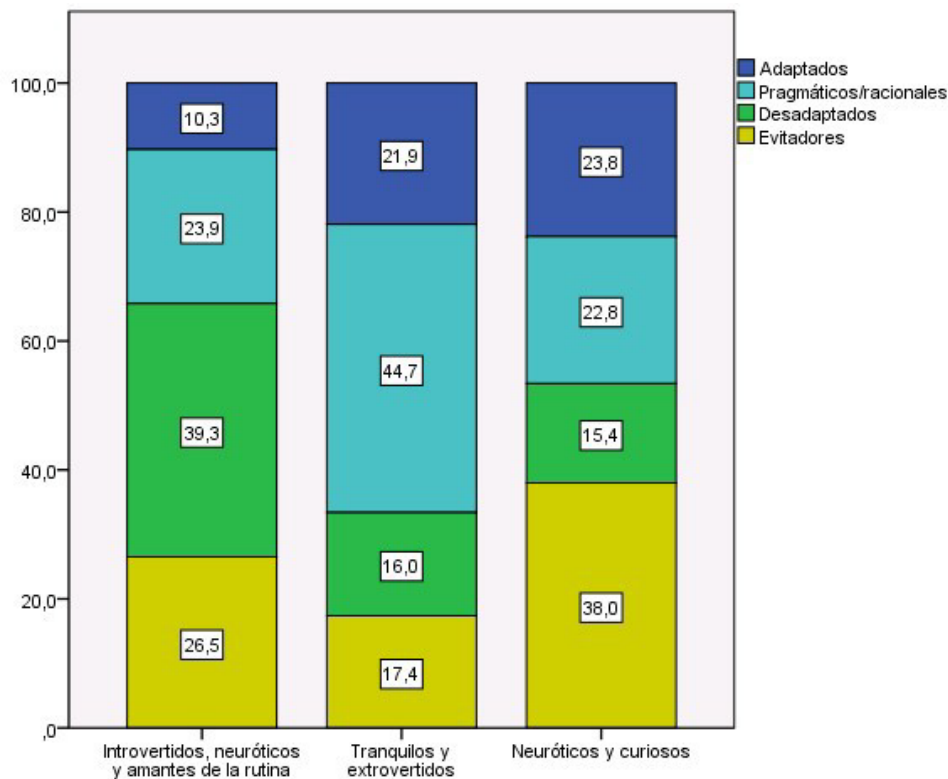
(CLASIFICACIÓN 1 X CLASIFICACIÓN 2)

1) Comparación intergrupos para ver si los grupos obtenidos atendiendo a las puntuaciones obtenidas en las cinco dimensiones de la personalidad (clasificación 1) difieren significativamente en los grupos de los tipos de afrontamiento (clasificación 2).

Con este análisis estadístico a través de los cluster calculados en el apartado anterior, se analiza la dependencia-independencia de los mismos. Las clasificaciones según personalidad y estilo de afrontamiento no son independientes: $\chi^2=168.25$, $P=0.000$.

Figura 20

Gráfico de Barras Apiladas con las Frecuencias Relativas (en Porcentaje) de los Grupos de la Clasificación 2 en cada uno de los Grupos de la Clasificación 1.



Se realizaron ANOVAs de una vía para la realización de comparaciones intergrupos. Las comparaciones post hoc se hicieron aplicando el ajuste de Bonferroni.

Existen diferencias estadísticamente significativas en las puntuaciones medias de las tres dimensiones del cuestionario COPE-28 de afrontamiento, en función del Cluster de personalidad:

- *Afrontamiento centrado en el Problema* ($p < 0.001$), con un tamaño del efecto moderado (8.0%). Las puntuaciones de los integrantes del clúster 2 (tranquilos y extrovertidos) son mayores que las de los integrantes del grupo 3 (neuróticos y curiosos) y estas mayores que las de los integrantes del grupo 1 (introvertidos, neuróticos y amantes de la rutina).

- *Afrontamiento centrado en la Emoción* ($p < 0.001$), con un tamaño de efecto también moderado (7.0%). Las puntuaciones de los integrantes de los clústeres 2 (tranquilos y extrovertidos) y 3 (neuróticos y curiosos) no difieren entre sí, pero son mayores que las de los integrantes del clúster 1 (introvertidos, neuróticos y amantes de la rutina).
- *Afrontamiento Evitativo* ($p < 0.001$), con un tamaño de efecto moderado (8.0%). Las puntuaciones de los integrantes del clúster 3 (neuróticos y curiosos) son mayores que las de los integrantes del clúster 1 (introvertidos, neuróticos y amantes de la rutina) y estas son mayores que las de los integrantes del clúster 2 (tranquilos y extrovertidos), que son los que menos puntúan en esta dimensión.

Tabla 53

Diferencias de Medias en las Dimensiones del Cuestionario COPE-28 de Afrontamiento, en Función del Clúster de Personalidad

Dimensión	□ (Desv. típica)			ANOVA de 1		Tamaño del efecto (R^2)
	Clúster 1	Clúster 2	Clúster 3	factor	P	
	□ (d.e)	□ (d.e)	□ (d.e)	F		
<i>Afrontamiento centrado en el Problema</i>	66.6 (10.4)	73.6 (9.4)	71.4 (10.3)	56.09	0.000	0.08
<i>Afrontamiento centrado en la Emoción</i>	52.4 (8.2)	58.2 (8.7)	57.3 (8.7)	54.87	0.000	0.07
<i>Afrontamiento Evitativo</i>	49.2 (7.5)	46.4 (6.9)	51.7 (7.4)	60.00	0.000	0.08

Como se han encontrado diferencias significativas entre todos los grupos estudiados (clasificación de los cluster), y que no son independientes (Comparaciones intergrupos), hemos ajustado modelos de regresión que permitan explicar las puntuaciones en las dimensiones. En el apartado de modelos predictivos se exponen los modelos de regresión que explican las puntuaciones en las dimensiones del cuestionario COPE-28 de afrontamiento, en función de las dimensiones del cuestionario NEO FFI de personalidad.

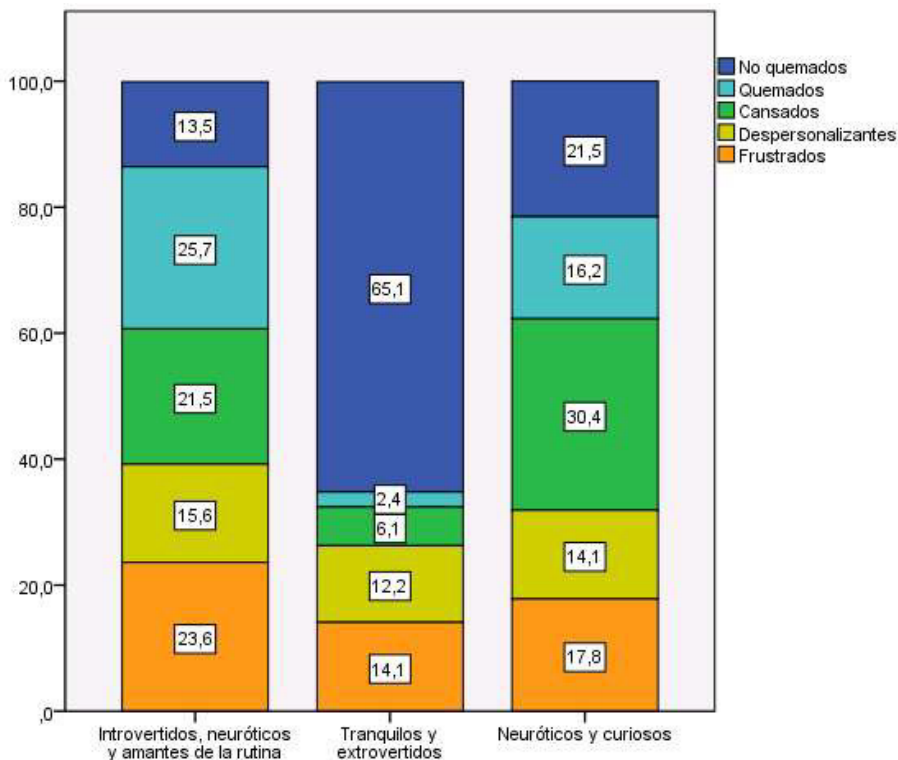
3.15.2.- CLUSTER DE PERSONALIDAD X CLUSTER DE *SÍNDROME DE BURNOUT* (CLASIFICACIÓN 1 X CLASIFICACIÓN 3)

1) Comparación intergrupos para ver si los grupos atendiendo a las puntuaciones obtenidas en las cinco dimensiones de la personalidad (clasificación 1) difieren significativamente en las puntuaciones medias de cada uno de los grupos de *Síndrome de Burnout* (Clasificación 3).

Con este análisis estadístico a través de los cluster calculados en el apartado anterior, se analiza la dependencia-independencia de los mismos. Las clasificaciones según personalidad y *Síndrome de Burnout* no son independientes: $\chi^2=380.84$, $P=0.000$.

Figura 21

Gráfico de Barras Apiladas con las Frecuencias Relativas (en Porcentaje) de los Grupos de la Clasificación 3 (*Síndrome de Burnout*) en cada uno de los Grupos de la Clasificación 1 (Personalidad).



Se realizaron ANOVAs de una vía para la realización de comparaciones intergrupos. Las comparaciones post hoc se hicieron aplicando el ajuste de Bonferroni.

Existen diferencias estadísticamente significativas en las puntuaciones medias de las tres dimensiones del cuestionario MBI del *Síndrome de Burnout*:

- *Cansancio emocional* ($p < 0.001$), con un tamaño del efecto muy grande (28.0%). Las puntuaciones de los integrantes de los clústeres 1 (introvertidos, neuróticos y amantes de la rutina) y 3 (neuróticos y curiosos) no difieren entre sí, pero son mayores que las de los integrantes del clúster 2 (tranquilos y extrovertidos).
- *Despersonalización* ($p < 0.001$), con un tamaño de efecto moderado-grande (12.1%). Las puntuaciones de los integrantes del clúster 1 (introvertidos, neuróticos y amantes de la rutina) son mayores que las de los integrantes del clúster 3 (neuróticos y curiosos) y estas son mayores que las de los integrantes del clúster 2 (tranquilos y extrovertidos), que son los que menos puntúan en esta dimensión.
- *Realización personal* ($p < 0.001$), con un tamaño de efecto grande (22.4%). Las puntuaciones de los integrantes del clúster 2 (tranquilos y extrovertidos) son mayores que las de los integrantes del clúster 3 (neuróticos y curiosos) y estas son mayores que las de los integrantes del clúster 1 (introvertidos, neuróticos y amantes de la rutina), que son los que menos puntúan en esta dimensión.

Tabla 54

Diferencias de Medias en las Dimensiones del Cuestionario BMI de Burnout, en Función del Clúster de Personalidad

Dimensión	□ (Desv. típica)			ANOVA de 1 factor		Tamaño del efecto(R ²)
	Clúster 1	Clúster 2	Clúster 3	F	P	
	□ (d.e)	□ (d.e)	□ (d.e)			
Cansancio emocional	67.2 (18.7)	44.5 (15.2)	65.0 (17.9)	252.01	0.000	0.28
Despersonalización	40.6 (16.9)	28.1 (11.8)	36.6 (15.6)	89.03	0.000	0.12
Realización personal	75.7 (12.6)	89.5 (9.0)	81.1 (11.3)	187.09	0.000	0.22

Como se han encontrado diferencias significativas entre todos los grupos estudiados (clasificación de los cluster), y que no son independientes (Comparaciones intergrupos), vamos a ajustar modelos de regresión que permitan explicar las puntuaciones en las dimensiones. En el apartado de modelos predictivos se exponen los modelos de regresión que explican las puntuaciones en las dimensiones del cuestionario MBI-HSS de *Burnout*, en función de las dimensiones del cuestionario NEO FFI de personalidad.

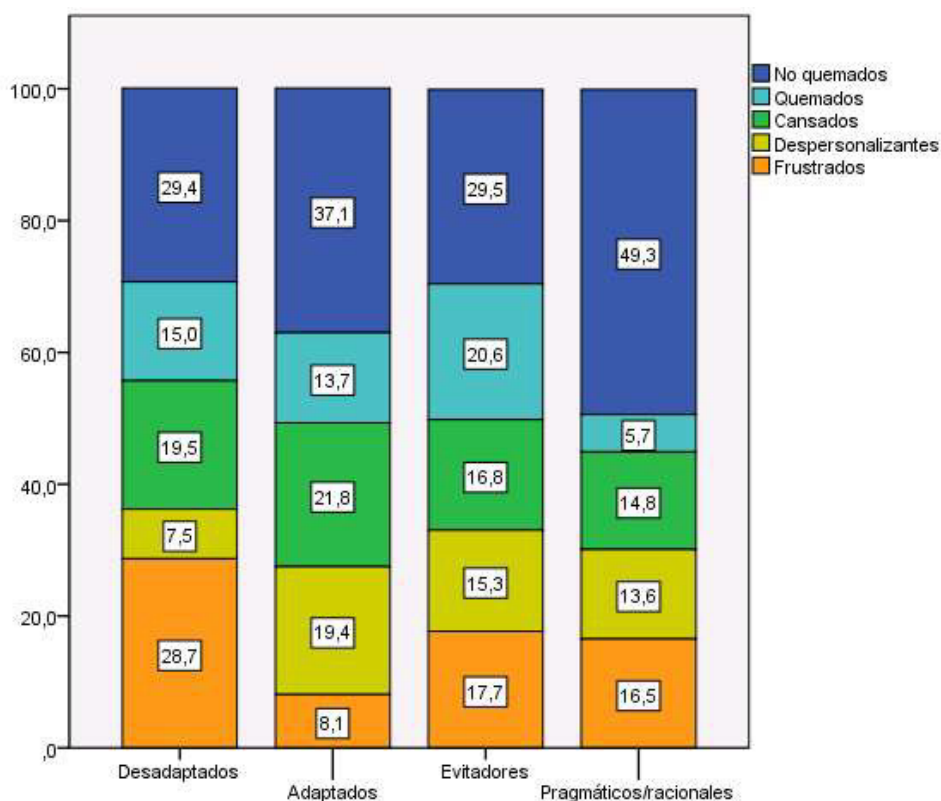
3.15.3.- CLUSTER POR AFRONTAMIENTO X CLUSTER DE SÍNDROME DE BURNOUT (CLASIFICACIÓN 2 X CLASIFICACIÓN 3)

1) Comparación intergrupos para ver si los grupos que se han formado en función de las puntuaciones obtenidas en las tres dimensiones que evalúan la estrategia de afrontamiento (Clasificación 2) difieren significativamente en las puntuaciones de los grupos del *Síndrome de Burnout* (Clasificación 3).

Con este análisis estadístico a través de los cluster calculados en el apartado anterior, se analiza la dependencia-independencia de los mismos. Las clasificaciones según estilo de afrontamiento y *Síndrome de Burnout* no son independientes: $\chi^2=111.33$, $P=0.000$.

Figura 22

Gráfico de Barras Apiladas con las Frecuencias Relativas (en Porcentaje) de los Grupos de la Clasificación 3 en cada uno de los Grupos de la Clasificación 2.



Se realizaron ANOVAs de una vía para la realización de comparaciones intergrupos. Las comparaciones post hoc se hicieron aplicando el ajuste de Bonferroni.

Existen diferencias estadísticamente significativas en las puntuaciones medias de las tres dimensiones del cuestionario MBI del *Síndrome de Burnout*:

- *Cansancio emocional* ($p < 0.001$), con un tamaño del efecto moderado (4.1%). Las puntuaciones de los integrantes de los clústeres 1 (desadaptados), 2 (adaptados) y 3 (evitadores) no difieren entre sí, pero son mayores que las de los integrantes del clúster 4 (pragmáticos/racionales).
- *Despersonalización* ($p < 0.001$), con un tamaño de efecto pequeño (3.4%). Las puntuaciones de los integrantes del clúster 3 (evitadores) son mayores

que las de los integrantes de los clústeres 1 (desadaptados) y 2 (adaptados), que no difieren entre sí, y estas son mayores que las de los integrantes del clúster 4 (pragmáticos/racionales).

- *Realización personal* ($p < 0.001$), con un tamaño de efecto moderado (7.7%). Las puntuaciones de los integrantes de los clústeres 2 (adaptados) y 4 (pragmáticos/racionales) no difieren entre sí y son mayores que las de los integrantes del clúster 3 (evitadores) y estas son mayores que las de los integrantes del clúster 1 (desadaptados), que son los que menos puntúan en esta dimensión.

Tabla 55

Diferencias de Medias en las Dimensiones del Cuestionario BMI de Síndrome de Burnout, en Función del Clúster de Afrontamiento

Dimensión	Clúster 1 □ (d.e)	Clúster 2 □ (d.e)	Clúster 3 □ (d.e)	Clúster 4 □ (d.e)	ANOVA de 1 factor		Tamaño del efecto (R ²)
					F	P	
Cansancio emocional	58.9 (20.8)	58.8 (20.5)	61.4 (19.3)	51.4 (19.0)	18.55	0.000	0.04
Despersonalización	33.8 (15.6)	34.8 (16.2)	38.4 (16.3)	30.9 (13.5)	15.05	0.000	0.03
Realización personal	78.1 (13.3)	87.0 (10.0)	81.1 (12.3)	85.6 (11.4)	36.08	0.000	0.07

Como se han encontrado diferencias significativas entre todos los grupos estudiados (clasificación de los cluster), y que no son independientes (Comparaciones intergrupos), vamos a ajustar modelos de regresión que permitan explicar las puntuaciones en las dimensiones. En el apartado de modelos predictivos se exponen los modelos de regresión que explican las puntuaciones en las dimensiones del cuestionario MBI-HSS del *Síndrome de Burnout*, en función de las dimensiones del cuestionario COPE-28 de afrontamiento.

3.16.- MODELOS PREDICTIVOS

A continuación, se ha procedido a tratar de construir diversos modelos predictivos. Para ello, se ha recurrido a los Modelos de Regresión lineal, tanto univariados como multivariantes. Es decir que en primer lugar se ha comprobado la capacidad predictiva de cada uno de los factores considerados de forma individual, para después construir modelos multivariantes con aquellos que fueron eficaces de manera univariante.

3.16.1.- PREDICCIÓN DEL AFRONTAMIENTO CENTRADO EN EL PROBLEMA DESDE LAS DIMENSIONES DE PERSONALIDAD.

La Tabla 56 confirmando los resultados expuestos en la 41 nos muestra que todas las variables de personalidad son posibles factores predictores ($p < .001$) de este tipo de *Afrontamiento centrado en el Problema*, siendo: *Responsabilidad* (efecto del 22.1%) y *Extroversión* (10%) los dos más eficaces.

Tabla 56

Regresión Lineal Univariante para el Afrontamiento Centrado en el Problema (COPE-28). Capacidad Predictiva, Individual, Ordenada de más a menos, de las Variables cada Dimensión de Personalidad (NEO FFI). (N=1363 Dentistas)

Factor predictor (VI)	Coef. B	IC 95% del Coef. B	Test de contraste		R Pearson	Tamaño del efecto: R ²
			Valor t	P-Valor		
RESPONSABILIDAD	0.80	0.72 / 0.88	19.65**	.000	.470	.221
EXTROVERSIÓN	0.45	0.38 / 0.52	12.31**	.000	.317	.100
NEUROTICISMO	-0.23	-0.29 / -0.18	-7.78**	.000	-.206	.043
APERTURA A LA EXPERIENCIA	0.28	0.20 / 0.36	6.86**	.000	.183	.033
CORDIALIDAD	0.28	0.19 / 0.37	5.87**	.000	.157	.025

** = Altamente significativo al 1% ($p < .01$)

Por tanto, todos ellos fueron incluidos en el modelo multivariante, cuyo resultado se presenta en la Tabla 57. Como se puede comprobar en ella, las dimensiones

Neuroticismo y *Cordialidad*, han sido excluidas al perder su significación ($p > .05$) desde la perspectiva múltiple. En consecuencia, el modelo está formado por las otras tres dimensiones, explicando de forma conjunta un elevado 26.8% de la variabilidad total del *Afrontamiento centrado en el Problema*:

- *Responsabilidad* ($B=0.70$; $p < .001$) que explica ya un elevado 22.1%
- *Extroversión* ($B=0.25$; $p < .001$) que añade un 3.7% al modelo para llegar hasta el 25.8%
- Y *Apertura a la experiencia* ($B=0.16$; $p < .001$) que suma el restante 1% al 26.8% total.

Tabla 57

Modelo de Regresión Lineal Multivariante para el Afrontamiento Centrado en el Problema (COPE-28). Factores Predictores: las Variables de las Dimensiones de Personalidad (NEO FFI). (N=1363 Dentistas)

<i>Factores incluidos</i> <i>Variables NEO FFI</i>	Coef. B	IC 95% de B	<i>Test de contraste</i>		R Parcial	R ² del modelo	Mejora en R ²
			<i>Valor t</i>	<i>P-Valor</i>			
RESPONSABILIDAD	0.70	0.62 / 0.78	17.05**	.000	.420	.221	.221
EXTROVERSIÓN	0.25	0.18 / 0.32	6.96**	.000	.185	.258	.037
APERTURA A LA EXPERIENCIA	0.16	0.08 / 0.23	4.30**	.000	.116	.268	.010
<i>Constante poblacional</i>	22.55	18.06 / 27.05	9.84**	.000	--	--	--
<i>Factores excluidos</i> <i>Variables NEO FFI</i>	Coef. B	IC 95% de B	<i>Test de contraste</i>		R Parcial	Índice de Tolerancia	
NEUROTICISMO	-0.04	-0.02 / 0.10	1.38 ^{NS}	.169	-.037	0.74	
CORDIALIDAD	0.03	-0.05 / 0.12	0.76 ^{NS}	.446	.021	0.84	

N.S. = NO significativo al 5% ($p > .05$) ** = Altamente significativo al 1% ($p < .01$)

3.16.2.- PREDICCIÓN DEL AFRONTAMIENTO CENTRADO EN LA EMOCIÓN DESDE LAS DIMENSIONES DE PERSONALIDAD.

El análisis univariante de los predictores del cuestionario de personalidad (Tabla 58) en total concordancia con lo anteriores resultados correlacionales (Tabla 47) nos indica que todas las variables, consideradas de forma individual, son predictores

eficaces de este tipo de afrontamiento, siendo la *Extroversión* (efecto del 9.4%) y la *Cordialidad* (8.0%) las dos principales.

Tabla 58

Regresión Lineal Univariante para el Afrontamiento Centrado en la Emoción (COPE-28). Capacidad Predictiva, Individual, Ordenada de más a menos, de las Variables cada Dimensión de Personalidad (NEO FFI). (N=1363 Dentistas)

Factor predictor (VI)	Coef. B	IC 95% del Coef. B	Test de contraste		R Pearson	Tamaño del efecto: R ²
			Valor t	P-Valor		
EXTROVERSIÓN	0.37	0.31 / 0.43	11.89**	.000	.307	.094
CORDIALIDAD	0.43	0.35 / 0.51	10.84**	.000	.282	.080
RESPONSABILIDAD	0.30	0.22 / 0.37	7.68**	.000	.204	.042
APERTURA A LA EXPERIENCIA	0.28	0.21 / 0.34	7.99**	.000	.212	.045
NEUROTICISMO	-0.13	-0.18 / 0.08	-4.86**	.000	-.131	.017

** = Altamente significativo al 1% (p<.01)

Durante la construcción del modelo multivariante se comprobó (Tabla 59) que todas ellas entran en un modelo que en conjunto tiene una eficacia en la reducción de errores de pronóstico de casi el 16% (15.8%). Los predictores construyen el modelo en este orden:

- *Extroversión* (B=0.25; p<.001) que explica ya un 9.4% del total
- *Cordialidad* (B=0.29; p<.001) que añade un 3.7% para llegar hasta el 13.1%
- *Responsabilidad* (B=0.19; p<.001) que suma un 1.3%
- *Apertura a la experiencia* (B=0.14; p<.001) que añade otro 1.1%
- Y finalmente *Neuroticismo* (B=0.06; p<.05) que apenas suma un 0.7%, con lo que se alcanza el citado 15.8% de variabilidad explicada.

Tabla 59

Modelo de Regresión Lineal Multivariante para el Afrontamiento Centrado en la Emoción (COPE-28).

Factores Predictores: las Variables de las Dimensiones de Personalidad (NEO FFI). (N=1363 Dentistas)

Factores incluidos Variables NEO FFI	Coef. B	IC 95% de B	Test de contraste		R Parcial	R ² del modelo	Mejora en R ²
			Valor t	P- Valor			
EXTROVERSIÓN	0.25	0.18 / 0.32	7.01**	.000	.187	.094	.094
CORDIALIDAD	0.29	0.21 / 0.37	7.00**	.000	.187	.131	.037
RESPONSABILIDAD	0.19	0.11 / 0.27	4.69**	.000	.126	.144	.013
APERTURA A LA EXPERIENCIA	0.14	0.08 / 0.21	4.22**	.000	.114	.155	.011
NEUROTICISMO	0.06	0.00 / 0.12	2.07 *	.000	.056	.158	.007
Constante poblacional	17.69	11.48 / 23.91	5.58**	.000	--	--	--

* = Significativo al 5% (p<.05)

** = Altamente significativo al 1% (p<.01)

3.16.3.- PREDICCIÓN DEL AFRONTAMIENTO EVITATIVO DESDE LAS DIMENSIONES DE PERSONALIDAD.

Los resultados univariantes (Tabla 60) en concordancia con los anteriores estudios correlacionales, nos llevan a concluir que ya en forma univariante aparece un factor, la *Extroversión*, que no es significativamente eficaz (p>.05) para predecir al *Afrontamiento Evitativo*. Los cuatro restantes sí que los son (p<.001) y por tanto serán incluidos en el proceso de creación del modelo multivariante.

Tabla 60

Regresión Lineal Univariante para el Afrontamiento Evitativo (COPE-28). Capacidad Predictiva, Individual, Ordenada de más a menos, de las Variables cada Dimensión de Personalidad (NEO FFI). (N=1363 Dentistas)

Factor predictor (VI)	Coef. B	IC 95% del Coef. B	Test de contraste		R Pearson	Tamaño del efecto: R ²
			Valor t	P-Valor		
NEUROTICISMO	0.34	0.30 / 0.38	16.56**	.000	.410	.168
CORDIALIDAD	-0.23	-0.30 / -0.16	-6.66**	.000	-.178	.032
RESPONSABILIDAD	-0.18	-0.24 / -0.11	-5.26**	.000	-.141	.020
APERTURA A LA EXPERIENCIA	0.16	0.10 / 0.21	5.23**	.000	.140	.020
EXTROVERSIÓN	-0.03	-0.08 / 0.02	-1.08 ^{NS}	.279	-.029	.001

N.S. = NO significativo al 5% (p>.05) ** = Altamente significativo al 1% (p<.01)

El modelo multivariante resultante (Tabla 61) excluye a la *Responsabilidad* (p>.05) y mantiene la eficacia, ahora ya conjunta, de las otras tres dimensiones de personalidad, *Neuroticismo*, *Cordialidad* y *Apertura a la Experiencia*. Entre todas ellas, se logra explicar un elevado 19.4%, siendo por orden:

- *Neuroticismo* (B=0.31; p<.001) con una eficacia del 16.8% en la reducción de errores,
- *Apertura a la experiencia* (B=0.17; p<.001) que suma un 1.9% a esa eficacia
- Y *Cordialidad* (B=-0.12, p<=.001) que añade el 0.7% restante para llegar al 19.4% citado.

Tabla 61

Modelo de Regresión Lineal Multivariante para el Afrontamiento Evitativo (COPE-28). Factores Predictores: las Variables de las Dimensiones de Personalidad (NEO FFI). (N=1363 Dentistas)

Factores incluidos Variables NEO FFI	Coef. B	IC 95% de B	Test de contraste		R Parcial	R ² del modelo	Mejora en R ²
			Valor t	P- Valor			
NEUROTICISMO	0.31	0.27 / 0.36	14.85**	.000	.374	.168	.168
APERTURA A LA EXPERIENCIA	0.17	0.12 / 0.23	6.27**	.000	.168	.187	.019
CORDIALIDAD	-0.12	-0.18 / -0.05	-3.47**	.001	-.094	.194	.007
Constante poblacional	36.24	32.49 / 39.99	18.96**	.000	--	--	--

Factores excluidos Variables NEO FFI	Coef. B	IC 95% de B	Test de contraste		R Parcial	Índice de Tolerancia
			Valor t	P- Valor		
RESPONSABILIDAD	0.02	-0.05 / 0.08	0.56 ^{NS}	.579	.015	0.83

N.S. = NO significativo al 5% (p>.05) ** = Altamente significativo al 1% (p<.01)

3.16.4.- PREDICCIÓN DEL CANSANCIO EMOCIONAL DESDE LAS DIMENSIONES DE PERSONALIDAD.

Los resultados univariantes (Tabla 62) nos llevan a concluir que el factor, *Apertura a la experiencia*, no es significativo (p>.05) para predecir el *Cansancio emocional* presente en el *Síndrome de Burnout*. Los cuatro restantes sí lo son (p<.001) y por tanto serán incluidos en el proceso de creación del modelo multivariante.

Tabla 62

Regresión Lineal Univariante para el Cansancio Emocional (MBI). Capacidad Predictiva, Individual, Ordenada de más a menos, de las Variables cada Dimensión de Personalidad (NEO FFI). (N=1298 Dentistas)

Factor predictor (VI)	Coef. B	IC 95% del Coef. B	Test de contraste		R Pearson	Tamaño del efecto: R ²
			Valor t	P-Valor		
NEUROTICISMO	1.39	1.30 / 1.49	29.41**	.000	.633	.400
EXTROVERSIÓN	-1.09	-1.22 / -0.95	-15.46**	.000	-.395	.156
CORDIALIDAD	-0.92	-1.10 / -0.74	-9.96**	.000	-.267	.071
RESPONSABILIDAD	-0.63	-0.81 / -0.45	-6.92**	.000	-.189	.036
APERTURA A LA EXPERIENCIA	-0.11	-0.27 / 0.05	-1.35 ^{NS}	.177	-.038	.001

N.S. = NO significativo al 5% (p>.05) ** = Altamente significativo al 1% (p<.01)

El modelo multivariante resultante (Tabla 63) excluye a la *Cordialidad* ($p > .05$) y mantiene la eficacia, ahora ya conjunta, de las otras tres dimensiones de personalidad. Entre todas ellas, se logra explicar un elevado 42.9%, del *Cansancio emocional* siendo por orden:

- *Neuroticismo* ($B=1.32$; $p < .001$) con una eficacia del 40.0% en la reducción de errores,
- *Extroversión* ($B=-0.48$; $p < .001$) que suma un 2.2% a esa eficacia
- Y *Responsabilidad* ($B=-0.31$, $p < .001$) que añade el 0.7% restante para llegar al 42.9% citado.

Tabla 63

Modelo de Regresión Lineal Multivariante para el Cansancio Emocional (MBI). Factores Predictores: las Variables de las Dimensiones de Personalidad (NEO FFI). (N=1298 Dentistas)

Factores incluidos Variables NEO FFI	Coef. B	IC 95% de B	Test de contraste		R Parcial	R ² del modelo	Mejora en R ²
			Valor t	P- Valor			
NEUROTICISMO	1.32	1.21 / 1.42	24.57**	.000	.564	.400	.400
EXTROVERSIÓN	-0.48	-0.60 / -0.35	-7.48**	.000	-.204	.422	.022
RESPONSABILIDAD	0.31	0.16 / 0.46	4.05**	.000	.112	.429	.007
Constante poblacional	17.59	7.34 / 27.85	3.37**	.001	--	--	--

Factores excluidos Variables NEO FFI	Coef. B	IC 95% de B	Test de contraste		R Parcial	Índice de Tolerancia
			Valor t	P- Valor		
CORDIALIDAD	-0.14	-0.30 / 0.01	-1.81 †	.071	-.050	0.85

† = Casi significativo ($p < .100$) ** = Altamente significativo al 1% ($p < .01$)

3.16.5.- PREDICCIÓN DE LA DESPERSONALIZACIÓN DESDE LAS DIMENSIONES DE PERSONALIDAD.

Los resultados univariantes (Tabla 64) muestran que la *Apertura a la experiencia* no es significativo ($p > .05$) para predecir la *Despersonalización* presente en el *Síndrome*

de *Burnout*. Los cuatro restantes sí que los son ($p < .001$) y por tanto serán incluidos en el proceso de creación del modelo multivariante.

Tabla 64

Regresión Lineal Univariante para la Despersonalización (MBI). Capacidad Predictiva, Individual, Ordenada de más a menos, de las Variables cada Dimensión de Personalidad (NEO FFI). (N=1298 Dentistas)

Factor predictor (VI)	Coef. B	IC 95% del Coef. B	Test de contraste		R Pearson	Tamaño del efecto: R ²
			Valor t	P-Valor		
NEUROTICISMO	0.64	0.56 / 0.73	14.82**	.000	.381	.145
CORDIALIDAD	-0.94	-1.07 / -0.80	-13.67**	.000	-.355	.126
EXTROVERSIÓN	-0.66	-0.76 / 0.54	-11.71**	.000	-.309	.096
RESPONSABILIDAD	-0.37	-0.51 / -0.23	-5.25**	.000	-.144	.021
APERTURA A LA EXPERIENCIA	-0.10	-0.22 / 0.03	-1.54 ^{NS}	.123	-.043	.002

N.S. = NO significativo al 5% ($p > .05$) ** = Altamente significativo al 1% ($p < .01$)

El modelo multivariante resultante (Tabla 65) excluye a la *Responsabilidad* ($p > .05$) y mantiene al *Neuroticismo*, *Extroversión* y *Responsabilidad* como predictores en el modelo. Entre todas ellas, se logra explicar un moderado 21.8%, de la *Despersonalización* siendo por orden:

- *Neuroticismo* ($B=0.43$; $p < .001$) con una eficacia del 14.5% en la reducción de errores,
- *Extroversión* ($B= -0.61$; $p < .001$) que suma un 6.1% a esa eficacia
- Y *Responsabilidad* ($B=-0.27$, $p < .001$) que añade el 1.2% restante para llegar al 21.8%.

Tabla 65

Modelo de Regresión Lineal Multivariante para la Despersonalización (MBI). Factores Predictores: las Variables de las Dimensiones de Personalidad (NEO FFI). (N=1298 Dentistas)

Factores incluidos Variables NEO FFI	Coef. B	IC 95% de B	Test de contraste		R Parcial	R ² del modelo	Mejora en R ²
			Valor t	P-Valor			
NEUROTICISMO	0.43	0.34 / 0.52	9.26**	.000	.249	.145	.145
CORDIALIDAD	-0.61	-0.75 / -0.47	-8.67**	.000	-.234	.206	.061
EXTROVERSIÓN	-0.27	-0.38 / -0.15	-4.54**	.000	-.125	.218	.012
Constante poblacional	56.06	47.69 / 64.43	13.14**	.000	--	--	--

Factores excluidos Variables NEO FFI	Coef. B	IC 95% de B	Test de contraste		R Parcial	Índice de Tolerancia
			Valor t	P-Valor		
RESPONSABILIDAD	0.10	-0.04 / 0.23	1.40 ^{NS}	.161	.039	0.83

N.S. = NO significativo al 5% (p>.05) ** = Altamente significativo al 1% (p<.01)

3.16.6.- PREDICCIÓN DE LA REALIZACIÓN PERSONAL DESDE LAS DIMENSIONES DE PERSONALIDAD.

Los resultados univariantes (Tabla 66) muestran que los cinco factores de la personalidad estudiados predicen de forma significativa (p<.001) la *Realización personal* presente en el *Síndrome de Burnout*, por lo tanto, serán incluidos en el modelo multivariante de regresión.

Tabla 66

Regresión Lineal Univariante para la Realización Personal (MBI). Capacidad Predictiva, Individual, Ordenada de más a menos, de las Variables cada Dimensión de Personalidad (NEO FFI). (N=1298 Dentistas)

Factor predictor (VI)	Coef. B	IC 95% del Coef. B	Test de contraste		R Pearson	Tamaño del efecto: R ²
			Valor t	P-Valor		
NEUROTICISMO	-0.68	-0.75 / -0.62	-21.22**	.000	-.508	.258
EXTROVERSIÓN	0.79	0.71 / 0.87	19.22**	.000	.471	.222
RESPONSABILIDAD	0.65	0.55 / 0.76	12.23**	.000	.322	.103
CORDIALIDAD	0.56	0.45 / 0.67	9.98**	.000	.267	.071
APERTURA A LA EXPERIENCIA	0.34	0.25 / 0.44	6.98**	.000	.190	.036

** = Altamente significativo al 1% (p<.01)

El modelo multivariante resultante (Tabla 67) excluye a la *Cordialidad* ($p > .05$) y mantiene a *Neuroticismo*, *Extroversión*, *Apertura a la Experiencia* y *Responsabilidad* como predictores en el modelo. Entre todas ellas, se consigue explicar un moderado 36.3%, de la *Realización personal* siendo por orden:

- *Neuroticismo* ($B = -0.48$; $p < .001$) con una eficacia del 25.8% en la reducción de errores,
- *Extroversión* ($B = 0.45$; $p < .001$) que suma un 8.2% a esa eficacia
- *Apertura a la experiencia* ($B = 0.22$; $p < .001$) que suma un 1.5% a esa eficacia
- *Responsabilidad* ($B = 0.20$, $p < .001$) que añade el 0.8% restante para llegar al 36.3%.

Tabla 67

Modelo de Regresión Lineal Multivariante para la Realización Personal (MBI). Factores Predictores: las Variables de las Dimensiones de Personalidad (NEO FFI). (N=1298 Dentistas)

Factores incluidos Variables NEO FFI	Coef. B	IC 95% de B	Test de contraste		R Parcial	R ² del modelo	Mejora en R ²
			Valor t	P-Valor			
NEUROTICISMO	-0.48	-0.55 / -0.42	-13.91**	.000	-.361	.258	.258
EXTROVERSIÓN	0.45	0.36 / 0.53	10.46**	.000	.279	.340	.082
APERTURA A LA EXPERIENCIA	0.22	0.14 / 0.30	5.20**	.000	.143	.355	.015
RESPONSABILIDAD	0.20	0.10 / 0.30	3.98**	.000	.110	.363	.008
Constante poblacional	63.65	56.78 / 70.51	18.19**	.000	--	--	--

Factores excluidos Variables NEO FFI	Coef. B	IC 95% de B	Test de contraste		R Parcial	Índice de Tolerancia
			Valor t	P-Valor		
CORDIALIDAD	0.06	-0.04 / 0.16	1.12 ^{NS}	.263	.031	0.83

N.S. = NO significativo al 5% ($p > .05$)

** = Altamente significativo al 1% ($p < .01$)

3.16.7.- PREDICCIÓN DEL *CANSANCIO EMOCIONAL* DESDE LAS DIMENSIONES Y SUBESCALAS DE AFRONTAMIENTO.

Los resultados univariantes (Tabla 68) muestran que las tres estrategias de afrontamiento obtenidas del cuestionario Brief Cope Inventory (COPE-28) predicen de forma significativa ($p < .05$) el *Cansancio emocional*, por lo tanto, serán incluidos en el modelo multivariante de regresión.

Tabla 68

Regresión Lineal Univariante para el Cansancio Emocional (MBI). Capacidad Predictiva, Individual, Ordenada de más a menos, de las Variables cada Dimensión de los Tipos de Afrontamiento (COPE-28). (N=1298 Dentistas)

Factor predictor (VI)	Coef. B	IC 95% del Coef. B	Test de contraste		R Pearson	Tamaño del efecto: R²
			Valor t	P-Valor		
ESTRAT. DE EVITACIÓN	0.91	0.77 / 1.05	13.03**	.000	.340	.116
EST. CENT. EN EL PROBLEMA	-0.17	-0.27 / -0.06	-3.10**	.002	-.086	.007
EST. CENT. EN LA EMOCIÓN	-0.19	-0.32 / -0.07	-3.08**	.002	-.085	.007

** = Altamente significativo al 1% ($p < .01$)

El modelo multivariante resultante (Tabla 69) mantiene los tres tipos de afrontamiento como variables predictoras en el modelo de *Cansancio emocional*. Entre todas ellas, se logra explicar un moderado 15.5%, del *Cansancio emocional* siendo por orden de importancia:

- *Estrategias de Evitación* (B= 1.06; $p < .001$) con una capacidad predictora del 11.6%
- *Estrategias centradas en la Emoción* (B= 0.45; $p < .001$) que suma un 3.4% a esa eficacia
- Y *Estrategias centradas en el Problema* (B= 0.22; $p < .05$) que suma un 0.5% a esa eficacia para llegar a un total del 15.5%

Tabla 69

Modelo de Regresión Lineal Multivariante para el Cansancio Emocional (MBI). Factores Predictores: las Variables de las Dimensiones de los Tipos de Afrontamiento (COPE-28). (N=1298 Dentistas)

Factores incluidos Variables COPE-28	Coef. B	IC 95% de B	Test de contraste		R Parcial	R ² del modelo	Mejora en R ²
			Valor t	P-Valor			
ESTRAT. DE EVITACIÓN	1.06	0.92 / 1.20	14.91**	.000	.383	.116	.116
EST. CENT. EN LA EMOCIÓN	-0.35	-0.48 / -0.22	-5.16**	.000	-.142	.150	.034
EST. CENT. EN EL PROBLEMA	-0.16	-0.27 / -0.05	-2.78**	.006	-.077	.155	.005
Constante poblacional	36.15	27.02 / 45.27	7.77**	.000	--	--	--

** = Altamente significativo al 1% (p<.01)

Los resultados univariantes (Tabla 70) muestran que las tres subescalas del Afrontamiento centrado en el Problema predicen de forma significativa (p<.05) el Cansancio emocional (MBI), por lo tanto, serán incluidos en el modelo multivariante de regresión.

Tabla 70

Regresión Lineal Univariante para el Cansancio Emocional (MBI). Capacidad Predictiva, Individual, Ordenada de más a menos, de las Variables de cada Subescala del Afrontamiento Centrado en el Problema (COPE-28). (N=1298 Dentistas)

Factor predictor (VI)	Coef. B	IC 95% del Coef. B	Test de contraste		R Pearson	Tamaño del efecto: R ²
			Valor t	P-Valor		
AFRONTAMIENTO ACTIVO	-3.14	-4.08 / -2.20	-6.56**	.000	-.179	.032
PLANIFICACIÓN	-1.22	-2.13 / -0.32	-2.66**	.000	-.074	.005
APOYO INSTRUMENTAL O SOCIAL	1.29	0.32 / 2.26	2.61**	.009	.072	.005

** = Altamente significativo al 1% (p<.01)

El modelo multivariante resultante (Tabla 71) mantiene como variables predictoras altamente significativas el afrontamiento activo y el apoyo instrumental o

social del *Cansancio emocional* existente en el *Síndrome de Burnout*. Entre todas ellas, se logra explicar un 4.3%, del *Cansancio emocional* siendo por orden de importancia:

- *Estrategias de Evitación* (B= 3.45; p<.001) con una capacidad predictora del 3.2%
- *Estrategias centradas en la Emoción* (B= 1.88; p<.001) que suma un 1.1% a esa eficacia para llegar a un total del 4.3%

Tabla 71

Modelo de Regresión Lineal Multivariante para el Cansancio Emocional (MBI). Factores Predictores: las Variables de las Subescalas del Afrontamiento Centrado en el Problema (COPE-28). (N=1298 Dentistas)

<i>Factores incluidos Variables COPE-28</i>	Coef. B	IC 95% de B	<i>Test de contraste</i>			R ² del modelo	Mejora en R ²
			<i>Valor t</i>	<i>P-Valor</i>	R Parcial		
AFRONTAMIENTO ACTIVO	-3.45	-4.40 / -2.50	-7.14**	.000	-.194	.032	.032
APOYO INSTRUMENTAL O SOCIAL	1.88	0.91 / 2.84	3.80**	.000	.105	.043	.011
<i>Constante poblacional</i>	65.58	62.54 / 76.62	19.40**	.000	--	--	--
<i>Factores excluidos Variables COPE-28</i>	Coef. B	IC 95% de B	<i>Test de contraste</i>			Índice de Tolerancia	
			<i>Valor t</i>	<i>P-Valor</i>	R Parcial		
PLANIFICACIÓN	0.56	-0.49 / 1.62	1.05 ^{NS}	.294	.029	0.71	

N.S. = NO significativo al 5% (p>.05)

** = Altamente significativo al 1% (p<.01)

Los resultados univariantes (Tabla 72) muestran que las tres subescalas del *Afrontamiento centrado en la Emoción* predicen de forma significativa (p<.001) el *Cansancio emocional* (MBI), por lo tanto, serán incluidos en el modelo multivariante de regresión. Estas variables son: Reinterpretación positiva, Negación y Aceptación.

Tabla 72

Regresión Lineal Univariante para el Cansancio Emocional (MBI). Capacidad Predictiva, Individual, Ordenada de más a menos, de las Variables de cada Subescala del Afrontamiento Centrado en la Emoción (COPE-28). (N=1298 Dentistas)

Factor predictor (VI)	Coef. B	IC 95% del Coef. B	Test de contraste		R Pearson	Tamaño del efecto: R ²
			Valor t	P-Valor		
REINTERPRETACIÓN POSITIVA	-2.94	-3.72 / -2.15	-7.34**	.000	-.200	.040
NEGACIÓN	3.81	2.62 / 5.01	6.27**	.000	.171	.029
ACEPTACIÓN	-2.37	-3.30 / -1.44	-4.99**	.000	.137	.019
USO DEL APOYO EMOCIONAL	-0.27	-1.07 / 0.53	-0.66 ^{NS}	.509	-.018	.000
RELIGIÓN	0.01	-0.70 / 0.72	0.02 ^{NS}	.982	.001	.000

N.S. = NO significativo al 5% (p>.05) ** = Altamente significativo al 1% (p<.01)

El modelo multivariante resultante (Tabla 73) mantiene como variables predictoras altamente significativas el afrontamiento activo y el apoyo instrumental o social del *Cansancio emocional* existente en el *Síndrome de Burnout*. Entre todas ellas, se logra predecir un 7.0%, del *Cansancio emocional* siendo por orden:

- Reinterpretación Positiva (B= -2.95; p<.001) con una capacidad predictora del 4.0%
- Negación (B= 3.83; p<.001) que suma un 3.0% a esa eficacia para llegar a 7.0%

Tabla 73

Modelo de Regresión Lineal Multivariante para el Cansancio Emocional (MBI). Factores Predictores: las Variables de las Subescalas del Afrontamiento Centrado en la Emoción (COPE-28). (N=1298 Dentistas)

Factores incluidos Variables COPE-28	Coef. B	IC 95% de B	Test de contraste		R Parcial	R ² del modelo	Mejora en R ²
			Valor t	P-Valor			
REINTERPRETACIÓN POSITIVA	-2.95	-3.72 / -2.18	-7.49**	.000	-.204	.040	.040
NEGACIÓN	3.83	2.66 / 5.00	6.44**	.000	.176	.070	.030
Constante poblacional	62.02	56.80 / 67.24	23.31**	.000	--	--	--
Factores excluidos Variables COPE-28	Coef. B	IC 95% de B	Test de contraste		R Parcial	Índice de Tolerancia	
ACEPTACIÓN	-0.31	-1.34 / 0.72	-0.59 ^{NS}	.554	-.016	0.78	

N.S. = NO significativo al 5% (p>.05) ** = Altamente significativo al 1% (p<.01)

Los resultados univariantes (Tabla 74) muestran que todas las subescalas del *Afrontamiento Evitativo* predicen de forma significativa ($p < .05$) el *Cansancio emocional*, por lo tanto, serán incluidos en el modelo multivariante de regresión.

Tabla 74

Regresión Lineal Univariante para el Cansancio Emocional (MBI). Capacidad Predictiva, Individual, Ordenada de más a menos, de las Variables de cada Subescala del Afrontamiento Evitativo (COPE-28). (N=1298 Dentistas)

Factor predictor (VI)	Coef. B	IC 95% del Coef. B	Test de contraste		R Pearson	Tamaño del efecto: R ²
			Valor t	P-Valor		
AUTOINCULPACIÓN	5.82	4.98 / 6.65	13.70**	.000	.356	.126
DESCONEXIÓN CONDUCTUAL	5.02	3.83 / 6.22	8.25**	.000	.223	.050
DESAHOGO	3.57	2.66 / 4.48	7.68**	.000	.209	.044
USO DE SUSTANCIAS	4.29	3.16 / 5.42	7.46**	.000	.203	.041
AUTODISTRACCIÓN	2.80	1.96 / 3.63	6.58**	.000	.180	.032
HUMOR	-0.82	-1.61 / -0.03	-2.04 *	.041	-.057	.003

* = Significativo al 5% ($p < .05$)

** = Altamente significativo al 1% ($p < .01$)

El modelo multivariante resultante (Tabla 75) mantiene como variables predictoras del *Cansancio emocional* todas las subescalas del *Afrontamiento Evitativo*. Entre todas ellas, se logra predecir un moderado 21.4%, del *Cansancio emocional* siendo por orden:

- Autoinculpación (B= 4.70; $p < .001$) con una capacidad predictora del 12.6%
- Desconexión Conductual (B= 3.60; $p < .001$) que suma un 3.4% a esa eficacia
- Desahogo (B= 2.27; $p < .001$) con una capacidad predictora del 1.8%
- Uso de sustancias (B= 2.75; $p < .001$) con una capacidad predictora del 1.6%
- Humor (B= -1.78; $p = .001$) con una capacidad predictora del 1.3%
- Autodistracción (B= 1.15; $p = .001$) con una capacidad predictora del 0.5%

Tabla 75

Modelo de Regresión Lineal Multivariante para el Cansancio Emocional (MBI). Factores Predictores: las Variables de las Subescalas del Afrontamiento Evitativo (COPE-28). (N=1298 Dentistas)

Factores incluidos Variables COPE-28	Coef. B	IC 95% de B	Test de contraste		R Parcial	R ² del modelo	Mejora en R ²
			Valor t	P- Valor			
AUTOINCUPLICACIÓN	4.70	3.86 / 5.55	10.96**	.000	.292	.126	.126
DESCONEXIÓN CONDUCTUAL	3.60	2.48 / 4.69	6.37**	.000	.175	.160	.034
DESAHOGO	2.27	1.41 / 3.13	5.19**	.000	.143	.178	.018
USO DE SUSTANCIAS	2.75	1.70 / 3.80	5.12**	.000	.141	.194	.016
HUMOR	-1.78	-2.52 / -1.08	-4.91**	.000	-.135	.207	.013
AUTODISTRACCION	1.15	0.36 / 1.94	2.86**	.001	.079	.212	.005
<i>Constante poblacional</i>	10.57	4.11 / 17.04	3.21**	.001	--	--	--

N.S. = NO significativo al 5% (p>.05) ** = Altamente significativo al 1% (p<.01)

3.16.8.- PREDICCIÓN DE LA DESPERSONALIZACIÓN DESDE LAS DIMENSIONES Y SUBESCALAS DE AFRONTAMIENTO.

Los resultados univariantes (Tabla 76) muestran que dos dimensiones (*Estrategias de Evitación y Estrategias de Afrontamiento centradas en el Problema*) de afrontamiento predicen de forma significativa (p<.05). En cuanto a la *Estrategia centrada en la Emoción* se puede decir que es casi-significativo (p<.10). Al hacer modelo multivariante, los variables independientes que son casi-significativos se meten en el modelo de regresión multivariante para ver sí con las interacciones que puedan tener con otras variables independientes, pueden entrar o no en el modelo de forma significativa.

Tabla 76

Regresión Lineal Univariante para la Despersonalización (MBI). Capacidad Predictiva, Individual, Ordenada de más a menos, de las Variables cada Dimensión de los Tipos de Afrontamiento (COPE-28). (N=1298 Dentistas)

Factor predictor (VI)	Coef. B	IC 95% del Coef. B	Test de contraste		R Pearson	Tamaño del efecto: R ²
			Valor t	P-Valor		
ESTRAT. DE EVITACIÓN	0.67	0.56 / 0.78	12.44**	.000	.327	.107
EST. CENT. EN EL PROBLEMA	-0.09	-0.17 / -0.01	-2.18 *	.029	-.060	.004

EST. CENT. EN LA EMOCIÓN	-0.09	-0.19 / 0.00	-1.98 †	.055	-.053	.003
---------------------------------	-------	--------------	---------	------	-------	------

† = Casi significativo (p<.100) * = Significativo al 5% (p<.05) ** = Altamente significativo al 1%

(p<.01)

El modelo multivariante resultante (Tabla 77) mantiene como variables predictoras del *Cansancio emocional* todas las subescalas del *Afrontamiento Evitativo*, también la *Estrategia centrada en la Emoción*, que era casi-significativo en el modelo univariante. Entre todas ellas, se logra predecir un discreto 13.2%, de la *Despersonalización* siendo por orden:

- *Estrategia de Evitación* (B= 0.76; p<.001) con una capacidad predictora del 10.7%
- *Estrategia centrada en la Emoción* (B= -0.21; p<.001) que suma un 2.2% a esa eficacia
- *Estrategia centrada en el Problema* (B= -0.10; p<.05) con una capacidad predictora del 0.3%

Tabla 77

Modelo de Regresión Lineal Multivariante para la Despersonalización (MBI). Factores Predictores: las Variables de las Dimensiones de los Tipos de Afrontamiento (COPE). (N=1298 Dentistas)

Factores incluidos Variables COPE-28	Coef. B	IC 95% de B	Test de contraste		R Parcial	R² del modelo	Mejora en R²
			Valor t	P-Valor			
ESTRAT. DE EVITACIÓN	0.76	0.66 / 0.87	13.79**	.000	.358	.107	.107
EST. CENT. EN LA EMOCIÓN	-0.21	-0.32 / -0.11	-4.04**	.000	-.112	.129	.022
EST. CENT. EN EL PROBLEMA	-0.10	-0.19 / -0.01	-2.25 *	.024	-.062	.132	.003
<i>Constante poblacional</i>	15.99	8.88 / 23.11	4.41**	.000	--	--	--

* = Significativo al 5% (p<.05)

** = Altamente significativo al 1% (p<.01)

Según muestra la Tabla 78, encontramos un único predictor significativo (p<.001) de la *Despersonalización* que es el *Afrontamiento activo* (subescala del *Afrontamiento*

centrado en el Problema). Dicha variable es capaz de predecir por sí misma un 12.5%. Por lo tanto, no hay modelo multivariante.

Tabla 78

Regresión Lineal Univariante para la Despersonalización (MBI). Capacidad Predictiva, Individual, Ordenada de más a menos, de las Variables de cada Subescala del Afrontamiento Centrado en el Problema (COPE-28). (N=1298 Dentistas)

Factor predictor (VI)	Coef. B	IC 95% del Coef. B	Test de contraste		R Pearson	Tamaño del efecto: R ²
			Valor t	P-Valor		
AFRONTAMIENTO ACTIVO	-1.69	-2.42 / -0.96	-4.54**	.000	-.125	.016
PLANIFICACIÓN	-0.38	-1.08 / 0.31	-1.08 NS	.282	-.030	.001
APOYO INSTUMENTAL O SOCIAL	0.36	-0.39 / 1.11	0.93 NS	.352	.026	.001

N.S. = NO significativo al 5% (p>.05) ** = Altamente significativo al 1% (p<.01)

Los resultados univariantes (Tabla 79) muestran que la única variable de las subescalas del *Afrontamiento centrado en la Emoción* que no predicen de forma significativa (p<.05) la *Despersonalización*, es el uso del apoyo emocional. Por lo tanto, el resto de subescalas serán incluidas en el modelo multivariante de regresión.

Tabla 79

Regresión Lineal Univariante para la Despersonalización (MBI). Capacidad Predictiva, Individual, Ordenada de más a menos, de las Variables de cada Subescala del Afrontamiento Centrado en la Emoción (COPE-28). (N=1298 Dentistas)

Factor predictor (VI)	Coef. B	IC 95% del Coef. B	Test de contraste		R Pearson	Tamaño del efecto: R ²
			Valor t	P-Valor		
NEGACIÓN	2.62	1.70 / 3.54	5.59**	.000	.153	.024
REINTERPRETACIÓN POSITIVA	-1.41	-2.02 / -0.80	-4.51**	.000	-.124	.015
ACEPTACIÓN	-0.86	-1.58 / -0.14	-2.33 *	.020	-.065	.004
RELIGIÓN	-0.60	-1.14 / -0.05	-2.15 *	.032	-.060	.00
USO DEL APOYO EMOCIONAL	0.08	-0.54 / 0.69	0.24 NS	.809	.007	.000

N.S. = NO significativo al 5% (p>.05) ** = Altamente significativo al 1% (p<.01)

El modelo multivariante resultante excluye como variable predictora de la *Despersonalización* la subescala de Aceptación, perteneciente al *Afrontamiento*

centrado en la Emoción, según muestra la Tabla 80. Tanto la Negación, como la Reinterpretación positiva y la Religión son subescalas predictoras significativas ($p < .05$). Entre todas ellas, se logra predecir un bajo 4.3%, de la *Despersonalización* siendo por orden:

- Negación ($B = 2.78$; $p < .001$) con una capacidad predictora del 2.4%
- Reinterpretación Positiva ($B = -1.28$; $p < .001$) que suma un 1.5% a esa eficacia
- Religión ($B = -0.60$; $p = .032$) con una capacidad predictora del 0.4%

Tabla 80

Modelo de Regresión Lineal Multivariante para la Despersonalización (MBI). Factores Predictores: las Variables de las Subescalas del Afrontamiento Centrado en la Emoción (COPE-28). (N=1298 Dentistas)

<i>Factores incluidos</i> <i>Variables COPE-28</i>	Coef. B	IC 95% de B	<i>Test de contraste</i>		R Parcial	R ² del modelo	Mejora en R ²
			Valor t	P-Valor			
NEGACIÓN	2.78	1.86 / 3.70	5.91**	.000	.162	.024	.024
REINTERPRETACIÓN POSITIVA	-1.28	-1.90 / -0.67	-4.10**	.000	-.113	.039	.015
RELIGIÓN	-0.60	-1.16 / -0.05	-2.15 *	.032	-.060	.043	.004
<i>Constante poblacional</i>	35.45	31.28 / 39.63	16.65**	.000	--	--	--
<i>Factores excluidos</i> <i>Variables COPE-28</i>	Coef. B	IC 95% de B	<i>Test de contraste</i>		R Parcial	Índice de Tolerancia	
			Valor t	P-Valor			
ACEPTACIÓN	0.41	-0.40 / 1.21	0.99 ^{NS}	.321	.028	0.78	

N.S. = NO significativo al 5% ($p > .05$) ** = Altamente significativo al 1% ($p < .01$)

Los resultados univariantes de las subescalas de *Afrontamiento Evitativo* para predecir la *Despersonalización* muestran que todas las variables predicen de forma significativa ($p < .05$) el modelo (Tabla 81). Por lo tanto, todas las subescalas del *Afrontamiento Evitativo* serán incluidas en el modelo multivariante de regresión.

Tabla 81

Regresión Lineal Univariante para la Despersonalización (MBI). Capacidad Predictiva, Individual, Ordenada de más a menos, de las Variables de cada Subescala del Afrontamiento Evitativo (COPE-28). (N=1298 Dentistas)

Factor predictor (VI)	Coef.	IC 95% del	Test de contraste		R	Tamaño del
	B	Coef. B	Valor t	P-Valor	Pearson	efecto: R²
AUTOINCULPACIÓN	2.93	2.26 / 3.59	8.61**	.000	.233	.054
USO DE SUSTANCIAS	3.35	2.48 / 4.21	7.56**	.000	.206	.042
DESCONEXIÓN CONDUCTUAL	3.40	2.48 / 4.32	7.22**	.000	.197	.039
DESAHOGO	2.39	1.69 / 3.10	6.66**	.000	.182	.033
AUTODISTRACCIÓN	2.00	1.36 / 2.64	6.11**	.000	.167	.028
HUMOR	0.75	0.14 / 1.36	2.42 *	.016	.067	.004

* = Significativo al 5% (p<.05)

** = Altamente significativo al 1% (p<.01)

El modelo multivariante no incluye la subescala del *Afrontamiento Evitativo* Humor (p=0.412) como variable predictora de la *Despersonalización* según muestra la Tabla 82. Entre las cinco variables significativas, se logra predecir un bajo 12.9%, de la *Despersonalización* siendo por orden:

- Desconexión conductual (B= 2.78; p<.001) con una capacidad predictora del 5.4%
- Autoinculpación (B= 1.92; p<.001) que suma un 3.0% a esa eficacia
- Uso de Sustancias (B= 2.40; p<.001) con una capacidad predictora del 2.4%
- Desahogo (B= 1.61; p<.001) que suma un 1.5% a esa eficacia
- Autodistracción (B= 1.02; p<.001) que suma un 0.6% a esa eficacia, haciendo. Un total de 12.9%.

Tabla 82

Modelo de Regresión Lineal Multivariante para la Despersonalización (MBI). Factores Predictores: las Variables de las Subescalas del Afrontamiento Evitativo (COPE-28). (N=1298 Dentistas)

Factores incluidos Variables COPE-28	Coef. B	IC 95% de B	Test de contraste		R Parcial	R ² del modelo	Mejora en R ²
			Valor t	P- Valor			
DESCONEXIÓN CONDUCTUAL	2.72	1.90 / 3.55	6.46**	.000	.177	.054	.054
AUTOINCULPACIÓN	1.92	1.29 / 2.55	5.99**	.000	.164	.084	.030
USO DE SUSTANCIAS	2.40	1.57 / 3.23	5.67**	.000	.156	.108	.024
DESAHOGO	1.61	0.97 / 2.24	4.94**	.000	.136	.123	.015
AUTODISTRACCION	1.02	0.42 / 1.62	3.35**	.001	.093	.129	.006
Constante poblacional	0.43	-4.80 / 5.66	0.16 ^{NS}	.872	--	--	--

Factores excluidos Variables COPE-28	Coef. B	IC 95% de B	Test de contraste		R Parcial	Índice de Tolerancia
			Valor t	P- Valor		
HUMOR	0.23	-0.32 / 0.77	0.82 ^{NS}	.412	.023	0.10

N.S. = NO significativo al 5% (p>.05) ** = Altamente significativo al 1% (p<.01)

3.16.9.- PREDICCIÓN DE LA REALIZACIÓN PERSONAL DESDE LAS DIMENSIONES Y SUBESCALAS DE AFRONTAMIENTO.

Los resultados univariantes (Tabla 83) muestran que las tres dimensiones (*Estrategias centradas en el Problema, Estrategias de Evitación y Estrategias de Afrontamiento*) de afrontamiento predicen de forma significativa (p<.001) la *Realización personal* (MBI), por lo tanto, serán incluidos en el modelo multivariante de regresión.

Tabla 83

Regresión Lineal Univariante para la Realización Personal (MBI). Capacidad Predictiva, Individual, Ordenada de más a menos, de las Variables cada Dimensión de los Tipos de Afrontamiento (COPE-28). (N=1298 Dentistas)

Factor predictor (VI)	Coef. B	IC 95% del Coef. B	Test de contraste		R Pearson	Tamaño del efecto: R ²
			Valor t	P-Valor		
ESTRATEGIA CENTRADA EN EL PROBLEMA	0.36	0.30 / 0.43	11.69**	.000	.309	.095
ESTRATEGIA CENTRADA EN LA EMOCIÓN	0.39	0.32 / 0.46	10.53**	.000	.281	.079
ESTRATEGIA DE EVITACIÓN	-0.24	-0.32 / -0.15	-5.30**	.000	-.146	.021

** = Altamente significativo al 1% (p<.01)

El modelo multivariante resultante incluye los tres tipos de Afrontamiento con una alta significación de $p < .001$) para predecir la *Realización personal* (Tabla 84). Entre todas ellas, se logra predecir un moderado 17.8%, de la *Realización personal* siendo por orden:

- *Estrategias de Evitación* ($B = -0.41$; $p < .001$) con una capacidad predictora del 9.5%
- *Estrategias centradas en el Problema* ($B = 0.28$; $p < .001$) que suma un 4.2% a esa eficacia
- *Estrategias centradas en la Emoción* ($B = 0.32$; $p < .001$) con una capacidad predictora del 4.1%, haciendo un total de 17.8%.

Tabla 84

Modelo de Regresión Lineal Multivariante para la Realización Personal (MBI). Factores Predictores: las Variables de las Dimensiones de los Tipos de Afrontamiento (COPE-28). (N=1298 Dentistas)

Factores incluidos Variables COPE-28	Coef. B	IC 95% de B	Test de contraste		R Parcial	R ² del modelo	Mejora en R ²
			Valor t	P- Valor			
ESTRATEGIA DE EVITACIÓN	-0.41	-0.49 / -0.33	-.958**	.000	-.257	.095	.095
ESTRATEGIA CENTRADA. EN EL PROBLEMA	0.28	0.22 / 0.35	8.34**	.000	.226	.137	.042
ESTRATEGIA CENTRADA EN LA EMOCIÓN	0.32	0.24 / 0.40	7.90**	.000	.214	.176	.041
<i>Constante poblacional</i>	64.73	59.23 / 70.23	23.10**	.000	--	--	--

N.S. = NO significativo al 5% ($p > .05$) ** = Altamente significativo al 1% ($p < .01$)

La Tabla 85 muestra los resultados univariantes para la *Realización personal* del modelo de regresión lineal de cada subescala de *Afrontamiento centrado en el Problema*. Se observa que la única variable que no entra en el modelo es el Apoyo Instrumental o social. Por lo tanto, las dos variables restantes (Afrontamiento activo y Planificación) serán incluidas en el modelo multivariante de regresión.

Tabla 85

Regresión Lineal Univariante para la Realización Personal (MBI). Capacidad Predictiva, Individual, Ordenada de más a menos, de las Variables de cada Subescala del Afrontamiento Centrado en el Problema (COPE-28). (N=1298 Dentistas)

Factor predictor (VI)	Coef. B	IC 95% del Coef. B	Test de contraste		R Pearson	Tamaño del efecto: R ²
			Valor t	P-Valor		
AFRONTAMIENTO ACTIVO	4.00	3.46 / 4.54	14.53**	.000	.374	.140
PLANIFICACIÓN	2.52	1.99 / 3.06	9.25**	.000	.249	.062
APOYO INSTUMENTAL O SOCIAL	0.38	-0.22 / 0.97	1.24 ^{NS}	.215	.034	.001

N.S. = NO significativo al 5% (p>.05) ** = Altamente significativo al 1% (p<.01)

El modelo multivariante de regresión incluye el Afrontamiento activo (p<.001) y la Planificación (p<.05) para predecir la *Realización personal* (Tabla 86). Entre las dos variables significativas, se logra predecir un bajo 1.7 %, siendo por orden:

- Afrontamiento activo (B= 3.62; p<.001) con una capacidad predictora del 1.4%
- Planificación (B= 0.66; p<.05) que suma un 0.3% a esa eficacia.

Tabla 86

Modelo de Regresión Lineal Multivariante para la Realización Personal (MBI). Factores Predictores: las Variables de las Subescalas del Afrontamiento Centrado en el Problema (COPE-28). (N=1298 Dentistas)

Factores incluidos Variables COPE-28	Coef. B	IC 95% de B	Test de contraste		R Parcial	R ² del modelo	Mejora en R ²
			Valor t	P-Valor			
AFRONTAMIENTO ACTIVO	3.62	2.98 / 4.27	11.08**	.000	.294	.140	.140
PLANIFICACIÓN	0.66	0.06 / 1.27	2.14 *	.032	.059	.143	.003
Constante poblacional					--	--	--

La Regresión Lineal Univariante para la *Realización personal* estudiando como variables predictoras las subescalas del *Afrontamiento basado en la Emoción* (Tabla 87). Podemos afirmar que todas las variables son predictoras altamente significativas

de la *Realización personal*. Por lo tanto, las cinco subescalas (Reinterpretación Positiva, Aceptación, Negación, Uso del Apoyo Emocional y Religión) serán incluidas en el modelo multivariante de regresión.

Tabla 87

Regresión Lineal Univariante para la Realización personal (MBI). Capacidad Predictiva, Individual, Ordenada de más a menos, de las Variables de cada Subescala del Afrontamiento Centrado en la Emoción (COPE-28). (N=1298 Dentistas)

Factor predictor (VI)	Coef. B	IC 95% del Coef. B	Test de contraste		R Pearson	Tamaño del efecto: R ²
			Valor t	P-Valor		
REINTERPRETACIÓN POSITIVA	3.11	2.65 / 3.56	13.29**	.000	.346	.120
ACEPTACIÓN	3.06	2.51 / 3.60	10.94**	.000	.291	.084
NEGACIÓN	-2.21	-2.94 / -1.48	5.96**	.000	-.163	.027
USO DEL APOYO EMOCIONAL	1.25	0.76 / 1.73	5.06**	.000	.139	.019
RELIGIÓN	0.73	0.31 / 1.17	3.35**	.001	.093	.009

** = Altamente significativo al 1% (p<.01)

En la Tabla 88 podemos observar el resumen estadístico del modelo de regresión lineal multivariante para la *Realización personal*, donde se estudian como variables predictoras las subescalas del *Afrontamiento centrado en la Emoción*. Quedan fuera del modelo por ser no significativas la subescala Religión y Uso del Apoyo Emocional. El modelo multivariante resultante incluye la Reinterpretación Positiva, la Negación y la Aceptación (p<.001). Entre todas ellas, se logra predecir un moderado 16.3%, de la *Realización personal* siendo por orden:

- Reinterpretación Positiva (B= 2.60; p<.001) con una capacidad predictora del 12.0%
- Aceptación (B= 1.49; p<.001) que suma un 2.7% a esa eficacia
- Negación (B= -1.76; p<.001) con una capacidad predictora del 1.6%, haciendo un total de 16.3%.

Tabla 88

Modelo de Regresión Lineal Multivariante para la Realización Personal (MBI). Factores Predictores: las Variables de las Subescalas del Afrontamiento Centrado en la Emoción (COPE-28). (N=1298 Dentistas)

Factores incluidos Variables COPE-28	Coef. B	IC 95% de B	Test de contraste		R Parcial	R ² del modelo	Mejora en R ²
			Valor t	P- Valor			
REINTERPRETACIÓN POSITIVA	2.60	2.11 / 3.09	10.36**	.000	.277	.120	.120
ACEPTACIÓN	1.49	0.90 / 2.09	4.92**	.000	.135	.147	.027
NEGACIÓN	-1.76	-2.46 / -1.05	-4.90**	.000	-.135	.163	.016
Constante poblacional	65.08	60.74 / 69.42	29.43**	.000	--	--	--

Factores excluidos Variables COPE-28	Coef. B	IC 95% de B	Test de contraste		R Parcial	Índice de Tolerancia
			Valor t	P- Valor		
RELIGIÓN	0.39	-0.02 / 0.80	1.85 †	.064	.052	0.94
USO DEL APOYO EMOCIONAL	0.43	-0.04 / 0.90	1.78 †	.076	.049	0.91

† = Casi significativo (p<.100) ** = Altamente significativo al 1% (p<.01)

En la Tabla 89 aparece un resumen de la Regresión Lineal Univariante para la Realización personal estudiando como variables predictoras las subescalas del Afrontamiento Evitativo. Podemos afirmar que todas las variables, excepto el Desahogo, son predictoras significativas de la Realización personal (p<.05). Por lo tanto, serán incluidas en el modelo multivariante de regresión.

Tabla 89

Regresión Lineal Univariante para la Realización Personal (MBI). Capacidad Predictiva, Individual, Ordenada de más a menos, de las Variables de cada Subescala del Afrontamiento Evitativo (COPE-28). (N=1298 Dentistas)

Factor predictor (VI)	Coef. B	IC 95% del Coef. B	Test de contraste		R Pearson	Tamaño del efecto: R ²
			Valor t	P-Valor		
DESCONEXIÓN CONDUCTUAL	-4.05	-4.76 / -3.33	-11.12**	.000	-.295	.087
AUTOINCUPLACIÓN	-2.04	-2.58 / -1.51	-7.53**	.000	-.205	.042
HUMOR	1.79	1.32 / 2.26	7.44**	.000	.202	.041
USO DE SUSTANCIAS	-2.18	-2.87 / -1.48	-6.16**	.000	-.169	.028
AUTODISTRACCIÓN	-0.77	-1.29 / -0.26	-2.95**	.003	-.082	.007
DESAHOGO	-0.22	-0.79 / 0.35	-0.75 NS	.452	-.021	.000

N.S. = NO significativo al 5% (p>.05) ** = Altamente significativo al 1% (p<.01)

En la Tabla 90 aparece el resumen del Modelo de Regresión Multivariante para la *Realización personal* (MBI) actuando las subescalas del *Afrontamiento Evitativo* como variables predictoras. Las cuatro variables incluidas en el modelo univariante, también son predictoras significativas en el modelo multivariante, siendo estas: Desconexión conductual, Humor, Autoinculpación y Uso de Sustancias Entre todas ellas, se logra predecir un moderado 18.0%, de la *Realización personal* siendo por orden:

- Desconexión Conductual (B= -3.43; p<.001) que suma un 8.7% a esa eficacia
- Humor (B= 2.00; p<.001) con una capacidad predictora del 3.6%
- Autoinculpación (B= -1.86; p=.001) con una capacidad predictora del 4.0%
- Y Uso de sustancias (B= -1.68; p<.001) con una capacidad predictora del 1.7%

Tabla 90

Modelo de Regresión Lineal Multivariante para la Realización personal (MBI). Factores Predictores: las Variables de las Subescalas del Afrontamiento Evitativo (COPE-28). (N=1298 Dentistas)

<i>Factores incluidos</i> <i>Variables COPE-28</i>	Coef. B	IC 95% de B	<i>Test de contraste</i>		R Parcial	R ² del modelo	Mejora en R ²
			Valor t	P-Valor			
DESCONEXIÓN CONDUCTUAL	-3.43	-4.12 / -2.74	-9.80**	.000	-.263	.087	.087
HUMOR	2.00	1.56 / 2.44	8.87**	.000	.239	.123	.036
AUTOINCUPLACIÓN	-1.86	-2.36 / -1.35	-7.20**	.000	-.196	.163	.040
USO DE SUSTANCIAS	-1.68	-2.33 / -1.03	-5.08**	.000	-.140	.180	.017
<i>Constante poblacional</i>	96.55	93.00 / 100.10	53.37**	.000	--	--	--
<i>Factores excluidos</i> <i>Variables COPE-28</i>	Coef. B	IC 95% de B	<i>Test de contraste</i>		R	Índice de	
			Valor t	P-Valor	Parcial	Tolerancia	
AUTODISTRACCIÓN	-0.31	-0.80 / 0.18	1.25 ^{NS}	.212	-.035	0.92	

N.S. = NO significativo al 5% (p>.05)

** = Altamente significativo al 1% (p<.01)

3.16.10.- MODELO MULTIVARIANTE CONJUNTO (FACTORES DE PERSONALIDAD Y ESTILOS DE AFRONTAMIENTO) PARA EL CANSANCIO EMOCIONAL.

En las siguientes tablas se explora la capacidad predictora, de forma conjunta, que tienen los cinco factores de personalidad y los tres estilos de afrontamiento contemplados en este estudio para predecir cada una de las tres dimensiones del *Síndrome de Burnout*.

En la Tabla 91, aparece un resumen de las variables predictoras del *Cansancio emocional*. Se han estudiado las cinco dimensiones de personalidad y las tres estrategias de afrontamiento. Se sacan del modelo por no ser significativas las variables: *Cordialidad, Estrategias basadas en el Problema, Apertura a la experiencia y Estrategias centradas en la Emoción*. El modelo de regresión múltiple está formado por las cuatro variables, tres son variables personales y una es la estrategia de *Afrontamiento de Evitación*. A continuación, aparece desarrollada la capacidad predictiva de cada una:

- *Neuroticismo* (B=1.18; p<.001) que explica ya un elevado 40.0%
- *Extroversión* (B= -0.54; p<.001) que añade 2.2%
- *Estrategias de Evitación* (B= 0.34; p<.001) que suma el restante 1.3%
- Y *Responsabilidad* (B=0.31; p<.001) que añade un 0.7% al modelo para llegar hasta el 42.2% total, una capacidad predictiva bastante alta.

Tabla 91

Modelo de Regresión Lineal Multivariante para el Cansancio Emocional (MBI). Factores Predictores: las Variables de las Dimensiones de Personalidad (NEO FFI) y Afrontamiento (COPE-28). (N=1298 dentistas)

Factores incluidos Variables NEO FFI y COPE-28	Coef. B	IC 95% de B	Test de contraste		R Parcial	R ² del modelo	Mejora en R ²
			Valor t	P- Valor			
NEUROTICISMO	1.18	1.07 / 1.30	20.19**	.000	.490	.400	.400
EXTROVERSIÓN	-0.54	-0.67 / -0.41	-8.39**	.000	-.227	.422	.022
ESTRATEGIA DE EVITACIÓN	0.34	0.22 / 0.46	5.48**	.000	.151	.435	.013
RESPONSABILIDAD	0.31	0.16 / 0.46	4.09**	.000	.113	.442	.007
Constante poblacional	8.10	-2.60 / 18.79	1.48 ^{NS}	.138	--	--	--

Factores excluidos Variables NEO FFI y COPE-28	Coef. B	IC 95% de B	Test de contraste		R Parcial	Índice de Tolerancia
			Valor t	P- Valor		
CORDIALIDAD	-0.10	-0.26 / 0.05	-1.33 ^{NS}	.183	-.037	0.84
ESTR. CENT. EN EL PROBLEMA	0.05	-0.05 / 0.14	0.98 ^{NS}	.328	.027	0.68
APERTURA A LA EXPERIENCIA	-0.06	-0.18 / 0.07	-0.87 ^{NS}	.386	-.024	0.88
ESTR. CENT. EN LA EMOCIÓN	-0.03	-0.14 / 0.08	-0.51 ^{NS}	.607	-.014	0.65

N.S. = NO significativo al 5% (p>.05)

** = Altamente significativo al 1% (p<.01)

3.16.11.- MODELO MULTIVARIANTE CONJUNTO PARA LA DESPERSONALIZACIÓN.

Aparece en la Tabla 92, el modelo de regresión lineal multivariante donde como variable dependiente se estudia la *Despersonalización* (MBI) y como variables independientes las cinco dimensiones de personalidad y los tres estilos de afrontamiento que proporciona el inventario COPE-28: Quedan excluidas del modelo al no ser significativas (p.>05) la *Responsabilidad*, la *Estrategia centrada en la Emoción*, *Apertura centrada en la experiencia* y *Estrategia centrada en el Problema*. A continuación, aparece desarrolladas las variables independientes que si son significativas para predecir la *Despersonalización* y la capacidad explicativa de cada una:

- *Estrategia de Evitación* (B=0.46; p<.001) que explica un moderado 14.5%
- *Cordialidad* (B= -0.56; p<.001) que añade 6.1%

- *Extroversión* (B= -0.36; p<.001) que suma el restante 3.1%
- Y *Neuroticismo* (B=0.26; p<.001) que añade un 2.2% al modelo para llegar hasta un porcentaje explicativo total del 25.9%.

Tabla 92

Modelo de Regresión Lineal Multivariante para la *Despersonalización (MBI)*. Factores Predictores: las Variables de las Dimensiones de Personalidad (NEO FFI) y Afrontamiento (COPE-28). (N=1298 Dentistas)

Factores incluidos Variables NEO FFI y COPE-28	Coef. B	IC 95% de B	Test de contraste		R Parcial	R ² del modelo	Mejora en R ²
			Valor t	P-Valor			
ESTRATEGIA DE EVITACIÓN	0.46	0.35 / 0.57	8.34**	.000	.226	.145	.145
CORDIALIDAD	-0.56	-0.69 / -0.42	-8.10**	.000	-.220	.206	.061
EXTROVERSIÓN	-0.36	0.47 / -0.24	-6.16**	.000	-.169	.237	.031
NEUROTICISMO	0.26	0.16 / 0.36	5.10**	.000	.140	.259	.022
Constante poblacional	41.13	32.25 / 50.01	9.09**	.000	--	--	--

Factores excluidos Variables NEO FFI y COPE-28	Coef. B	IC 95% de B	Test de contraste		R Parcial	Índice de Tolerancia
			Valor t	P-Valor		
RESPONSABILIDAD	0.09	-0.04 / 0.23	1.41 ^{NS}	.158	.039	0.83
ESTR. CENT. EN LA EMOCIÓN	0.03	-0.06 / 0.13	0.69 ^{NS}	.489	.019	0.74
APERTURA A LA EXPERIENCIA	0.00	-0.11 / 0.12	0.06 ^{NS}	.949	.002	0.88
ESTR. CENT. EN EL PROBLEMA	0.00	-0.09 / 0.09	0.05 ^{NS}	.961	.001	0.60

N.S. = NO significativo al 5% (p>.05) ** = Altamente significativo al 1% (p<.01)

3.16.12.- MODELO MULTIVARIANTE CONJUNTO PARA LA *REALIZACIÓN PERSONAL*.

Los factores predictores significativos (p<.05) de la *Realización personal* (MBI) integrando en el modelo de regresión multivariante las dimensiones de personalidad y las estrategias de afrontamiento estudiadas aparecen en la Tabla 93. Se desarrollan cada una de ellas:

- *Neuroticismo* (B= -0.48; p<.001) que explica un elevado 25.8%
- *Extroversión* (B= 0.39; p<.001) que añade una capacidad explicativa de 2.1%

- *Estrategia centrada en el Problema* (B= 0.13; p<.001) que suma el restante 1.1%
- *Estrategia centrada en la Emoción* (B= 0.14; p<.001) que añade un ligero porcentaje explicativo de 0.6%
- Y, por último, *Estrategia de Evitación* (B= -0.09; p<.001) que añade un 0.2% al modelo para llegar hasta un porcentaje explicativo total del 29.8%.

Tabla 93

Modelo de Regresión Lineal Multivariante para la Realización Personal (MBI). Factores Predictores: las Variables de las Dimensiones de Personalidad (NEO FFI) y Afrontamiento (COPE-28). (N=1298 Dentistas)

Factores incluidos Variables NEO FFI y COPE-28	Coef. B	IC 95% de B	Test de contraste		R Parcial	R ² del modelo	Mejora en R ²
			Valor t	P-Valor			
NEUROTICISMO	-0.48	-0.55 / -0.40	-12.90**	.000	-.338	.258	.258
EXTROVERSIÓN	0.39	0.31 / 0.48	8.98**	.000	.242	.340	.082
APERTURA A LA EXPERIENCIA	0.18	0.10 / 0.27	4.42**	.000	.122	.361	.021
ESTR. CENT. EN EL PROBLEMA	0.13	0.07 / 0.19	4.13**	.000	.114	.372	.011
ESTR. CENT. EN LA EMOCIÓN	0.14	0.07 / 0.22	3.40**	.000	.110	.378	.006
ESTRATEGIA DE EVITACIÓN	-0.09	-0.18 / -0.01	-2.13 *	.033	-.059	.380	.002
Constante poblacional	63.26	57.28 / 69.25	20.73**	.000	--	--	--
Factores excluidos Variables NEO FFI y COPE-28	Coef. B	IC 95% de B	Test de contraste		R Parcial	Índice de Tolerancia	
			Valor t	P-Valor			
RESPONSABILIDAD	0.09	-0.01 / 0.20	1.73 †	.084	.048	0.68	
CORDIALIDAD	-0.00	-0.11 / 0.10	0.10 NS	.922	-.003	0.77	

N.S. = NO significativo al 5% (p>.05) † = Casi significativo (p<.100)

* = Significativo al 5% (p<.05) ** = Altamente significativo al 1% (p<.01)



CAPÍTULO 4

DISCUSIÓN

4.-DISCUSIÓN

A continuación, vamos a discutir los resultados derivados de esta investigación y los vamos a dividir para facilitar la comprensión y asimilación al lector. Por lo tanto, discutiremos en primer lugar los resultados del análisis descriptivo, en segundo lugar los análisis de correlación y finalmente los predictivos.

La presencia del *Síndrome de Burnout* se debe a la interacción de factores personales, laborales y organizacionales. Todos ellos son factores de riesgo para la presencia del *Síndrome de Burnout* (Cañadas de la Fuente et al., 2014). Es decir, hay variables personales y situacionales que determinan el *Síndrome de Burnout*, es necesario estudiar mejor la combinación o interacción entre ellas. La naturaleza del trabajo es en gran medida responsable de la aparición del fenómeno, dejando en un segundo lugar la importancia de las variables propias del sujeto. (Schaufeli & Enzmann 1998; Maslach et al. 2001; Shirom, 2009). Esta es una de las conclusiones derivadas de múltiples estudios, donde aparece más evidencia científica a favor de las variables situacionales. No podemos olvidar, por otro lado, que los estudios sobre los componentes personales son mucho menos numerosos (Álvarez Gallego & Fernández Ríos, 1991). La perspectiva de indagar sobre los componentes personales puede proporcionar un complemento de importancia para entender el fenómeno y diseñar estrategias para combatirlo con eficacia. (Mäkikangas & Kinnunen, 2016).

MODELOS DESCRIPTIVOS

VARIABLES DEMOGRÁFICAS

GÉNERO

Con respecto a NEOFPI nuestro estudio únicamente encuentra diferencias estadísticamente significativas ($p < .001$), con pequeños tamaños de efectos, en las puntuaciones medias de las dimensiones de *Cordialidad*, *Neuroticismo* y *Extroversión*,

siendo en todos los casos superiores en las mujeres dentistas. En este sentido los resultados aportados sobre las diferencias de género confirman, en parte, los hallazgos de otros estudios (Manga et al., 2004), donde las mujeres presentan puntuaciones más elevadas en *Neuroticismo* (Contreras et al., 2008).

Con respecto al MBI Te Brake et al. (2008) detecta además la presencia de aspectos específicos derivados de la parte empresarial que aumentan el riesgo de padecer *Síndrome de Burnout* (Anaya Aguilar, 2015).

El *Cansancio emocional* es la única dimensión del concepto del *Síndrome de Burnout* donde encontramos una diferencia estadísticamente significativa, con puntuaciones superiores en mujeres, aunque con un tamaño del efecto casi nulo. En este sentido también coincide con otros estudios (Morán, 2003). Parece que el género no es un factor diferencial explicativo del *Síndrome de Burnout* en los dentistas españoles. Por eso, el género, algunos autores lo consideran más bien una variable moderadora que una variable con efecto directo, lo que está en sintonía con los resultados presentados (Moreira et al., 2009; Hsu et al., 2010; Maccacaro et al., 2011;). Aunque obtuvo resultados similares, otro estudio realizado sobre 307 estudiantes de Odontología encontró mayor grado de prevalencia del *Síndrome de Burnout* en mujeres, sobre todo con puntuaciones altas en *Cansancio emocional* (fatiga por el stress del trabajo) ($p < 0.05$) (Badran et al., 2010). Sin embargo, Huri et al. (2016) apoyaron la idea de que las dentistas turcas tengan un mayor nivel de estrés y agotamiento que los dentistas turcos varones. Además, dos estudios también encontraron un mayor nivel de Agotamiento y *Cansancio emocional* entre las mujeres odontólogas suizas y jordanas y estudiantes de Odontología (Badran et al., 2010; Campos et al., 2012). No todos los hallazgos son concordantes, en otro estudio sobre 500 dentistas alemanes, encontraron que los hombres dentistas (82% de la muestra) tenían mayores niveles de *Despersonalización* (DP) (Te Brake et al., 2005).

EDAD

En los dentistas españoles hay diferencias estadísticamente significativas ($p < .001$) en las tres dimensiones del *Síndrome de Burnout*. El *Cansancio emocional* y la *Despersonalización* tienen una relación inversa con la edad, a menor edad mayor puntuación en la dimensión. La *Realización personal* tiene una relación directa con la edad, a mayor edad mayor puntuación en la dimensión de *Realización personal*. Muchos estudios son coincidentes en concluir que el stress laboral es prevalente entre los profesionales de menor edad (Stavem et al., 2001; Newbury-Birch & Kamali, 2001; Willcock et al., 2004; Ríos et al., 2006; McCray et al., 2008; Kanai-Pak et al., 2008; Alacacioglu et al., 2009; Kheiraoui et al., 2012; Tong et al., 2012). Con los años de experiencia en el sector parece ser que los dentistas van “entrenando”, adquieren mayores habilidades y competencias asistenciales, lo que les permite enfrentarse a los problemas de manera más eficaz, en mejor estado mental y con un mayor control de la situación clínica. La edad se solapa con la experiencia laboral, por eso parece que, al principio de la actividad profesional, el *Burnout* es un riesgo mayor. Sin embargo, estos resultados deben de estar interpretados con cautela debido al “sesgo de supervivencia”; aquellos profesionales dentistas que se “queman” temprano en sus carreras probablemente abandonen sus trabajos, dejando atrás a dentistas “supervivientes” con niveles de *Burnout* inferiores (Schaufeli & Enzmann, 1998). Por eso, tras lo expuesto, parece que la edad no influye en la aparición del *Síndrome de Burnout*. Pero si se considera que puede existir un periodo de sensibilización durante los primeros años de carrera profesional donde se produce la transición de las expectativas idealistas hacia la realidad práctica cotidiana. De hecho, supone un aprendizaje donde las expectativas idealistas se tienen que ajustar a la práctica cotidiana, donde las recompensas profesionales personales y económicas, probablemente, no son ni las esperadas ni las prometidas.

Los anteriores hallazgos han sido publicados respecto de profesionales sanitarios o cuyos trabajos presentan alta interacción con otras personas. Específicamente en el área de la Odontología los resultados también son parecidos, (Jin et al., 2015). Divaris et al. (2012) evaluaron a 337 dentistas suizos y encontraron que el 38 % de la muestra presentaba *Cansancio emocional*, el 22% de la muestra tenía altos niveles de *Despersonalización* y un 12% baja *Realización personal*. Asimismo el grupo de dentistas entre los 36 y 40 años mostró los niveles superiores de “quemazón profesional”. También, en dentistas lituanos se encontró que la presencia de *Síndrome de Burnout* (83,6%) conllevaba quejas mentales más frecuentes y también trastornos mentales más crónicos (Puriene et al., 2008). No obstante, en dentistas españoles, Varela Centelles et al. (2005) no encontraron diferencias significativas en las puntuaciones de *Síndrome de Burnout* entre las distintas edades. Además, Gorter et al., (2012) encontraron que no existe una relación entre el agotamiento y dentistas, pero descubrieron que los dentistas mayores de 40 años tenían puntuaciones de subescala *Despersonalización* y *Cansancio emocional* más altas que los más jóvenes, en concordancia con la gran mayoría de artículos publicados.

Otro factor a tener en cuenta, que suele olvidarse, es la crisis de la edad media de vida (según el Modelo de Desarrollo Laboral del Adulto) de Hill y Miller (1981) y el “*Síndrome de Burnout*” de Broufenbrenner (1979). Esta crisis, puede aparecer cuando el dentista hace un balance negativo de su posición. Por contra, ya hemos comentado que la experiencia de “quemarse en el trabajo” se da con mayor frecuencia en los jóvenes recién incorporados a la profesión dental. Uno de los motivos es que no suelen estar debidamente preparados para enfrentarse a los conflictos emocionales que surgen en el trabajo, ni tampoco saben controlar sus propias emociones y sentimientos (Álvarez Gallego & Fernández Ríos, 1991).

VARIABLES ORGANIZACIONALES

Se ha apuntado que las condiciones organizacionales adversas son más patentes en la etiología del *Síndrome de Burnout* que los factores de personalidad (Schaufeli & Enzmann, 1998; Shirom, 2009). Esta afirmación tenemos que englobarla en un contexto en que el número de publicaciones sobre variables personales es claramente inferior. Además, muchos de los estudios sobre el *Síndrome de Burnout* en profesionales sanitarios se llevan a cabo en contextos donde los trabajadores tienen un contrato fijo con la administración, en muchas ocasiones. Por eso, no es raro encontrar menores niveles de *Cansancio emocional* y *Despersonalización* en empleados que no tienen un contrato fijo y, por lo tanto, están menor cantidad de tiempo expuestos a una estructura organizacional específica (Camacho Ávila et al., 2010). A diferencia de lo que es mayoritario en la profesión dental, donde la gran mayoría son profesionales autónomos. Según una investigación realizada en Irlanda del Norte por Gorter y Freeman (2011), el *Síndrome de Burnout* es una seria amenaza para el equipo dental sobre todo entre los dentistas generales. Una cuarta parte de los dentistas se clasificaron como de riesgo grave. Encuentran que los dentistas parecían tener mayores dificultades con la presión del tiempo y preocupaciones económicas. Por el contrario, apareció como elemento diferencial niveles altos de compromiso laboral. Otros estudios relacionados apuntan que variables como el nivel de ingresos, y la falta de retorno con la inversión realizada (Grau et al., 2009; Gorter & Freeman, 2011; Kesner, 2011) son motivos que influyen en la salud física y mental de los dentistas. Estas variables no han sido tenidas en cuenta en este estudio.

TRABAJAR SOLO O ACOMPAÑADO

No se han encontrado diferencias estadísticamente relevantes para que el trabajar solo o acompañado modifique las puntuaciones obtenidas en las tres dimensiones del *Síndrome de Burnout*. Por el contrario, Shurtz et al. (1986) subrayan que el trabajo en solitario impide compartir dudas y frustraciones, lo que hace que

aumente el riesgo de depresión y malestar. En los modelos preventivos las relaciones entre los compañeros de trabajo son básicas, ya que suponen un apoyo emocional. Frecuentemente, la colaboración y el trabajo en grupo hace que los equipos estén más comprometidos, formando fuertes lazos. Recordamos que casi un 37% de los dentistas consultados trabajan frecuentemente solos o incluso siempre (Tabla 5).

TIEMPO SEMANAL DE TRABAJO

La *Despersonalización* ($p > .05$) es la única dimensión del *Síndrome de Burnout* que no aparece levemente incrementada significativamente con el aumento de las horas de trabajo semanales (Tabla 42). Esto nos hace pensar que el aumento de las horas de trabajo no es el único factor que interviene en la presencia del *Síndrome de Burnout*. Variables como la categoría profesional, el tipo de servicio, el tipo de dedicación, así como otros aspectos relacionados con el trabajo que se realiza, son algunos de estos factores de riesgo, pero los resultados en este campo son contradictorios (Vargas et al., 2014). Varios autores asocian el aumento en el número de horas de trabajo con deterioro en el rendimiento laboral (Mitler et al., 2000; Levey 2001; Howard et al., 2002; Baldwin et al, 2003).

Está reconocida la unión entre el *Síndrome de Burnout* y sobrecarga laboral, (en número de horas de trabajo presenciales y/o cantidad de trabajo) en los profesionales asistenciales, de manera que este factor produciría una disminución de la calidad de las prestaciones ofrecidas por estos trabajadores, tanto cualitativa como cuantitativamente (Maslach & Jackson, 1978; Maslach & Jackson, 1981; Jackson et al., 1986). Sin embargo, no parece existir una clara relación directa entre el número de horas de asistenciales y la aparición del *Síndrome de Burnout*. El *Cansancio emocional*, es la dimensión del *Síndrome de Burnout* que se ha relacionado con la carga de trabajo. Desde este punto de vista en la muestra, observamos que el 49% de los dentistas trabaja entre 31 y 40 horas semanales, y más de 40 horas semanales lo hace el 22.8%

de los dentistas consultados (Tabla 42). Este trabajo hace referencia al puramente asistencial, dejando a un lado las tareas administrativas y de formación que conlleva el estar al día en nuestra profesión. Quizá en alguna de estas características distintivas están las diferencias que abocan al dentista a ser una de las profesiones asistenciales con mayores niveles de *Síndrome de Burnout* (Caruana, 1989; Gorter, 2001; Guerrero, 2001; Escribá & Bernabé, 2002; Hakanen et al., 2005).

La satisfacción profesional está vinculada de forma inversa al *Síndrome de Burnout* así como al número de horas de trabajo semanales. (Appleton et al., 1998; Newbury-Birch & Kamali, 2001; Sobrequés et al., 2003; Visser et al., 2003; Faragher et al., 2005; Tokuda et al., 2009; Ioannou et al., 2015)

AÑOS DE EXPERIENCIA

La distribución de los dentistas según la experiencia, quedan en grupos muy homogéneos menores de 10 años de experiencia un porcentaje del 33% entre 11 y 20 años de experiencia un 32.5% y más de 21 años de experiencia un 34.5% (Tabla 46). La dimensión de la *Despersonalización* y el *Cansancio emocional* tienen una relación inversa, significativa, con los años de experiencia. Las puntuaciones más altas en *Despersonalización* y en *Cansancio emocional* están relacionadas con menor número de años trabajando como dentistas. Este hallazgo es concordante con la mayoría de estudios relacionados, que han sido expuestos en la variable edad (Divaris et al., 2012; Jin et al., 2015). En esta dirección también se sitúan aquellos autores que subrayan la importancia del entorno laboral, la presión con el tiempo tanto de trabajo como de esperas de los pacientes (Gorter & Freeman, 2011).

PERSONALIDAD, SÍNDROME DE BURNOUT Y AFRONTAMIENTO

Es conveniente estudiar el *Síndrome de Burnout* no como una respuesta al estrés, sino en términos de las relaciones existentes entre el dentista y el lugar de

trabajo, sobre todo cuando hay contacto constante e intenso con otras personas. Estas interrelaciones pueden ser saludables, gratificantes y adaptativas, o bien, pueden ser nocivas (Maslach, 2009). Todos los estudios sobre el *Síndrome de Burnout* coinciden en considerar la presencia de manifestaciones psicológicas y físicas debido al sobreesfuerzo asociado a trabajar de forma directa con otras personas de forma continuada en el tiempo. (Caballero et al., 2010).

En la revisión bibliográfica realizada por Ortega Ruiz y López Ríos (2004) existe consenso en cuanto al cuestionario a utilizar para cuantificar el *Síndrome de Burnout* (MBI-HSS de Maslach & Jackson, 1981, 1996), no así en cuanto a la importancia que tienen las variables sociodemográficas (edad, estado civil, género,..), variables relacionadas con el propio trabajo (horas semanales, distribución de las mismas, tipo de actividad, categoría profesional,...) y variables psicológicas (características personales, ...) (Purvanova & Muros, 2010; Vargas et al., 2014). Es sabido que factores relacionados con el trabajo son clave para la presencia del *Síndrome de Burnout* (O'Connor et al., 2018), aunque no todos los sujetos que tienen las mismas condiciones laborales presentan el *Síndrome de Burnout* o con la misma intensidad, lo que revela la importancia de las variables personales en su aparición. (Alarcon et al., 2009; Ang et al., 2016; Mäkikangas et al., 2017; Molero et al., 2018; Pérez-Fuentes et al., 2019;). De ahí, que las características de la personalidad de cada individuo jueguen un papel relevante y aún por determinar en la forma de trabajar, de manejar los elementos estresantes, en la vitalidad y eficacia con que realizan el trabajo. (Mealer et al., 2009; Deniz & Satic, 2017; Mirbaha et al., 2017). También se relacionan con la percepción de los eventos laborales como estresantes, por lo que las personas propensas a la ansiedad son más vulnerables al estrés laboral. (Duan-Porter et al., 2018; Wersebe et al., 2018). Así, mientras que la presencia del *Síndrome de Burnout* se asocia con alto *Neuroticismo* y baja *Amabilidad*, el compromiso de los profesionales de la salud suele mostrar una fuerte asociación con los factores de personalidad *Extroversión* y *escrupulosidad*. Por lo

tanto, incluso los profesionales sanitarios con puntuaciones altas en compromiso pueden sufrir de agotamiento (McManus et al, 2011). Estos hallazgos son concordantes, en parte con nuestros resultados, dado que el *Neuroticismo* tiene la relación directa importante con la presencia del *Síndrome de Burnout*, mientras que la *Extroversión* tiene una relación inversa de menor intensidad (Tabla 48). Añadimos los factores de *Cordialidad* que presenta una relación inversa con la *Despersonalización* y la *Responsabilidad*, que tiene una relación directa con la *Realización personal*, ambas relaciones son moderadas (Tabla 48).

Según Forbes et al. (2014) y Singh et al. (2016) más del 26% de los profesionales dentales muestran muy alto riesgo de padecer el *Síndrome de Burnout*. Un estudio longitudinal en una población representativa de dentistas finlandeses (n total=3255) en los años 2003, 2006 y 2010 concluyó que el *Síndrome de Burnout* y la depresión se desarrollan en paralelo en el contexto laboral (Bonde, 2008; Ahola et al., 2014).

Recordamos que los presentes resultados muestran que el grado de *Síndrome de Burnout* de los dentistas españoles es: alto en *Cansancio emocional* con un porcentaje del 61.3%, medio-alto en *Despersonalización*, con porcentajes aproximados del 45% y bajo en *Realización personal*, con un porcentaje de 58.8% (Tabla 13). Estos porcentajes de afectación hacen del colectivo de dentistas un colectivo muy vulnerable a sufrir las consecuencias tanto físicas como psicológicas vinculadas al *Síndrome de Burnout*.

Asimismo recordamos que niveles moderados de *Despersonalización* (sentimientos y actitudes negativas hacia las personas con las que se trabaja) pueden resultar adaptativos porque puede llegar a minimizar los efectos negativos emocionales resultantes de establecer contacto con personas que normalmente tienen o dan problemas. La *Despersonalización*, segunda fase del *Síndrome de Burnout*, coexiste

junto a los síntomas de *Cansancio emocional* (primera fase) que continúan produciéndose. Bajas puntuaciones de *Realización personal* (tercera fase del *Síndrome de Burnout*) conlleva sentimientos de incapacidad, baja autoestima, descontento, evaluación negativa, etc. Parece lógico pensar que aquellas profesiones con mayor reconocimiento social, puedan sentirse más realizadas en su trabajo, sin embargo, los resultados no apuntan en esta dirección.

Las puntuaciones medias superiores en las tres dimensiones del *Síndrome de Burnout* corresponden a la poblaciones de dentistas (CE=30.83; DP=10.27; RP=39.84) en comparación con los cuidadores de personas con discapacidad (CE=15.51; DP=5.00; RP=36.92) (Morán, 2005); con las puntuaciones medias de la población española (CE=20.39; DP=6.36; RP=36.02) (Gil Monte & Peiró, 2000); con los vigilantes de penitenciarías (CE=24.67; DP=12.60; RP=21.24) (Hernández-Martín, et al., 2006) y con el grupo de amas de casa (CE=20.67; DP=5.52; RP=35.88) (Morán, 2003). La dimensión de *Cansancio emocional*, la primera fase del *Síndrome de Burnout* es donde la diferencias son más sobresalientes.

No podemos dejar de apuntar que hay autores que aseguran que el *Síndrome de Burnout* se compone de únicamente dos factores: 1) el *Cansancio emocional* y la *Despersonalización* y 2) la baja *Realización personal* (Gil Monte, 2005).

Finalmente, se han descrito que hay profesiones que en sí mismas son un factor de riesgo para la presencia del *Síndrome de Burnout* (Kumar, 2011), aunque no siempre nos permite predecir la presencia de los síntomas asociados al Síndrome (Lasalvia & Tansella, 2011). Esto es debido a que variables individuales (Estrategias de Afrontamiento y/o Factores de Personalidad) pueden actuar como factores protectores. (Salanova & Llorens, 2008; Lasalvia et al., 2009; Tyrrell, 2010; Martínez Pérez, 2010; Kumar, 2011; Alarcon et al., 2011; Lasalvia & Tansella, 2011).

Por su parte, los valores medios estandarizados que hemos calculado para que puedan ser comparados entre sí, nos permiten observar cómo el valor medio del *Afrontamiento centrado en el Problema* es muy superior (Media=70.99) a los valores medios del *Afrontamiento centrado en la Emoción* y en *Afrontamiento Evitativo*. En segundo lugar, ocupando una posición intermedia, aparece al *Afrontamiento centrado en la Emoción* (Media=56.30). Y por último encontramos al *Afrontamiento Evitativo* (Media=48.80). El test de contraste que compara los tres estilos de afrontamiento indica qué estilo de afrontamiento es más habitual (media más alta) y cuál menos (media más baja) en la población completa. El estilo de afrontamiento conlleva generar esfuerzos cognitivos y conductuales para minimizar demandas externas o internas negativas y excesivas en comparación a los propios recursos. Las estrategias son las pautas comportamentales que el sujeto aplica en una situación determinada (Rodríguez et al., 1993; Krzemien et al., 2004; Montoya & Moreno, 2012). González et al., (2002) encontraron que existe una pequeña relación entre la edad, el afrontamiento y el bienestar psicológico y que las mujeres poseen más estrategias de afrontamiento que los hombres. Fernández y Polo (2011) encontraron, en una población de estudiantes, que los hombres empleaban más la “retirada social” que las mujeres, y que hacían mayor uso de las estrategias de “resolución de problemas”, “autocrítica” y “evitación de problemas”.

Según la literatura, se discute que la naturaleza multifactorial del desarrollo del *Síndrome de Burnout* entre los dentistas puede verse afectada por roles específicos de género, edad, estado, participación ocupacional y por supuesto factores organizacionales y personales. Estamos en sintonía con Karger (1981) cuando afirma que “la literatura sobre el «*Síndrome de Burnout*» es más una descripción impresionista de síntomas que una teoría concreta, ya que no hay un cuerpo de conocimientos organizado sistemáticamente con los que se pueda analizar, explicar y predecir este

fenómeno". Este hecho, surge de la dificultad de analizar la interdependencia entre los distintos factores que influyen en su aparición y desarrollo.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha reconocido oficialmente el "Síndrome de estar quemado" o "*Síndrome de Burnout*" como enfermedad tras la ratificación de la revisión número 11 de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas de Salud Conexos (CIE-11), aprobada en el año 2018 y cuya entrada en vigor se ha fijado para el próximo 1 de enero de 2022. Este hecho podría suponer un impulso en los estudios y un creciente interés por este tema. Así, se abre un campo a la reflexión sobre las consecuencias del contacto directo con la gente, y a la revisión actitudes, variables, prevención y tratamientos específicos relacionados con este Síndrome. En referencia al campo dental Gorter (2001) encuentra que el estrés laboral y el *Síndrome de Burnout* son riesgos profesionales graves en Odontología. Huri et al. (2016) y Eren et al. (2016), entre otros, enriquecieron la literatura con evidencia de la relación entre el agotamiento laboral y la participación asistencial entre dentistas y estudiantes de Odontología desde la perspectiva de la terapia ocupacional. Por eso es probable que comiencen a desarrollarse estudios que consideren básico investigar las variables personales, los tipos de afrontamiento, el "engagement" o compromiso, así como las variables organizacionales del propio trabajo para entender mejor este fenómeno.

ANÁLISIS DE CORRELACIÓN

Estudiamos los resultados derivados de aplicar estadísticos de correlación a los tres fenómenos estudiados: estrategias de afrontamiento, dimensiones de personalidad y *Síndrome de Burnout*. Recordemos que con un tamaño muestral tan alto, es bastante frecuente que aparezcan significaciones en todos los coeficientes, pero para una buena interpretación, nos hemos centrado en los superiores a 0.30, que corresponde aproximadamente a un 10% del efecto.

AFRONTAMIENTO-PERSONALIDAD

Al estudiar la relación entre los tres tipos de afrontamientos y las cinco dimensiones de personalidad podemos destacar que las cuatro correlaciones más significativas son: la *Responsabilidad* y el *Afrontamiento centrado en el Problema* (+0.47), el *Neuroticismo* con el *Afrontamiento Evitativo* (+0.41), la *Extroversión* con el *Afrontamiento centrado en el Problema* (+0.32) y la *Extroversión* con el *Afrontamiento centrado en la Emoción* (+0.31) (Tabla 47). El resto de correlaciones encontradas no superan el 0.30, con lo cual presentan una correlación leve.

La mayoría de los autores coincide en resaltar el *Neuroticismo* como la dimensión de la personalidad que más relacionada está con el afrontamiento no adaptativo (Sandín et al., 1995; Taylor, 2003; Connor-Smith & Flachsbart, 2007; Cassaretto, 2010; Fornés et al., 2016). También el *Neuroticismo* se relaciona de forma negativa con el uso de *estrategias del Estilo centrado en el Problema*; existe una asociación negativa entre *Neuroticismo* y la estrategia de afrontamiento activo; es decir desarrollan una actitud pasiva ante los problemas. (Cassaretto, 2010). Fornés et al. (2016) realizaron un estudio con 199 estudiantes de enfermería de tres institutos de España para evaluar el estilo dominante de afrontamiento del estrés (COPE), sus relaciones con eventos de vida estresantes y rasgos de personalidad (NEOFFI). Se encontraron correlaciones altamente significativas entre el *Afrontamiento Emocional* y el rasgo de *Neuroticismo*. En esta línea se sitúan Connor-Smith y Flachsbart (2007) quienes apuntan que las personas con alta puntuación en *Neuroticismo*, presentan mayor predisposición a evaluar las situaciones como amenazantes, dañinas y peligrosas, llevándolas a sentir con mayor facilidad emociones negativas (Sandín et al., 1995; Taylor, 2003), y niveles de stress más altos (Hoffman et al., 1996; Connor-Smith & Flachsbart, 2007) y a desarrollar respuestas más desorganizadas al considerar que

tienen pocos recursos para enfrentarse al suceso negativo (Ficková, 2001; Connor-Smith & Flachsbart, 2007).

Snyder (1999) recopila tres investigaciones realizadas en adultos que relacionan los estilos de afrontamiento y los cinco factores de personalidad, cuyos autores fueron: Vickers, Kolar y Herwin en 1989; Hooker, Frazier y Monahan en 1994 y Watson y Hubbard en 1996. Estos, presentan varios hallazgos según los cuales, la dimensión de personalidad, *Conciencia*, se correlaciona con *Estilo de Afrontamiento centrado en el Problema*; También que la dimensión *Neuroticismo* se asocia con el *Afrontamiento centrado en la Emoción* (estrategias más pasivas) y *Extroversión* se relaciona con la búsqueda de soporte social y reevaluación positiva. Nuestros resultados no correlacionan la dimensión *Neuroticismo* con el *Estilo de Afrontamiento de Emoción*, sino con el *Estilo de Afrontamiento Evitativo*; mientras que los resultados concuerdan al relacionar la dimensión *Extroversión* con el *Estilo de Afrontamiento centrado en la Emoción*. Connor-Smith y Flachsbart (2007) realizaron un metaanálisis sobre afrontamiento y personalidad. Concluyen que había relaciones entre el uso de estrategias desadaptativas con *Neuroticismo*, entre *Conciencia* con el uso de *Estrategias más centradas en el Problema* y de reestructuración cognitiva y, *Extroversión* con la búsqueda de soporte para afrontar el estrés. Además, proponen que, dependiendo del tipo de personalidad, este puede facilitar o dificultar el afrontamiento. Tras la exhaustiva revisión bibliográfica tienen que subrayar que las relaciones de personalidad con el afrontamiento son inconsistentes.

Todo esto se basa en que es razonable pensar que como las dimensiones de la personalidad son relativamente estables, y no cambian fácilmente (McCrae & Costa, 1986), los estilos de afrontamiento más relacionadas con rasgos de la personalidad tendrían que resistirse al cambio, aunque sean desadaptativas. En este sentido, también podemos adelantar que las estrategias disposicionales de afrontamiento estarán más

estrechamente vinculadas a las dimensiones o factores de la personalidad que las estrategias situacionales (Anaya Aguilar, 2015). Se debe tener en cuenta la relación entre estilos de afrontamiento y personalidad, más en concreto el estudio de las influencias de las características de personalidad en los procesos de afrontamiento (Suls et.al, 1996). Esto conduce a establecer diferencias entre dos conceptos que pueden parecer similares: los estilos de afrontamiento y las estrategias de afrontamiento. Para Fernández Abascal (1997) los estilos de afrontamiento se refieren a predisposiciones personales para hacer frente a las situaciones, son las preferencias individuales en el uso de unos u otros tipos de estrategias de afrontamiento, así que se caracterizan por su estabilidad temporal y situacional. Por otro lado, las estrategias de afrontamiento estarían dentro de los procesos concretos que se utilizan en cada situación particular y pueden ser altamente cambiantes según el contexto. En resumen, los estilos de afrontamiento se pueden considerar como disposiciones generales que llevan a la persona a pensar y actuar de forma más o menos estable ante diferentes situaciones (Sandín et al., 1995), mientras que las estrategias de afrontamiento se establecerían en función de la situación. Años más tarde Faulk et al. (2013) diferencian perfiles de afrontamiento adaptativo (personas con mejor salud) frente a otros no adaptativos (personas con peor salud). Emplear estrategias no adecuadas de afrontamiento aumenta el riesgo de fracaso, pudiendo afectar a la salud (ansiedad, depresión, somatización) tal y cómo lo describen Ozer y Benet-Martínez (2006).

La dimensión *Extroversión*, se encontró que se relacionaba con el *Estilo de Afrontamiento centrado en la Emoción* sobre todo con el uso de la reinterpretación positiva y con las estrategias de búsqueda de apoyo social (instrumental y emocional). (Cassaretto, 2010). También encuentran una relación entre la dimensión de personalidad *Extroversión* y el *Estilo de Afrontamiento centrado en el Problema*, y las estrategias afrontamiento activo, planificación y el uso del apoyo social por motivos instrumentales. Estos resultados aportan evidencia a lo planteado por Connor-Smith y

Flachsbart (2007) y por los resultados aquí presentes sobre una población de dentistas, quienes señalan que las personas extrovertidas cuentan con afrontamientos mixtos. De esta forma, los extrovertidos son personas que se esfuerzan por resolver sus problemas, hacen una reestructuración cognitiva y buscan el apoyo social de los demás ante el estrés. Los sujetos con altas puntuaciones en *Extroversión* suelen tener capacidades para desarrollar afrontamientos variados; lo cual, permite mayores posibilidades de resolver el problema, generar emociones positivas y minimizar efectos adversos emocionales. Al no poderse lograr cambios sustanciales en las cinco dimensiones de la personalidad, los esfuerzos están dirigidos a proporcionar recursos o habilidades para favores que las estrategias de afrontamiento sean lo más adaptativas y eficaces posibles (Kleinke, 2007).

Aunque si pretendemos saber qué estilo de afrontamiento emplearán los sujetos, en función de su personalidad, parece que no es una cuestión sencilla, donde no hay relaciones directas estables y consensuadas por la comunidad científica. En este estudio se estudió la correlación entre personalidad y estilos de afrontamiento, dos constructos que continúan demandando investigación para alcanzar un mejor entendimiento, de cómo interactúan estas variables y de los efectos que pueden llegar a tener en la conducta observable. (Hoffman, et al., 1996; Ficková, 2001; Taylor, 2003; Connor-Smith & Flachsbart, 2007)

PERSONALIDAD-SÍNDROME DE BURNOUT

Como propósito último ¿es posible detectar o identificar a sujetos que tengan mayor inclinación a sufrir *Síndrome de Burnout*? De ahí surge el interés por estudiar las dimensiones de la personalidad. Como la evidencia científica aún es inconsistente, podemos exponer resultados de distintos estudios como el de Schaufeli y Enzmann (1998) y las tendencias a las que apuntan nuestros hallazgos. El rol de los factores de personalidad en la etiología del *Síndrome de Burnout* es complejo y con múltiples

variables, y poco explorado (Kahill, 1988). Garden (1989, 1991) llegó a la conclusión de que ciertos tipos de personalidad auto-seleccionan a los individuos hacia ocupaciones específicas, y que posteriormente los mismos individuos interactúan con ambientes laborales estresantes que conducen a la presencia del *Síndrome de Burnout*. Puede que existan otras posibles trayectorias de influencia de las características de personalidad en el *Síndrome de Burnout*. Así, algunas personas son más vulnerables a presentar sintomatología del *Síndrome de Burnout*, pues ello depende en parte de las estrategias cognitivas de resolución de problemas, del tipo de ejercicio profesional y del desarrollo de factores de resistencia que están ligados a variables individuales, como el tipo de personalidad. Por ello, los recursos personales con los que la persona haga frente a las demandas laborales serán un predictor importante en el posible desarrollo o no del *Síndrome de Burnout* (Moss & Schaefer, 1993; Gantiva et al., 2010).

La tendencia más consistente encontrada se centra en que el *Síndrome de Burnout* está vinculado con la dimensión del *Neurocitismo* (Iorga et al., 2017). El *Neurocitismo* engloba, entre otras, características como, depresión, ansiedad, hostilidad, y vulnerabilidad. Las personas que poseen puntuaciones altas en *Neurocitismo* son emocionalmente inestables y más vulnerables, por eso, presentan más riesgo para el *Síndrome de Burnout* (Maslach, 2009). Los resultados aquí presentes sobre los dentistas respaldan este hecho. Aunque en algunas investigaciones se destaca que los profesionales sanitarios que eligen desarrollar su profesión en el cuidado de “otros” tienen un perfil de personalidad con altos niveles de sociabilidad y bajos en *Neuroticismo* (Gandoy Crego et al. 2009). Quizá esta afirmación no pueda aplicarse a los dentistas, dado que los dentistas poseen una puntuación bastante más alta ($M=16,19$; Tabla 1) en *Neuroticismo* que la media de la población española ($M=37,76$; Tabla 7). Mientras que otros estudios describen a los profesionales de salud con un sentido exagerado de conciencia y perfeccionismo (Panagioti et al., 2018). El perfeccionismo se ha definido como la característica de la personalidad que se refiere a

la lucha por la corrección y al establecimiento de estándares de rendimiento excesivamente altos, que posteriormente pueden hacer que la autoevaluación sea demasiado crítica (Childs & Stoeber, 2010). Incluso en tareas comunes, los individuos perfeccionistas no suelen estar completamente satisfechos con los resultados, por lo que el agotamiento en estos profesionales no solo se debe a la tarea en sí, sino a cómo se relacionan con ella (Iorga et al., 2017). Las personas que tienen un perfeccionismo desadaptativo alto tienden a seleccionar estrategias de *Afrontamiento centradas en las Emociones*, lo que se ha asociado con la presencia de *Síndrome de Burnout* en los trabajadores de la salud (Chang, 2012). En contraste, el perfeccionismo saludable, que se refiere a los empleados que se esfuerzan por alcanzar estos estándares a través de la iniciativa y la motivación, muestran más innovación, lo que conduce a disminuir el agotamiento (Chang et al., 2016) y se relaciona positivamente con el afecto positivo y la dimensión de personalidad *Conciencia* (Hill et al., 1997; Enns, Cox et al., 2001; Lewis et al., 2020). Aunque no son consistentes todos los resultados ya que no detectó diferencias en el perfeccionismo entre los estudiantes de la salud y la población general de estudiantes (Henning et al., 1998). En estudiantes de Odontología españoles encontraron que los hombres presentaban mayores puntuaciones en perfeccionismo que las mujeres de forma estadísticamente significativa (Venete et al., 2017). Tanto la *Conciencia* como el perfeccionismo son factores de personalidad que en su mayoría conducen a una fuerte preocupación por lograr resultados, lo que lleva a estas personas a implementar reglas estrictas y perseverantes. (Davey & Meeten, 2016). También se ha demostrado que los rasgos de personalidad pertenecientes al modelo Big Five, como la *Amabilidad*, la estabilidad emocional (contrario al *Neuroticismo*), la *Extroversión* y la *Apertura a la experiencia*, están inversamente relacionados con la presencia de *Síndrome de Burnout* en los profesionales de la salud. (Bilehsavar et al., 2017; Ntantana et al., 2017; Golpayegan 2017; Martínez-Zaragoza, 2018; Zaninotto, et al., 2018). Aunque todos coinciden en encontrar dimensiones de la personalidad que se asocian con la presencia de *Síndrome de Burnout*, ya sea de forma positiva o negativa, no todos

atribuyen la misma fuerza de correlación a las mismas dimensiones, ni siquiera coinciden en ellas. En este sentido observar que los estudios no se realizan sobre el mismo tipo de profesión sanitaria, ni en los mismos rangos de edad, lo cual puede introducir distintos perfiles de sanitarios no homogéneos.

Nuestros hallazgos señalan que, en los dentistas españoles, la dimensión *Neuroticismo*, es la que presenta las correlaciones de más intensidad, con la *Despersonalización* (+0.81), con el *Cansancio emocional* (+0.63) y una relación inversa con la *Realización personal* (-0.58). Estos hallazgos son consistentes con gran parte de la literatura consultada, donde *Neuroticismo* destaca como la dimensión de la personalidad con una relación más fuerte con el *Síndrome de Burnout*, en personal sanitario. (Ang et al., 2016; Maslach & Leiter, 2016; Yu et al., 2016; Bilehsavar et al., 2017). Las personas con altos niveles de *Neuroticismo* son más propensas a sentirse enojadas, ansiosas, deprimidas o estresadas (Wang et al., 2014; Sandín et al., 2017), son menos capaces de controlar sus emociones cuando se enfrentan a situaciones negativas o estresantes (Yu et al., 2016) y muestran mecanismos de defensa inmaduros que aumentan su agotamiento (Ntantana et al., 2017).

La *Extroversión* también tiene relaciones inversas con el *Cansancio emocional* (-0.39) y con la *Despersonalización* (-0.30) y una relación directa con la *Realización personal* (+0.47). La *Cordialidad* muestra una relación inversa con la *Despersonalización* (-0.35), mientras que la *Responsabilidad* tiene una relación directa con la *Realización personal* (+0.32). Se puede observar que la única dimensión de personalidad donde no se han encontrado correlaciones significativas con ninguna de las tres dimensiones del *Síndrome de Burnout* es la *Apertura a la experiencia*.

Penley y Tomaka (2002) encontraron una relación negativa entre *Extroversión* y estrés percibido, en estudiantes universitarios estadounidenses. Parece razonable que

relacionarse con otras personas de manera “obligada” en un ámbito laboral, es más agotador para los introvertidos, los cuales no sienten placer en estas relaciones, no las buscan porque tampoco las necesitan tanto como los extravertidos. También en la población de dentistas colegiados españoles, se observa que la *Extroversión* correlaciona negativamente con el *Cansancio emocional* y la *Despersonalización*.

El factor *Responsabilidad*, predice positivamente la dimensión *Realización personal* del *Síndrome de Burnout*, de manera que quienes puntúan más alto en *Responsabilidad* son los que profesionalmente se sienten más satisfechos y realizados. Morán (2005) lo afirma al estudiar a sujetos que trabajan en contacto con discapacitados intelectuales españoles adultos, pero llegan al mismo resultado que el presente estudio sobre dentistas españoles colegiados.

En estudios sobre personal de enfermería se han encontrado que la existencia de *Síndrome de Burnout* se asocia negativamente con la *Extroversión*, la *Amabilidad*, la *Conciencia* y la *Apertura a la experiencia*, y se asocia positivamente con el rasgo de personalidad *Neuroticismo* (Pérez-Fuentes, et al., 2019).

Los resultados mostrados relacionan de forma positiva la *Extroversión*, la *Cordialidad* y la *Responsabilidad* de forma inversa con las dimensiones del *Síndrome de Burnout*, y el *Neuroticismo* se relacionada de forma directa. Estos resultados concuerdan, en parte, a excepción de la dimensión de *Apertura a la experiencia* con los hallazgos de otros estudios, donde se demostró que todos los factores de personalidad basados en el Modelo Big Five están relacionados negativamente con el desarrollo del *Síndrome de Burnout* en trabajadores de la salud (Bilehsavar et al., 2017; Ntantana et al., 2017; Golpayegan, 2017; Martínez-Zaragoza, 2018; Zaninotto et al., 2018; Pérez-Fuentes et al., 2019) excepto el *Neuroticismo* con el que está positivamente relacionado. (Ang et al., 2016; Maslach & Leiter, 2016; Yu et al., 2016; Bilehsavar et al., 2017).

AFRONTAMIENTO-SÍNDROME DE BURNOUT

Se considera que el tipo de estrategias de afrontamiento que utiliza una persona para enfrentarse a situaciones estresantes a nivel laboral, posibilitará o no la presencia del *Síndrome de Burnout* (Gil Monte, 2003). Estos estilos de afrontamiento están estrechamente ligados con la personalidad (Mischel, 2004), y se considera que aquellos *Estilos de Afrontamiento basados en la Emoción y la Evitación* pudieran predecir la aparición del *Síndrome de Burnout*, mientras que los *Estilos de Afrontamiento basados en el Problema*, se convierten en factores protectores (Baron & Kenny, 1986), es así que se establece una relación entre las Estrategias de Afrontamiento y *Síndrome de Burnout*.

Rohman (1987) encontró que la *Estrategia de Evitación* en respuesta al estrés laboral estaba relacionada positivamente con la dimensión del *Síndrome de Burnout* de *Despersonalización* y de *Cansancio emocional* en un grupo de psicólogos. También que personas aquejadas del *Síndrome de Burnout* utilizan más frecuentemente estrategias no activas (uso de medicamentos) y *Estrategias de Evitación* (Etzion & Pines, 1986; Thornton, 1992; Yela, 1996). En el presente estudio únicamente podemos señalar tres relaciones con intensidades por encima de 0.3, el *Afrontamiento centrado en el Problema*, está directamente relacionado con la *Realización personal* (+0.30), el *Afrontamiento Evitativo* se encuentra relacionado directamente con el *Cansancio emocional* (+0.34) y con la *Despersonalización* (+0.32).

Es interesante encontrar asociaciones pequeñas, pero estadísticamente significativas, entre estas variables ya que investigadores como Snyder (1999), Ficková (2001) y Connor-Smith & Flachsbart (2007), señalan que el impacto pequeño del afrontamiento en estas dimensiones no desestima la posibilidad de que en otros estudios pueda aclararse el rol de estos factores (*Estilos de Afrontamiento y Síndrome*

de *Burnout*). Aquellas personas que utilizan la planificación (*Estilo de Afrontamiento basado en el Problema*) para enfrentarse a los problemas es más probable que sientan mayor *Realización personal* en el trabajo (Morán, 2005).

Ya se ha afirmado que el tipo de *Estilos de Afrontamiento* utilizados están relacionados con la probabilidad de desarrollar *Síndrome de Burnout*. (Gil Monte & Peiró, 1997). *El Síndrome de Burnout* aparece entonces cuando las estrategias de Afrontamiento están más centradas en la *Emoción* y la *Evitación* (Baron & Kenny, 1986; Gil Monte & Peiró, 1997). Al respecto, Baron y Kenny (1986) consideran que las Estrategias de *Afrontamiento centradas en la Emoción y en la Evitación* generan mayores niveles de estrés y son directamente proporcionales a la *Despersonalización* y al *Cansancio emocional*, dos síntomas presentes en el *Síndrome de Burnout*, mientras que las Estrategias de *Afrontamiento centradas en el Problema* predicen la *Realización personal* como aspecto protector para el desarrollo del *Síndrome de Burnout*

Desde la teoría organizacional, el apoyo social es una variable que proporciona recursos muy útiles para enfrentar el estrés posibilitando que la persona no visualice la situación como amenazante (Lazarus & Folkman, 1986; Bowlby, 1997; Gil Monte & Peiró, 1999; Londoño et al., 2006). Recordamos que el 37% de los dentistas trabaja solo siempre o frecuentemente, y aunque puede encontrar apoyo social en familiares, compañeros y amigos, no encuentra compañeros cercanos en su horario laboral con los que compartir las dificultades clínicas en el momento de producirse.

Gorter (2001) estudió en 709 dentistas la relación entre estilos de afrontamiento y *Síndrome de Burnout*. Desveló que los dentistas con un estilo de afrontamiento activo mostraban niveles de *Síndrome de Burnout* bajo, por el contrario, los dentistas con estilos de afrontamiento pasivos mostraban niveles superiores. Así el estilo de afrontamiento podría explicar en parte, las diferencias en los niveles de *Síndrome de*

Burnout. En la discusión enfatizó la necesidad de profundizar sobre estilo de afrontamiento personal y la importancia de la actitud activa en la aparición de *Síndrome de Burnout* en los dentistas. Otro punto de vista muy interesante es que algunos autores consideran que los profesionales generan en primer lugar actitudes de *Despersonalización* como mecanismo de afrontamiento para experimentar, posteriormente, baja *Realización personal* y *Cansancio emocional* (Golembiewski et al., 1983). Este planteamiento temporal no ha sido verificado por la comunidad científica y necesita estudios longitudinales para desarrollar un modelo. Además de las alteraciones mencionadas anteriormente, Álvarez Gallego y Fernández Ríos (1991) han detectado un alto uso de síntomas defensivos en personas con altas puntuaciones en *Síndrome de Burnout*. En coherencia con lo anteriormente expuesto, Alarcon et al. (2011) otorgan un peso importante a las Estrategias de Afrontamiento, considerando que estas median la relación entre las demandas laborales y el *Síndrome de Burnout*.

MODELOS PREDICTIVOS

DESDE LOS TRES ESTILOS DE AFRONTAMIENTO Y DESDE LAS CINCO DIMENSIONES DE PERSONALIDAD

En dentistas del Reino Unido, se han descrito que las condiciones laborales explicaban más del 50% del estrés laboral (Myers & Myers, 2004). Básicamente hemos comparado nuestros resultados con el estudio de Morán (2005) debido a su similitud metodológica, aunque la muestra utilizada en su investigación es sobre 300 sujetos que trabajan con personas con discapacidad.

PREDICCIÓN DEL CANSANCIO EMOCIONAL

Ambos constructos (estilos de afrontamiento y dimensiones de personalidad), llegan a explicar el 44.2% del *Cansancio emocional* en dentistas. Se mantiene la tendencia descrita en las situaciones anteriores donde el *Neuroticismo* es capaz de predecir el 40.0% (Tabla 91). La *Extroversión*, la *Estrategia de Evitación*, y la

Responsabilidad, a pesar de ser significativos, tienen un poder explicativo muy inferior. Todas estas variables independientes presentan una relación directa con el *Cansancio emocional*. Morán (2005) encuentra, en 300 trabajadores con personas con discapacidad intelectual, que el *Neuroticismo* (22.0%), la *Extroversión* y la *Amabilidad* tienen un valor predictivo del 32.0% sobre el *Cansancio emocional* lo que nos indica que la propia personalidad está asociada a esta dimensión del *Síndrome de Burnout*. Ambos resultados son coincidentes en que el *Neuroticismo* es la dimensión de la personalidad que más peso tiene en la predicción del *Cansancio emocional*, y presenta una relación directa. Mientras que la *Extroversión* en ambos estudios tiene una relación inversa. Cuando se añade al modelo las estrategias de afrontamiento (escala WOC, versión castellana abreviada de "Modos de Afrontamiento") de Folkman y Lazarus (1988), solo dos modos de afrontamiento predicen *Cansancio emocional*. El modo de afrontamiento de Escape relaciona de forma directa con el *Cansancio emocional*, mientras que la Planificación lo hace de forma indirecta (Morán, 2005).

PREDICCIÓN DE LA *DESPERSONALIZACIÓN*

La *Estrategia de Evitación* es la que tiene un mayor poder explicativo sobre la *Despersonalización* con un 14.5%, seguido por la *Cordialidad* (6.1%), la *Extroversión* (3.1%) y el *Neuroticismo* (2.2%). Sumando un total de poder explicativo de un 25.9% (Tabla 92). La *Cordialidad* y la *Extroversión* tienen una relación inversa con la *Despersonalización*. Esta dimensión del *Síndrome de Burnout*, sólo se ve influida por la dimensión de personalidad *Neuroticismo* de una forma directa según Morán (2005) y es capaz de explicar el 13% de la variabilidad de *Despersonalización*. No encontré como variable independiente con carácter significativo los modos de afrontamiento, a diferencia de nuestros resultados que señalan la *Estrategia de Evitación* como variable predictora de mayor peso.

PREDICCIÓN DE LA *REALIZACIÓN PERSONAL*

La Personalidad y las Estrategias de Afrontamiento son capaces de explicar un 38.0% de la *Realización personal* entre los dentistas estudiados. El *Neuroticismo*, es la dimensión de la personalidad que tiene un mayor peso para predecir la *Realización personal* (25.8%), la relación que presentan ambas variables es inversa (Tabla 93). También el *Estilo de Afrontamiento de Evitación* con una capacidad explicativa muy inferior (0.2%) tiene una relación inversa. Recordamos que esta es la dimensión positiva del *Síndrome de Burnout*, que se ve explicada (36%) por tres dimensiones de personalidad: *Neuroticismo* (relación inversa), *Extroversión* y *Responsabilidad*, con relación directa que aportan un 6% y un 4% a la variabilidad, respectivamente (Morán, 2005). Al analizar las estrategias de afrontamiento, el *Afrontamiento Evitativo* (WOC) presenta un mayor poder predictivo (9.5%), en segundo lugar la *Estrategia centrada en el Problema* (4.2%) y por último la *Estrategia centrada en la Emoción* (4.1%) (Morán, 2005).

En las tres dimensiones del *Síndrome de Burnout*, el *Afrontamiento Evitativo*, aparece como variable independiente, por lo que es la estrategia que mayor influencia tiene. Es decir, los dentistas que tengan como estrategia de Afrontamiento preferida la *Evitación*, tienen mayores riesgos de presentar *Síndrome de Burnout*.

Connor-Smith y Flachsbart (2007) realizaron un metaanálisis sobre personalidad y afrontamiento. Concluyeron que la *Extroversión* y la *Conciencia* predijeron más resolución de problemas y reestructuración cognitiva, y el *Neuroticismo* menos. El *Neuroticismo* pronosticó estrategias problemáticas como el pensamiento ilusorio, mientras que la *Extroversión*, también predijo la búsqueda de apoyo. El estudio advierte ciertas diferencias interculturales y muestras étnicamente diversas, las cuales mostraron más efectos protectores de la personalidad. Los análisis de regresión mostraron que

aproximadamente un tercio de la varianza del *Síndrome de Burnout* resulta explicada por la personalidad (Morán, 2005).



CAPÍTULO 5

CONCLUSIONES

5.-CONCLUSIONES

En relación con los objetivos e hipótesis planteados respecto de la población de dentistas españoles, podemos concluir que:

Hipótesis de investigación H1: En los dentistas colegiados en España, factores sociodemográficos como el género y la edad se relacionan con el *Síndrome de Burnout*. Concluimos que la edad está relacionada de forma negativa con el *Síndrome de Burnout*, de tal manera que a mayor edad menor presencia de las tres dimensiones de *Síndrome de Burnout*. El género no parece ser un factor diferencial explicativo del *Síndrome de Burnout*. Por tanto, esta hipótesis se confirma parcialmente.

Hipótesis de investigación H2: En los dentistas colegiados en España, factores relacionados con el ejercicio de la profesión como entorno, el tiempo dedicado al trabajo y la participación económica en la consulta se relacionan con el *Síndrome de Burnout*. Concluimos que no se han hallado relaciones estadísticas sólidas para afirmar que los factores vinculados con el ejercicio de la profesión dental están relacionados con el *Síndrome de Burnout*. Por lo tanto, esta hipótesis no se confirma.

Hipótesis de investigación H3: En los dentistas colegiados en España, el tipo de personalidad se relaciona con el *Síndrome de Burnout*. Concluimos que la dimensión de personalidad *Neuroticismo* es la que presenta una mayor relación directa con la presencia de *Síndrome de Burnout* y la *Extroversión* presenta una relación inversa de menor intensidad.

Hipótesis de investigación H4: En los dentistas colegiados en España, el tipo de estrategia de afrontamiento predominante se relaciona con *Síndrome de Burnout*. Concluimos que la estrategia de afrontamiento de resolución de problemas caracteriza a las personas como más resistentes a padecer el *Síndrome de Burnout*.

Hipótesis de investigación H5: En los dentistas colegiados en España, el tipo de personalidad y el tipo de afrontamiento de forma conjunta predicen el *Síndrome de Burnout*. Concluimos que las dimensiones de personalidad y los estilos de afrontamiento tienen una capacidad explicativa alta del *Cansancio emocional*, media en la *Realización personal* y moderada en la *Despersonalización*.



CAPÍTULO 6

LIMITACIONES DEL ESTUDIO Y LÍNEAS FUTURAS DE INVESTIGACIÓN

6.- LIMITACIONES DEL ESTUDIO Y LÍNEAS FUTURAS DE INVESTIGACIÓN

6.1.- LIMITACIONES DEL ESTUDIO

6.1.1.- VALIDEZ DEL CUESTIONARIO Y SESGO ENCUESTAS ON LINE

Todos los cuestionarios empleados en este estudio han sido validados sobre población general española.

Una posible limitación podría ser la validez externa, que es la que se refiere a la capacidad de generalizar los resultados obtenidos de una muestra a una población más grande o a una población general (Brenner, 2002). Esta es la validez que nos interesa en esta investigación porque se pretende extender los resultados obtenidos a la población de dentistas colegiados en España. Por eso, es imprescindible que las muestras sean representativas tanto en el tamaño muestral como en su distribución. Sin embargo, aquí se ha controlado porque, en la medida de lo posible, en el presente estudio la población diana es más homogénea, y pertenece a un mismo colectivo, por lo que no hay grandes diferencias en el nivel académico ni en el nivel social (Dillman, 2000). ni tampoco diferencias en el acceso a internet (Best & Krueger, 2004). Además, el acceso a internet, hoy en día no es una limitación, debido a la amplia expansión de las comunicaciones. Internet se usa a diario por los dentistas españoles (Hernández Díaz, 2008; INE, 2018). Internet es una herramienta que se usa cada vez más para recoger datos cuantitativos, sustituyendo a los entrevistadores que requerían la presencia física o presencia telefónica del entrevistado (Knoll et al., 2011). Uno de los motivos de su amplia introducción en el ámbito de las encuestas es que proporciona un ahorro en tiempo y dinero (Birnbaum, 2000; Couper & Miller, 2008; Loosveldt & Sonck, 2008) y que pueden realizarse sobre poblaciones muy grandes, obteniendo así tamaños muestrales importantes. Un inconveniente de la mayoría de las investigaciones académicas, tanto offline como online, es que emplean muestras de conveniencia (Skitka & Sargis, 2006). Sin embargo, este hecho no ha impedido el avance de una

ciencia 'válida' (Mook, 1983), entre otras cosas porque con el aumento de la muestra aumenta la potencia estadística.

La "tasa de respuesta" se define como la proporción entre el número de respuestas obtenidas y el número total de solicitudes de participación enviadas. Además, hay que señalar, el término 'mortalidad experimental' que representa la pérdida o abandono de participantes a lo largo del proceso de investigación. Conlleva un problema de validez muy frecuente, en las encuestas on line, que es inherente a la propia metodología (De Marchis, 2012). Existen varias estrategias para minimizar la "mortalidad experimental": dirigirse a los participantes por su nombre (Joinson & Reips, 2007); prometer compartir los resultados o dar retroalimentación; avisar de que se trata de un estudio académico, no comercial (Bosnjak & Batinic, 2002); empleo de recordatorios, mientras que otros autores no han relacionado el número de contactos con los posibles candidatos aumenten de forma significativa los tamaños muestrales (Muñoz Leiva et al., 2009) estudio y seguimiento; (Cook, et al., 2000; Palomares & Flanagin, 2005) emplear incentivos materiales (Görtiz, 2006; Messer & Dillman, 2010).

Las encuestas por internet presentan, por lo general, una tasa de respuesta inferior a las encuestas realizadas de forma presencial por un investigador. La tasa de respuesta en la presente encuesta electrónica fue del 4.0%, este porcentaje fue suficiente para que fuese representativo de la población de dentistas colegiados españoles. No hay determinación sobre el porcentaje de respuesta satisfactorio de las encuestas on line. Hay artículos que apuntan que el 30% es satisfactorio (Cook et al., 2000), mientras que otros como (Baxter & Babbie, 2004), lo aumentan hasta un porcentaje de respuesta del 50% como adecuado, un 60% como bueno, y un 70% como muy bueno.

En la presente investigación se informa a los dentistas colegiados que la finalidad del estudio no tiene intenciones lucrativas únicamente académicas. Además, se enviaron mails recordatorios cada 15 días y las encuestas tenían la posibilidad de guardarse de forma incompleta, para finalizarla en varios tiempos (sin tener que empezar de nuevo, adaptándose al tiempo disponible del usuario), lo que favorece la recogida de información. Esto permite minimizar el número de encuestas incompletas, que es otra desventaja de las encuestas on line en comparación con las encuestas presenciales. Lime Survey presenta un diseño de página que se adapta tanto al ordenador como al teléfono móvil, y señala las respuestas no contestadas para facilitar que el sujeto acceda a ellas. Está demostrado que los diseños simples con cargas web rápidas hacen que las encuestas on line sean más rápidas y operativas. (Meye et al., 1999; Ganassali, 2008).

6.1.2.- SESGO DE SELECCIÓN

Un sesgo que frecuentemente no se tiene en cuenta en las encuestas on line, está relacionado con la calidad de los datos también denominado sesgo de autoselección (Loosveldt & Sonck, 2008). Se refiere a que el interés por participar o no de los sujetos, podría estar relacionado con variables de salud u otras variables de interés incluidas en el estudio. Varios autores como Picavet y Hazes (2003) han presentado hallazgos donde sujetos con dolor o peor salud (física o psicológica) pueden estar más motivados a participar en este tipo de estudios. Por lo tanto, es posible que los dentistas que voluntariamente han respondido a los presentes cuestionarios no representen adecuadamente al conjunto de los dentistas colegiados españoles, ya que aquellos con mayor desgaste psicológico hayan respondido en mayor proporción (Anaya Aguilar, 2015). Sin embargo, el sesgo de los no participantes puede haber sobrestimado (debido a una mayor participación de personas con dolor o síntomas de desgaste profesional) o infraestimado (por el efecto del voluntario sano) la puntuación del cuestionario. Varias investigaciones (Chang & Krosnick, 2009; Shropshire et al.,

2009; Huri et al., 2017) han demostrado que las personas que participan en una encuesta autoseleccionada por internet suelen tener más conocimientos, compromiso o afinidad con el tema de la encuesta tratado que las personas que habían sido elegidas de forma aleatoria. Es más probable, que una persona que tiene más interés y compromiso con el tema de la encuesta, la empiece y la termine de forma completa que otra persona que no presenta ninguna afinidad con el tema. No obstante, de haber existido sesgo de selección es plausible derivar que la distribución por sexo y edad en la muestra habría sido diferente a la de la población general de dentistas (Anaya Aguilar, 2015).

Debemos de subrayar que hay un porcentaje pequeño de los dentistas españoles que no ejercen la actividad en la empresa privada, y únicamente trabajan en el Sistema Público de Salud. Normalmente, en la Odontología española el 80% de la actividad es privada y ocho de cada diez recién titulados dentistas son autónomos (Ministerio de Educación, 2009-2010).

Los distribuidores de las encuestas son los Colegios Profesionales de Dentistas en España. Estos colegios tienen las direcciones de mail proporcionadas por cada uno de los colegiados, y allí envían todo tipo de notificaciones y noticias relacionadas con la profesión. Pero es imposible asegurar que ha sido el propio dentista el que ha cumplimentado la encuesta, con lo que garantizar la identidad del sujeto no es posible (Englis & Solomon, 2000). La identidad auténtica no se puede garantizar, puede que otro sujeto acceda al enlace y rellene el cuestionario (Fisher et al., 1996). Lo que si garantiza Lime Survey es que desde un mismo enlace solo se puede enviar una única encuesta.

Aunque los presentes resultados son insuficientes para resolver el debate sobre la relación de variables organizaciones y las variables personales sobre el *Síndrome de*

Burnout, dado que la muestra pertenece a un sector profesional muy limitado como son la población de dentistas, sí podemos afirmar que existen efectos interrelacionados que coinciden con los resultados de otros autores (Maricuțoiu et al., 2017).

6.2.- LINEAS FUTURAS DE INVESTIGACIÓN

Varias son las posibles líneas de investigación futuras. En primer lugar, consideramos necesaria más investigación que incluya el análisis de asociaciones entre el *Síndrome de Burnout* y algunas de las variables más relevantes asociadas al mismo, lo que permitiría establecer perfiles de riesgo de padecimiento del *Síndrome de Burnout*. Se deben planificar estudios longitudinales y en otros países para explorar el *Síndrome de Burnout* que puede afectar la salud física mental y la vida profesional del dentista. Sin embargo, somos conscientes de que estos estudios son complejos y costosos. Aunque el estudio de la depresión no es objeto de estudio en la presente tesis doctoral, no podemos obviar que varias investigaciones sobre dentistas han vinculado ambos constructos. (Ahola & Hakanen, 2007; Eren et al., 2016). Los dentistas y estudiantes de Odontología con menor nivel de participación ocupacional, y con baja satisfacción laboral, tuvieron un mayor nivel de *Burnout* (Huri et al., 2016; Eren et al., 2016).

Los estudios muestran que el estrés laboral es predictor de menor rendimiento en el trabajo, problemas familiares y mala salud (Maslach, 2009). Es notable destacar que estándares bajos de trabajo con mínima calidad en los tratamientos dentales hace que los dentistas sean menos minuciosos, con menor grado de alternativas para solventar problemas clínicos que acarrea absentismo, errores importantes sobre pacientes y bajo compromiso con la ética profesional (Schaufeli & Enzmann, 1998; Maslach, 2006). Para invertir esta tendencia en el *Síndrome de Burnout*, Cherniss (1980) hace referencia a 4 objetivos: reducir las demandas laborales, cambiar las metas, disminuir las expectativas personales e incrementar los recursos. Mingote (1988) da

más importancia a reconocer que no hay una única técnica efectiva para tratar o prevenir el *Síndrome de Burnout*.

Por lo tanto, una segunda línea de investigación podría ir dirigida a establecer y perfeccionar modelos de intervención multidisciplinarios orientadas al individuo y también al ámbito organizacional empresarial.

Y finalmente, otra vía de investigación podría ir dirigida al establecimiento de estrategias de prevención teniendo en cuenta las medidas preventivas que propone Hernández Díaz (2008).

Desde este apartado queremos hacer hincapié en las particularidades que presenta el sector dental y las posibles medidas preventivas que pudieran resultar de utilidad (Hernández-Díaz, 2008).

1.-La mayoría de los tratamientos dentales se realizan en el ámbito privado. Estas consultas privadas particulares, en su mayoría, tienen actividades que sobrepasan lo meramente asistencial. Como por ejemplo gestión administrativa y del personal, control de existencias, mantenimiento y esterilización de materiales e instrumental, control de citas, eliminación de residuos, entre otras (León, 2009).

2.- La satisfacción la actividad dental es un fuerte factor que contribuye en la prevención del *Síndrome de Burnout*. Este trastorno acarrea un estado de *Despersonalización*, sentimientos de frustración, depresión, sentimiento de soledad, nerviosismo exagerado ansiedad y tensión (Puriene et al., 2008).

3.- La Odontología es una de las profesiones más estresantes. Suele estar asociada a una extensa carga horaria, mantener altos niveles de concentración para

realizar los procedimientos dentales, presión y precisión constante, interacción con las personas (Rada & Jhonson-Leong, 2004).

4.- Las condiciones de trabajo interfieren mucho en la calidad de vida del profesional, pudiendo perjudicar su salud en los campos físico, psicológico y de relaciones sociales, pues la Odontología expone a sus profesionales a los riesgos de dolencias ocupacionales y, consecuentemente, compromete la calidad del servicio ofrecido al paciente (Nunes & Matías Freire, 2006).

5.- El desarrollo de estrategias de prevención y afrontamiento del agotamiento puede reducir el riesgo y la prevalencia del agotamiento. Si no se trata, el agotamiento podría tener efectos desastrosos a largo plazo, como depresión y suicidio (Arnetz et al., 1987; Almirall, 2007).

6.- Factores como el control emocional y la autoeficacia son variables de personalidad relacionadas con la protección a padecer *Síndrome de Burnout* (Schaufeli & Bakker, 2004; Castañeda & García, 2010). La persona con un alto compromiso psicológico que se logra implicar en el trabajo presenta mayor concentración y resistencia mental a los obstáculos presentados.

Por lo tanto, es recomendable, ante la falta de tratamientos eficientes contra el *Síndrome de Burnout* (Lasalvia & Tansella, 2011; Alarcon et al., 2011), generar herramientas cognitivas, emocionales y conductuales desde la práctica clínica para promover la presencia de factores que disminuyan el riesgo en contextos laborales altamente desgastantes. En la profesión dental existen una serie de factores predisponentes que aumentan el riesgo de *Síndrome de Burnout*: 1) Sobrecarga laboral (el tiempo de cada tratamiento está prefijado en un horario donde no se suelen tener en consideración las urgencias, las complicaciones del tratamiento y las consecuencias de

la tensión emocional del paciente).2) Ejercicio solitario (por lo que la responsabilidad no puede ser compartida y es frecuente la sensación de soledad). 3) Riesgo económico (gestionar su propio capital o empresa, en la mayoría de los casos).4) Ejercicio laboral en lugares cerrados y con ambiente contaminado. 5) Ambigüedad en la relación paciente-profesional (la desconfianza económica y el miedo al dolor se enfrentan con otros sentimientos como necesidad y desamparo).6) Obligación de un continuo reciclaje profesional y puesta al día en las últimas novedades. (Freeman, 1999; Gorter et al., 1999).

Otro tipo de medidas más genéricas contra el *Síndrome de Burnout* se indican a continuación:

- Establecer la carga de trabajo considerando las capacidades y recursos de cada profesional. Para ello será necesario proporcionar el tiempo suficiente para la realización correcta de los trabajos.
- Planificar y coordinar los trabajos teniendo en cuenta la posible llegada de trabajo extra o imprevistos, como pueden ser las urgencias no programadas.
- Establecer pausas que permitan una recuperación adecuada después de tareas muy exigentes.
- Intentar delegar en las tareas cuando sea posible.
- Realizar actividades de ocio.
- Reducir el consumo de alcohol y café.
- Practicar ejercicio diariamente.
- Tener patrones de sueño saludables
- Realización de pausas saludables (5 minutos) en tu lugar de trabajo y en la rutina de trabajo.



CAPÍTULO 7

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

7.-REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aceves, G. A., Celis, M. A., Moreno, S., Farias, F., & Suárez, J. J. (2006). Síndrome de burnout. *Archivos de Neurociencias*, 11(4), 305-309. Obtenido de https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/40837724/SINDROME_DEL_BURNOUT.pdf?1450741588=&response-content-disposition=inline%3B+filename%3DSINDROME_DEL_BOURNOUT.pdf&Expires=1603711252&Signature=XuiJh4LXJ6WKPIVGRwjzsCEjgYWgOVjXAwwl0KESxXi510zg-kiNArZAGectOKh7-y
- Ahola, K., & Hakanen, J. (2007). Job strain, burnout, and depressive symptoms: a prospective study among dentists. *Journal of Affective Disorders*, 104(1-3), 103-107. doi:10.1016/j.jad.2007.03.004
- Ahola, K., Hakanen, J., Perhoniemi, R., & Mutanen, P. (2014). Relationship between burnout and depressive symptoms: A study using the person-centred approach. *Burnout Research*, 1(1), 29-37. doi:<https://doi.org/10.1016/j.burn.2014.03.003>
- Alacacioglu, A., Yavuzsen, T., Dirioz, M., Oztop, I., & Yilmaz, U. (2009). Burnout in nurses and physicians working at an oncology department. *Psycho-Oncology*, 18, 543-548. doi:<https://doi.org/10.1002/pon.1432>.
- Alarcon, G., Edwards, J., & Menke, L. (2011). Student burnout and engagement: a test of the conservation of resources theory. *The Journal of Psychology*, 145(3), 211-227. doi:10.1080/00223980.2011.555432
- Alarcon, G., Eschleman, K. J., & Bowling, N. A. (2009). Relationships between personality variables and burnout: A meta-analysis. *Work and Stress*, 23(3), 244-263. doi:10.1080/02678370903282600
- Allport, G. (1937). *Personality: A Psychological Interpretation*. New York: Henry Holt and Company.
- Allport, G. W. (1961). *Pattern and Growth in Personality*. New York: Holt, Rinehart & Winston.
- Allport, G. W., & Odbert, H. S. (1936). Trait-names: A psycho-lexical study. *Psychological Monographs*, 47(1), i-171. doi:<https://doi.org/10.1037/h0093360>
- Almirall, P. J. (2007). El paradigma dinámico en salud ocupacional. *Revista Cubana de Salud y Trabajo*, 8, 59-68.
- Álvarez Cabrera, P. L. (2019). *Burnout, estrés, técnicas de afrontamiento al estrés, satisfacción laboral y riesgos psicosociales en funcionarios de un centro penitenciario de Chile. (Tesis Doctoral)*. Madrid: Universidad Complutense de Madrid.
- Álvarez Gallego, E., & Fernández Ríos, L. (1991). El síndrome de burnout o el desgaste profesional (I): Revisión de estudios. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 11(39), 257-265. Obtenido de <http://www.revistaaen.es/index.php/aen/article/view/15231>
- Anaya Aguilar, C. (2015). *El síndrome de burnout en los dentistas en España (Tesis Doctoral)*. Salamanca. Obtenido de

- https://gredos.usal.es/bitstream/handle/10366/132893/DC_AnayaAguilarC_Burnoutdentistas.pdf?sequence=1
- Ang, S. Y., Dhaliwal, S. S., Ayre, T. C., Uthaman, T., Fong, K. Y., Tien, C. E., . . . Della, P. (2016). Demographics and Personality Factors Associated with Burnout among Nurses in a Singapore Tertiary Hospital. *Biomed Research International*, 6960184. doi:<https://doi.org/10.1155/2016/6960184>
- Apples, A. (1998). Estrés laboral, agotamiento y enfermedad. En *Estrés laboral y salud* (págs. 119-128). Madrid: Biblioteca Nueva.
- Appleton, K., House, A., & Dowell, A. (1998). A survey of job satisfaction, sources of stress and psychological symptoms among general practitioners in Leeds. *British Journal of General Practice*, 48, 1059-1063.
- Arnetz, B. B., Hörte, L. G., Hedberg, A., & Malker, H. (1987). Suicide among Swedish dentists. A ten-year follow-up study. *Scandinavian Journal of Social Medicine*, 15, 243-246. doi:10.1177/140349488701500407
- Atance, J. C. (1997). Aspectos epidemiológicos del síndrome de burnout en personal sanitario. *Revista Española de Salud Pública*, 71(3), 293-303. Obtenido de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57271997000300008
- Badran, D. H., Al-Ali, M. H., Duaibis, R. B., & Amin, W. M. (2010). Burnout among clinical dental students at Jordanian universities. *Eastern Mediterranean Health Journal*, 16(4), 434-437. Obtenido de https://applications.emro.who.int/emhj/V16/04/16_4_2010_0424_0437.pdf
- Bakker, A. B., & Demerouti, E. (2014). Job demands-resources theory. En P. Y. Chen, & C. L. Cooper (Edits.), *Work and Wellbeing: A complete Reference Guide* (págs. 1-28). New York: John Wiley & Sons. doi:<http://dx.doi.org/10.1002/9781118539415.wbwell019>
- Baldwin, D., Daugherty, S., Tsai, R., & Scotti, M. (2003). A National Survey of Resident's Self-Reported Work Hours: Thinking beyond speciality. *Academic Medicine*, 78(11), 1154-1163. doi:10.1097/00001888-200311000-00018
- Baron, R. M., & Kenny, D. A. (1986). The moderator-mediator variable distinction in social psychological research: Conceptual, strategic, and statistical considerations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51(6), 1173-1182. doi:<https://doi.org/10.1037/0022-3514.51.6.1173>
- Barra, E. (2003). *Psicología de la salud*. Santiago de Chile: Mediterráneo.
- Baxter, L. A., & Babbie, E. R. (2004). *The Basics of Communication Research*. Belmont: Wadsworth/Thomson Learning.
- Best, S., & Krueger, B. s. (2004). *Internet Data Collection. Quantitative Applications in the Social Sciences*. London: Sage publications.
- Bilehsavar, A. S., Nohesara, S., Najarzaghan, M., Molaei, P., Alavi, K., & Nadoushan, A. (2017). Investigation of Personality Traits in Attending of Iran University of Medical Sciences and Its Relation with General Health, Quality of Life and Job Burden. *Journal of Ardabil University of Medical Sciences*, 17(1), 90-103. Obtenido de <http://ejournals.arums.ac.ir/jarums/article-1-1318-en.pdf>

- Birnbaum, M. H. (2000). *Psychological experiments on the internet*. San Diego: Academic Press.
- Bonde, J. P. (2008). Psychosocial factors at work and risk of depression: A systematic review of the epidemiological evidence. *Occupational and Environmental Medicine*, 65(7), 438-445. doi:<http://dx.doi.org/10.1136/oem.2007.038430>
- Borda, M., Navarro, E., Aun, E., Berdejo, H., Racedo, K., & Ruiz, J. (2007). Síndrome de Burnout en estudiantes de internado del Hospital Universidad del Norte. *Salud Uninorte*, 23(1), 43-51. Obtenido de <https://www.redalyc.org/pdf/817/81723106.pdf>
- Bosnjak, M., & Batinic, B. (2002). Understanding the willingness to participate in onlinesurveys. The case of email questionnaires. En *Online Social Sciences* (págs. 81-92). Seattle: Hogrefe & Huber.
- Bowlby, J. (1997). *El apego y la pérdida: la pérdida*. Barcelona: Paidós.
- Bravo Pérez, M. (2004). Desigualdades geográficas en las cargas de trabajo por dentista en España entre 1987 y 1997: Cargas de trabajo por dentista. *Revista del Ilustre Consejo General de Colegios de Odontólogos y Estomatólogos de España*, 9(3), 227-284. Obtenido de <http://scielo.isciii.es/pdf/rcoe/v9n3/original1.pdf>
- Brenner, V. (2002). Generalizability issues in internet based survey research: implications for the Internet addiction controversy. En B. Batinic, U. Reips, & M. Bosnjak, *Online social sciences* (págs. 99-114). Seattle: Hogrefe & Huber.
- Broufenbrenner, U. (1979). *The Ecology of Human Development*. Cambridge, Massachusetts, and London, England: Harvard University Press. Obtenido de https://khoerulanwarbk.files.wordpress.com/2015/08/urie_bronfenbrenner_the_ecology_of_human_developbokos-z1.pdf
- Buss, D. M. (1991). Evolutionary personality psychology. *Annual Review of Psychology*, 42, 459-491. doi:<https://doi.org/10.1146/annurev.ps.42.020191.002331>
- Caballero, C., Hederich, C., & Palacio, J. E. (2010). El burnout académico: delimitación del síndrome y factores asociados con su aparición. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 42(1), 131-146. doi:10.14349/rlp.v42i1.403
- Camacho Ávila, A., Juárez García, A., & Arias Galicia, F. (2010). Síndrome de burnout y factores asociados en médicos estudiantes. *Ciencia & Trabajo*, 12(35), 251-256. Obtenido de https://www.uv.es/unipsico/pdf/CESQT/Externos/2010_Camacho_Avila_et_al.pdf
- Campos, J. A., Jordani, P. C., Zucoloto, M. L., Bonafé, F. S., & Maroco, J. (2012). Burnout syndrome among dental students. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 15(1), 155-165. doi:<https://doi.org/10.1590/S1415-790X2012000100014>
- Cañadas de la Fuente, G. A., San Luis, C., Lozano, L. M., Vargas, C., García, I., & de la Fuente, E. I. (2014). Evidencia de validez factorial del Maslach Burnout Inventory y estudio de los niveles de burnout en profesionales sanitarios. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 46(1), 44-52. Obtenido de <https://www.redalyc.org/pdf/805/80532607005.pdf>
- Caruana, A. (1989). *Evaluación del estrés ocupacional en profesionales de la salud (Tesis Doctoral)*. Universidad de Alicante, Alicante.

- Carver, C. S. (1997). You want to measure coping but your protocol's too long: Consider the Brief COPE. *International Journal of Behavioral Medicine*, 4(1), 92-100. doi: https://doi.org/10.1207/s15327558ijbm0401_6
- Carver, C., Sheier, M., & Wientraub, J. (1989). Assessing coping strategies a theoretically based approach. *Journal of personality and social psychology*, 56(2), 267-283. doi:doi:10.1037//0022-3514.56.2.267
- Cassaretto, M. (2010). Relations between personality and coping in precollege students. *Revista Vanguardia Psicológica*, 1(2), 202-225. Obtenido de file:///C:/Users/6871545/Downloads/Dialnet-RelacionesEntreLaPersonalidadYElAfrontamientoEnEst-4815128%20(5).pdf
- Castañeda, E., & García, J. (2010). Prevalencia del síndrome de agotamiento profesional (burnout) en médicos familiares mexicanos: análisis de factores de riesgo. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 39(1), 67-84. doi:[https://doi.org/10.1016/S0034-7450\(14\)60237-7](https://doi.org/10.1016/S0034-7450(14)60237-7)
- Cattell, R. B. (1945). The description of personality: Principles and findings in a factor analysis. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 58(1), 476-506. doi:<https://doi.org/10.2307/1417576>
- Chacón, F., Vecina, M. L., Barón, A., & De Paúl, M. P. (1999). Burnout en voluntarios que trabajan con pacientes de sida o cáncer. *Clínica y Salud*, 10(2), 137-150.
- Chang, H. T., Chou, Y. J., Liou, J. W., & Tu, Y. T. (2016). The effects of perfectionism on innovative behavior and job burnout: Team workplace friendship as a moderator. *Personality and Individual Differences*, 96, 260-265. doi:<https://doi.org/10.1016/j.paid.2016.02.088>
- Chang, L., & Krosnick, J. A. (2009). National Surveys via RDD Telephone versus the Internet: Comparing Sample Representativeness and Response Quality. *Public Opinion Quarterly*, 73(4), 641-678. doi:<https://doi.org/10.1093/poq/nfp075>
- Chang, Y. (2012). The relationship between maladaptive perfectionism with burnout: Testing mediating effect of emotion-focused coping. *Personality Individual Differences*, 53, 635-639. doi:<https://doi.org/10.1016/j.paid.2012.05.002>
- Cherniss, C. (1980). *Professional burnout in human service organizations*. New York: Praeger Publishers.
- Cherniss, C. (1980). *Staff burnout. Job stress in the human services*. London: Sage Publications.
- Childs, J., & Stoeber, J. (2010). Self-oriented, other-oriented and socially prescribed perfectionism in employees: Relationships with burnout and engagement. *Journal of Workplace Behavioral Health*, 25(4), 269-281. doi:<https://doi.org/10.1080/15555240.2010.518486>
- Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences*. Hilldale: Erlbaum.
- Connor-Smith, I., & Flachsbart, C. (2007). Relations between personality and coping: A meta-analysis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 93(6), 1080-1107. doi:<https://doi.org/10.1037/0022-3514.93.6.1080>

- Contreras, F., Espinosa, J. C., & Esguerra, G. (2008). Personality and Coping in College Students. *Universitas Psychologica*, 8(2), 311-322. Obtenido de <https://www.redalyc.org/pdf/647/64712165003.pdf>
- Cook, C., Heath, F., & Thompson, R. L. (2000). A meta-analysis of response rates in Web- or internet-based surveys. *Educational and Psychological Measurement*, 60, 821-836. doi:<https://doi.org/10.1177/00131640021970934>
- Costa, P. T., & McCrae, R. R. (1989). *The NEOPI/FFI manual supplement*. Odessa: Psychological Assessment Resources.
- Costa, P., & McCrae, R. (1992). *The Revised NEO Personality Inventory (NEO-PI-R) and NEO-Five-Factor Inventory (NEO-FFI) professional manual*. Odessa: Psychological Assessment Resources.
- Costa, P., & McCrae, R. (1999). *NEO-PI-R: Inventario de la personalidad NEO revisado (NEO-PI-R) e Inventario NEO Reducido de Cinco Factores (NEO-FFI)*. Madrid: Tea Ediciones.
- Costa, P., Somerfield, M., & McCrae, R. (1996). *Personality and Coping: A Reconceptualization* (Handbook of coping. Theory, research, applications ed.). (M. Zeidner, & N. S. Endler, Edits.) New York: Wiley.
- Couper, M. P., & Miller, P. V. (2008). Web survey methods. Introduction. *Public Opinion Quarterly*, 72(5), 831-835. doi:10.1093/poq/nfn066
- Crespo, M., & Cruzado, J. A. (1997). La evaluación del afrontamiento: Adaptación española del cuestionario COPE con una muestra de estudiantes universitarios. *Análisis y Modificación de Conducta*, 23(92), 797-830. Obtenido de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7071279>
- Cuevas, P., O'Ferral, F. C., & Crespo, J. (1998). Estudio comparativo de las relaciones entre el estrés laboral y la salud mental en enfermeros de un hospital comarcal. *Enfermería Científica*, 194-195, 31-32.
- Davey, G. C., & Meeten, F. (2016). The perseverative worry bout: A review of cognitive, affective and motivational factors that contribute to worry perseveration. *Biological Psychology*, 121, 233-243. doi:<https://doi.org/10.1016/j.biopsycho.2016.04.003>
- De la Fuente, E. I., García, J., Ortega, A. R., & De la Fuente, I. (1994). Salud laboral. Evaluación de burnout en profesionales sanitarios. *Revista de la Facultad de Humanidades de Jaén*, 3(3), 93-104.
- De las Cuevas, C. (1994). *El desgaste profesional en atención primaria: presencia y distribución del síndrome de burnout*. Madrid: Laboratorios Servier.
- De Marchis, G. P. (2012). La validez externa de las encuestas en la web. Amenazas y su control. *Estudios sobre el Mensaje Periodístico*, 18, 263-272. doi:https://doi.org/10.5209/rev_ESMP.2012.v18.40980.
- Demerouti, E., Bakker, A. B., Janssen, P. P., & Schaufeli, W. B. (2001). Burnout and engagement at work as a function of demands and control. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 27(4), 279-286. doi:10.5271/sjweh.615

- Deniz, M. E., & Satic, S. A. (2017). The Relationships between Big Five Personality Traits and Subjective Vitality. *Anales de Psicología*, 33(2), 218-224.
doi:<https://doi.org/10.6018/analesps.33.2.261911>
- Dillman, D. A. (2000). *Mail an Internet Surveys: The Tailored Design Method*. New York: John Wiley & Sons.
- Divaris, K., Lai, C. S., Polychronopoulou, A., Eliades, T., & Katsaros, C. (2012). Stress and burnout among Swiss dental residents. *Schweiz Monatsschr Zahnmed*, 122(7-8), 610-615.
- Duan-Porter, W., Hatch, D., Pendergast, J. F., Freude, G., Rose, U., Burr, H., . . . Potter, G. (2018). 12-month trajectories of depressive symptoms among nurses-Contribution of personality, job characteristics, coping and burnout. *Journal of Affective Disorders*, 234, 67-73. doi:<https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.02.090>
- Endler, N. S., & Parker, J. D. (1990). Multidimensional assessment of coping: A critical evaluation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58(5), 844-854.
doi:10.1037//0022-3514.58.5.844
- Englis, B. G., & Solomon, M. R. (2000). Life/Style Online© a web based methodology for visuallyoriented consumer research. *Journal of Interactive Marketing*, 14(1), 2-14.
doi:[https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1520-6653\(200024\)14:1<2::AID-DIR1>3.0.CO;2-N](https://doi.org/10.1002/(SICI)1520-6653(200024)14:1<2::AID-DIR1>3.0.CO;2-N)
- Enns, M. W., Cox, B. J., Sareen, J., & Freeman, P. (2001). Adaptive and maladaptive perfectionism in medical students: a longitudinal investigation. *Medical Education*, 35(11), 1034-1042. doi:10.1046/j.1365-2923.2001.01044.x
- Eren, H., Huri, M., Bagis, N., Basibuyuk, O., Sahin, S., Umaroglu, M., & Orhan, K. (2016). Burnout and occupational participation among turkish dental students. *Southeast Asian Journal of Tropical Medicine and Public Health*, 47(6), 1343-1352.
- Escribá, V., & Bernabé, Y. (2002). Estrategias de afrontamiento ante el estrés y fuentes de recompensa profesional en médicos especialistas de la comunidad valenciana. Un estudio con entrevistas semiestructuradas. *Revista Española de Salud Pública*, 76, 595-604. doi:10.1590/S1135-57272002000500019
- Espinosa, J. C. (2005). *Meta-Análisis de la personalidad normal. (Tesis de maestría no publicada)*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.
- Etzion, D., & Pines, A. (1986). Sex and culture in Burnout and coping among human service professionals. A social psychological perspective. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 17(2), 191-209. doi:<https://doi.org/10.1177/0022002186017002004>
- Eysenck, H. J. (1947). *Dimensions of personality*. Londres: Routledge y Kegan Paul.
- Faragher, E. B., Cass, M., & Cooper, C. L. (2005). The relationship between job satisfaction and health: a meta-analysis. *Occupational Environmental Medicine*, 62(2), 105-112.
doi:<http://dx.doi.org/10.1136/oem.2002.006734>
- Faulk, K. E., Gloria, C. T., & Steinhardt, M. M. (2013). Coping profiles characterize individual flourishing, languishing, and depression. *Anxiety, Stress & Coping*, 26(4), 378-390.
doi:10.1080/10615806.2012.708736

- Fernández Abascal, E. G. (1997). Estilos y estrategias de afrontamiento. En E. G. Fernández Abascal, F. Palmero, M. Chóliz, & F. Martínez (Edits.), *Cuaderno de Prácticas de Motivación y Emoción* (págs. 189-206). Madrid: Pirámide.
- Fernández, C., & Polo, M. T. (2011). Afrontamiento, estrés y bienestar psicológico en estudiantes de educación social de nuevo ingreso. *eduPsykhé*, *10*(2), 177-192. Obtenido de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3896794>
- Ficková, E. (2001). Personality regulators of coping behavior in adolescents. *Studia Psychologica*, *43*(4), 321–329.
- Fisher, B., Margolis, M., & Resnik, D. (1996). Surveying the Internet: Democratic Theory and Civic Life in Cyberspace. *Southeastern Political Review*, *24*(3). doi:<https://doi.org/10.1111/j.1747-1346.1996.tb00088.x>
- Folkman, S., & Lazarus, S. (1988). *Manual for the ways of coping questionnaire*. Palo Alto: Consulting Psychologist Press.
- Forbes, G., Freeman, R., McCombes, W., & Humphris, G. (2014). Job leaving intentions and occupation?related beliefs amongst preregistered dental nurses in Scotland: the mediating role of work engagement and personal accomplishment. *Community dentistry and oral epidemiology*, *42*(1), 11-19. doi:<https://doi.org/10.1111/cdoe.12042>
- Fornés, J., García, G., Frías, D., & Rosales, G. (2016). Coping, stress, and personality in Spanish nursing students: A longitudinal study. *Nurse Education Today*, *36*, 318-323. doi:<https://doi.org/10.1016/j.nedt.2015.08.011>
- Freeman, R. (1999). Barriers to accessing dental care: Dental health professional factors. *British Dental Journal*, *187*(4), 197-200. doi:10.1038/sj.bdj.4800238
- Freudenberger, H. J. (1974). Staff burnout. *Journal of Social Issues*, *30*(1), 159-165. doi:<https://doi.org/10.1111/j.1540-4560.1974.tb00706.x>
- Funder, D. (2001). Personality. *Annual Reviews Psychology*, *52*, 197-221. doi:<https://doi.org/10.1146/annurev.psych.52.1.197>
- Ganassali, S. (2008). The influence of the design of web survey questionnaires on the quality of responses. *Survey Researchs Methods*, *2*(1), 21-32. doi:<https://doi.org/10.18148/srm/2008.v2i1.598>
- Gandoy Crego, M., Clemente, M., Mayán Santos, J. M., & Espinosa, P. (2009). Personal determinants of burnout in nursing staff at geriatric centers. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, *48*(2), 246-249. doi:10.1016/j.archger.2008.01.016.
- Gantiva, C. A., James, S., & Villa, M. C. (2010). Síndrome de burnout y estrategias de afrontamiento en docentes de primaria y bachillerato. *Psicología desde el Caribe*, *50*, 36-50. Obtenido de <http://www.scielo.org.co/pdf/psdc/n26/n26a03.pdf>
- García Hernández, F. R. (1997). Selección y evaluación de categorías acerca de la persona sana o madura desde el modelo de los "Cinco Grandes". *Anales de psicología*, *13*(1), 1-18. Obtenido de <https://www.redalyc.org/pdf/167/16713101.pdf>
- García, M. (1995). Evaluación del burnout: estudio de la fiabilidad, estructura empírica y validez de la escala EPB. *Ansiedad y Estrés*(2-3), 219-229.

- García, M., Saéz, M. C., & Llor, B. (2000). Burnout, satisfacción laboral y bienestar en personal sanitario de salud mental. *Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 1, 215-228.
- García, S. S. (1993). La qualitat de vida professional com a avantatge competitiu. *Revista de Qualitat*, 11, 4-9.
- Garden, A. (1989). Burnout: The effect of psychological type on research findings. *Journal of Occupational Psychology*, 62, 223-234.
- Garden, A. (1991). Relationship between burnout and performance. *Psychological Reports*, 68(3), 963-977.
- Gil Monte, P. R. (2001). Falta de reciprocidad en los intercambios sociales como antecedente del "síndrome de quemarse por el trabajo" (burnout) en profesionales de enfermería: un estudio longitudinal. *Revista de Psicología Social Aplicada*, 1, 21-31.
- Gil Monte, P. R. (2002). Validez factorial de la adaptación al español del MBI-General Survey. *Salud Pública de México*, 44, 33-40.
- Gil Monte, P. R. (2003). Burnout síndrome: ¿síndrome de quemarse por el trabajo, desgaste profesional, estrés laboral o enfermedad de Tomás? *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 19(2), 181-197. Obtenido de <https://www.redalyc.org/pdf/2313/231318052004.pdf>
- Gil Monte, P. R. (2003). El síndrome de quemarse por el trabajo (síndrome de burnout en profesionales de enfermería). *Revista Electrónica Interacción Psy*, 1(1), 19-33.
- Gil Monte, P. R. (2005). *El síndrome de quemarse por el trabajo ("burnout")*. Una enfermedad laboral en la sociedad del bienestar. Madrid: Pirámide.
- Gil Monte, P. R., & Moreno Jiménez, B. (2007). *El síndrome de quemarse por el trabajo (burnout)*. Madrid: Pirámide.
- Gil Monte, P. R., & Peiró, J. M. (1997). *Desgaste psíquico en el trabajo: el síndrome de quemarse*. Madrid: Síntesis.
- Gil Monte, P. R., & Peiró, J. M. (1998). A study on significant sources of the "burnout syndrome" in workers at occupational centres for the mentally disabled. *Psychology in Spain*, 1, 116-123. Obtenido de https://www.researchgate.net/publication/28073622_A_study_on_significant_sources_of_the_burnout_syndrome_in_workers_at_occupational_centres_for_the_mentally_disabled
- Gil Monte, P. R., & Peiró, J. M. (1999). Perspectivas teóricas y modelos interpretativos para el estudio del síndrome de quemarse por el trabajo. *Anales de Psicología*, 15(2), 261-268. Obtenido de https://www.um.es/analesps/v15/v15_2pdf/12v98_05Llag2.PDF
- Gil Monte, P. R., & Peiró, J. M. (2000). Un estudio comparativo sobre criterios normativos y diferenciales para el diagnóstico del síndrome de quemarse por el trabajo (burnout) según el M.B.I.-HSS en España. *Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 2, 135-149. Obtenido de <https://journals.copmadrid.org/jwop/files/63237.pdf>
- Giménez, V. M. (2000). El fenómeno del "burnout" en las profesiones de ayuda. *Revista de Trabajo Social*, 159, 65-102.

- Gimeno, D., Benavides, F. G., Benach, J., Jarque, S., de Cambra, S., & Devesa, J. (2001). Emotional disorders in the working population: an emerging problem in occupational health? *Medicina Clínica*, *116*(13), 493-495. doi:[https://doi.org/10.1016/S0025-7753\(01\)71883-0](https://doi.org/10.1016/S0025-7753(01)71883-0)
- Golberg, L. R. (1981). Unconfounding situational attributions from uncertain, neutral and ambiguous ones: A psychometric analysis of descriptions of one self and various types of other. *Journal of Personality and Social Psychology*, *41*(3), 517-552. doi:<https://doi.org/10.1037/0022-3514.41.3.517>
- Golberg, L. R. (1982). From Ace to Zombie: Some explorations in the language of personality. En L. R. Golberg, C. D. Spielberger, & J. N. Butcher (Edits.), *Advances in personality assessments* (págs. Vol 1, pp. 203-234). Hillsdale, New Jersey: Erlbaum.
- Golembiewski, R. T., Munzenrider, R., & Carter, D. (1983). Phases of progressive burnout and their work-site covariants. *Journal of Applied Behavioral Science*, *13*, 461-482. doi:<https://doi.org/10.1177/002188638301900408>
- Golpayegan, M. A. (2017). Evaluating the Relation between Personality Properties with Job Satisfaction of the Staff. *Journal of History. Culture and Art Research*, *6*, 937-949. doi:10.7596/TAKSAD.V6I3.964
- González, M. T., & Landero, R. (2006). Síntomas psicósomáticos y teoría transaccional del estrés. *Ansiedad y Estrés*, *12*(1), 45-61. Obtenido de https://www.researchgate.net/publication/309968092_Sintomas_psicosomaticos_y_teoría_transaccional_del_estres
- González, R., Montoya, I., Casullo, M. M., & Bernabéu, J. (2002). Relación entre estilos y estrategias de afrontamiento y bienestar psicológico en adolescentes. *Psicothema*, *14*(2), 363-368. Obtenido de <http://www.psicothema.com/pdf/733.pdf>
- González-Roma, V., Ripol, P., Caballer, A., Ferreres, A., Gil, P., & Peiró, J. M. (1998). Comparación de modelos causales sobre la experiencia de urnout. Un estudio multimuestra. *Ansiedad y Estrés*, *1*, 81-85.
- Gorter, R. C. (2001). Burnout among dentists: a question of coping. *Ned Tijdschr Tandheelkd*, *108*, 458-61.
- Gorter, R. C., & Freeman, R. (2011). Burnout and engagement in relation with job demands and resources among dental staff in Northern Ireland. *Community Dental Oral Epidemiology*, *39*(1), 87-95. doi:<https://doi.org/10.1111/j.1600-0528.2010.00568.x>
- Gorter, R., Albrecht, G., Hoogstraten, J., & Eijkman, M. A. (1999). Professional burnout among Dutch dentists. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, *27*(2), 109-116. doi:10.1111/j.1600-0528.1999.tb01999.x
- Gorter, R., Jacobs, B., & Allard, R. (2012). Low burnout risk and high engagement levels among oral and maxillofacial surgeons. *European Journal of Oral Sciences*, *120*(1), 69-74. doi:<https://doi.org/10.1111/j.1600-0722.2011.00923.x>
- Görtiz, A. S. (2006). Incentives in web studies: Methodological issues and a review. *International Journal of Internet Science*, *1*(1), 58-70.

- Graham, J., Ramírez, A., Cull, A., & Finlay, I. (1996). Job stress and satisfaction among palliative physicians. *Palliative Medicine*, 3, 185-194.
- Grau, A., Flichtentrei, D., Suñer, R., Prats, M., & Braga, F. (2009). Influence of personal, professional and cross-national factors in burnout syndrome in Hispanic Americans and Spanish health workers. *Revista Española de Salud Pública*, 83(2), 215-230. Obtenido de https://www.researchgate.net/publication/26689591_Influence_of_Personal_Professional_and_Cross-National_Factors_in_Burnout_Syndrome_in_Hispanic_Americans_and_Spanish_Health_Workers_2007
- Green, D. E., Walkey, F. H., & Taylor, A. J. (1991). The three factor structure of the MBI: A multinational confirmatory study. *Journal of Social Behavior and Personality*, 6, 453-472.
- Guerrero, E. (2001). Una investigación con docentes universitarios sobre el afrontamiento de estrés laboral y el síndrome del "quemado". 1, 1-22. doi:<https://doi.org/10.35362/rie2512911>
- Guerrero, E., & Vicente, F. (2001). *Síndrome de "Burnout" o desgaste profesional y afrontamiento del estrés en el profesorado*. Cáceres: Universidad de Extremadura.
- Hakanen, J. J., Bakker, A. B., & Demerouti, E. (2005). How dentists cope with their job demands and stay engaged: the moderating role of job resources. *European Journal of Oral Sciences*, 113(6), 497-487. doi:<https://doi.org/10.1111/j.1600-0722.2005.00250.x>
- Henning, K., Ey, S., & Shaw, D. (1998). Perfectionism, the imposter phenomenon and psychological adjustment in medical, dental, nursing and pharmacy students. *Medical Education*, 32(5), 456-464. doi:10.1046/j.1365-2923.1998.00234.x
- Hernández-Díaz, A. (2008). *La calidad de vida en los dentistas en España (Tesis Doctoral)*. Salamanca. Obtenido de https://gredos.usal.es/bitstream/handle/10366/139593/DC_Hern%C3%A1ndezD%C3%ADazA_Calidaddevidadentistas.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Hernández-Martín, L., Fernández-Calvo, B., Ramos, F., & Contador, I. (2006). El síndrome de burnout en funcionarios de vigilancia de un centro penitenciario. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 6(3), 599-611. Obtenido de <https://www.redalyc.org/pdf/337/33760306.pdf>
- Hill, R. E., & Miller, E. L. (1981). Job change and middle season of man's life. *Academy of Management Journal*, 24(1), 114-127. doi:<https://doi.org/10.2307/255827>
- Hill, R. W., McIntire, K., & Bacharach, V. R. (1997). Perfectionism and the big five factors. *Journal of social behavior and personality*, 12(1), 257-270. Obtenido de https://www.researchgate.net/publication/232475470_Perfectionism_and_the_Big_Five_Factors
- Hinkle, D. E., Wiersma, W., & Jurs, S. G. (2003). *Applied Statistics for the Behavioral Sciences*. Boston: Houghton Mifflin.

- Hoffman, M. A., Levy-Shiff, R., & Malinski, D. (1996). Stress and adjustment in the transition to adolescence: Moderating effects of neuroticism and extroversion. *Journal of Youth and Adolescence*, 25(2), 161-175. doi:<https://doi.org/10.1007/BF01537342>
- Hogan, R. (1986). *Hogan Personality Inventory manual*. Minneapolis: National Computer Systems.
- Howard, S. K., Gaba, D. M., Rosekind, M. R., & Zarcone, V. P. (2002). The risks and implications of excessive daytime sleepiness in resident physicians. *Academic Medicine*, 77(10), 1019-1025. doi:10.1097/00001888-200210000-00015
- Hsu, Y., Chen, S. H., Yu, H. Y., & Lou, J. H. (2010). Job stress, achievement motivation and occupational burnout among male nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 66(7), 1592-1601. doi:<https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2010.05323.x>
- Huri, M., Bağış, N., Eren, H., Umaroğlu, M., & Orhan, K. (2016). Association between burnout and depressive symptoms among Turkish dentists. *Journal of Dental Sciences*, 11(4), 353-359. doi:<https://doi.org/10.1016/j.jds.2016.03.006>
- Huri, M., Bağış, N., Eren, H., Başibüyük, O., Şahin, S., Umaroğlu, M., & Orhan, K. (2016). Burnout and occupational participation among dentists with teaching responsibilities in universities. *Psychology, Health & Medicine*, 22(6), 1-8. doi:<https://doi.org/10.1080/13548506.2016.1210177>
- Huri, M., Bağış, N., Şahin, S., Eren, H., & Orhan, K. (2017). Factors Associated with Burnout in Dentistry from Occupational Therapy Perspective: A Systematic Review. *Journal ARSA (Actual Research Science Academic)*, 2(1), 10-15.
- INE, I. N. (19 de enero de 2018). *Encuesta sobre equipamiento y uso de tecnologías de Información y comunicación en los Hogares - año 2017*. Obtenido de http://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176741&menu=ultiDatos&idp=1254735976608.
- INE, I. N. (2020). *Instituto Nacional de Estadística (INE)*. Recuperado el 21 de julio de 2020, de <https://www.ine.es/jaxi/Tabla.htm?path=/t15/p416/serie/l0/&file=s03001.px&L=0>
- Ioannou, P., Katsikavali, V., Galanis, P., Velonakis, E., Papadatou, D., & Sourtzi, P. (2015). Impact of Job Satisfaction on Greek Nurses' Health-Related Quality of Life. *Safety and Health at Work*, 6(4), 324-328. doi:<https://doi.org/10.1016/j.shaw.2015.07.010>
- Iorga, M., Socolov, V., Muraru, D., Dirtu, C., Soponaru, C., Ilea, C., & Socolov, D. G. (2017). Factors Influencing Burnout Syndrome in Obstetrics and Gynecology Physicians. *Biomed. Research International*, 11, 9318534. doi:<https://doi.org/10.1155/2017/9318534>.
- Isaka, H. (1990). Factor Analysis of trait terms in everyday Japanese language. *Personality and Individual Differences*, 11(2), 115-124. doi:[https://doi.org/10.1016/0191-8869\(90\)90003-A](https://doi.org/10.1016/0191-8869(90)90003-A)
- Jackson, S. E., Schwab, R. L., & Schuler, R. S. (1986). Toward on understanding of the burnout phenomenon. *Journal of Applied Psychology*, 71(4), 630-640. doi:<https://doi.org/10.1037/0021-9010.71.4.630>

- Jin, M. U., Jeong, S. H., Kim, E. K., Choi, Y. H., & Song, K. B. (2015). Burnout and its related factors in Korean dentists. *International dental journal*, 65(1), 22-31.
doi:<https://doi.org/10.1111/idj.12142>.
- John, O. P. (1990). The "Big Five" factor taxonomy: Dimensions of personality in the natural language and in questionnaires. En O. P. John, & L. Pervin (Ed.), *Handbook of personality theory and research* (págs. 66-100). New York: Guilford.
- John, O., & Srivastava, S. (1999). *Handbook of personality: Theory and research: The Big Five trait taxonomy: History, measurement, and theoretical perspectives*. New York: Guilford.
- Joinson, A. N., & Reips, U. (2007). Personalized salutation, power of sender and response rates to webbased surveys. *Computers in Human Behavior*, 23(3), 1372-1383.
doi:<https://doi.org/10.1016/j.chb.2004.12.011>.
- Kahill, S. (1988). Symptoms of professional burnout: A review of the empirical evidence. *Canadian Psychology/Psychologie canadienne*, 29(3), 284-297.
doi:<https://doi.org/10.1037/h0079772>
- Kanai-Pak, M., Aiken, L. H., Sloane, D. M., & Poghosyan, L. (2008). Poor work environments and nurse inexperience are associated with burnout, job dissatisfaction and quality deficits in Japanese hospitals. *Journal of Clinical Nursing*, 17(24), 3324-3329.
doi:<https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2008.02639.x>.
- Karasek, R., & Theorell, T. (1990). *Stress, productivity, and the reconstruction of working life*. New York: Basic Books.
- Karger, H. J. (1981). Burnout as alienation. *The Social Service Review*, 55, 270-283.
doi:<http://dx.doi.org/10.1086/643917>
- Kesner, M. (1 de septiembre de 2011). *Burnout in dentistry: the cause and the cure*. Recuperado el 2017 de noviembre de 26, de Dental Economics:
<https://www.dentaleconomics.com/practice/article/16394436/burnout-in-dentistry-the-cause-and-the-cure>
- Kheiraoui, F., Gualano, M. R., Mannocci, A., Boccia, A., & La Torre, G. (2012). Quality of life among healthcare workers: A multi centre cross-sectional study in Italy. *Public Health*, 126(7), 624-629. doi:<https://doi.org/10.1016/j.puhe.2012.03.006>
- Kleinke, C. (2007). What does it mean to cope? En A. Monat, R. Lazarus, & G. Reeve (Edits.), *Ch. 16: The Praeger handbook on stress and coping*. Westport: Praeger.
- Knoll, M. A., Uther, M., & Costall, A. (2011). Using the Internet for speech research: an evaluative study examining affect in speech. *Behaviour & Information Technology*, 30(6), 845-851. doi:<https://doi.org/10.1080/0144929X.2011.577192>
- Krzemien, D., Urquijo, S., & Monchietti, A. (2004). Aprendizaje social y estrategias de afrontamiento a los sucesos críticos del envejecimiento femenino. *Psicothema*, 16(3), 350-356. Obtenido de <http://www.psicothema.com/psicothema.asp?id=3001>
- Kumar, S. (2011). Burnout and psychiatrists: what do we know and where to from here? *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 20(4), 295-301.
doi:<https://doi.org/10.1017/S204579601100059X>

- Lasalvia, A., & Tansella, M. (2011). Occupational stress and job burnout in mental health. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 20(4), 279-285. doi:<https://doi.org/10.1017/S2045796011000576>
- Lasalvia, A., Bonetto, C., Bertani, M., Bissoli, S., Cristofalo, D., Marrella, G., . . . PICOS-Veneto Group. (2009). Influence of perceived organisational factors on job burnout: survey of community mental health staff. *The British Journal of Psychiatry*, 195(6), 537-544. doi:<https://doi.org/10.1192/bjp.bp.108.060871>
- Lázaro, S. (2004). El desgaste profesional (Síndrome de Burnout) en los trabajadores sociales. En O. Vázquez, & J. A. Domínguez, *¿Es posible otro mundo?: V Congreso de Escuelas de Trabajo Social* (Vol. 4, págs. 499-506). Huelva: Universidad de Huelva. Obtenido de <http://rabida.uhu.es/dspace/bitstream/handle/10272/191/b15139372.pdf?sequence=1>
- Lazarus, R., & Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal and Coping*. New York: Springer Publishing Company.
- Lazarus, R., & Folkman, S. (1984). Escala de modos de afrontamiento. Estrés, evaluación y afrontamiento. *Journal of Health and Social Behavior*, 45, 150-170.
- Lazarus, R., & Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Ediciones Martínez Roca.
- Lazarus, R., & Lazarus, B. (2000). *Pasión y Razón: La comprensión de nuestras emociones*. Barcelona: Paidós.
- León, N. (2009). Consideraciones de seguridad en el diseño de un consultorio odontológico. *Acta Odontológica Venezolana*, 47(3), 31-36.
- Levey, R. E. (2001). Sources of stress for residents and recommendations for programs to assist them. *Academic Medicine*, 76(2), 142-150. doi:10.1097/00001888-200102000-00010
- Lewis, E. G., Jacqueline, M., & Cardwell, J. M. (2020). The big five personality traits, perfectionism and their association with mental health among UK students on professional degree programmes. *BMC Psychology*, 8, 54. doi:<https://doi.org/10.1186/s40359-020-00423-3>
- Lim, V. K., & Yuen, E. (1998). Doctors, patients, and perceived job image: An empirical study of stress and nurses. *Singapore. Journal of Behavioral Medicine*, 3, 269-282.
- Llodra, J. C. (2010). *La demografía de los dentistas en España. Situación pasada, presente y futura. Análisis 1994-2020*. Madrid: Consejo General de Colegios de Odontólogos y Estomatólogos de España. Obtenido de <https://www.consejodentistas.es/comunicacion/actualidad-del-consejo/publicaciones-del-consejo/libros-del-consejo/item/207-la-demografia-de-los-dentistas-en-espana.html>
- Londoño, N. H., Henao, G. C., Puerta, I. C., Posada, S., Arango, D., & Aguirre, D. C. (2006). Propiedades psicométricas y validación de la Escala de Estrategias de Coping Modificada (EEC-M) en una muestra colombiana. *Universitas Pshicologica*, 5(2), 327-349. Obtenido de <https://www.redalyc.org/pdf/647/64750210.pdf>

- Loosveldt, G., & Sonck, N. (2008). An evaluation of the weighting procedures for an online access panel survey. *Survey Research Methods*, 2(2), 93-105. doi:<https://doi.org/10.18148/srm/2008.v2i2.82>.
- Lozano, A., & Montalbán, M. (1999). Algunos predictores psicosociales de burnout. *Gestión Hospitalaria*, 2, 66-74.
- Luecken, L. J., Suarez, E. C., Kuhn, C. M., Barefoot, J. C., Blumenthal, J. A., Siegler, I. C., & Williams, R. B. (1997). Stress in employed women: impact of marital status and children at home on neurohormone output and home strain. *Psychosomatic Medicine*, 59(4), 352-359. doi:10.1097/00006842-199707000-00003.
- Lyne, K., & Roger, D. (2000). A psychometric re?assessment of the COPE questionnaire. *Personality and Individual Differences*, 29(2), 321-335. doi:[https://doi.org/10.1016/S0191-8869\(99\)00196-8](https://doi.org/10.1016/S0191-8869(99)00196-8)
- Maccacaro, G., Di Tommaso, F., Ferrai, P., Bonatti, D., Bombana, S., & Merseburger, A. (2011). The effort of being male: a survey on gender and burnout. *La Medicina del Lavoro*, 286-296.
- Mäkikangas, A., & Kinnunen, U. (2016). The person-oriented approach to burnout : A systematic review. *Burnout Research*, 3(March), 11-23. doi:10.1016/j.burn.2015.12.002
- Mäkikangas, A., Hyvönen, K., & Feldt, T. (2017). The energy and identification continua of burnout and work engagement: Developmental profiles over eight years. *Burnout Research*, 5, 445-454. doi:<https://doi.org/10.1016/j.burn.2017.04.002>
- Manga, D., Ramos, F., & Morán, C. (2004). The Spanish norms of the NEO Five? Factor Inventory: new data and analyses for its improvement. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 4(3), 639-648. Obtenido de https://www.researchgate.net/publication/28097989_The_Spanish_Norms_of_the_NEO_Five-Factor_Inventory_New_Data_and_Analyses_for_its_Improvement
- Manzano, G. (2001). Estrés crónico laboral asistencial (burnout) en las administraciones públicas. *Revista de Dirección, Organización y Administración de Empresas*, 25, 148-159. Obtenido de <https://revistadyo.es/DyO/index.php/dyo/article/view/230/230>
- Maricuțoiu, L. P., Sulea, C., & Iancu, A. (2017). Work engagement or burnout: Which comes first? A meta-analysis of longitudinal evidence. *Burnout Research*, 5((2017)), 35-43. Obtenido de <https://daneshyari.com/article/preview/4930040.pdf>
- Marks, I. M. (1981). *Cure and care of neorosis*. . New York: John Wiley and Sons.
- Marks, I. M. (1987). *Fears, phobias, and rituals*. Oxford: Oxford: Oxford University Press.
- Martínez Pérez, A. (2010). El síndrome de Burnout. Evolución conceptual y estado actual de la cuestión. *Revista de Comunicación Vivat Academia*, 112, 42-80. doi:<http://dx.doi.org/10.15178/va.2010.112.42-80>
- Martínez-Zaragoza, F. (2018). Personality and interpersonal behaviour may impact on burnout in nurses. *Evidence-Based Nursing*, 24(1), 24. doi:<http://dx.doi.org/10.1136/eb-2017-102797>

- Martos, Á., Pérez-Fuentes, M. C., Molero, M. M., Gázquez, J. J., Simón, M. M., & Barragán, A. B. (2018). Burnout and engagement en estudiantes de Ciencias de la Salud. *European Journal Investigaton in health, psychology and education*, 8(1), 23-36. doi:<https://doi.org/10.30552/ejihpe.v8i1.223>.
- Maslach, C. (1977). *Burnout: A Social Psychosomatic Análisi*. Paper Presented at the Meeting of american Psychological Association, San Francisco.
- Maslach, C. (1999). *Progress in understanding teacher burnout* (Vol. Understanding and preventing teacher burnout). Nueva York: Cambridge University Press.
- Maslach, C. (2006). Understanding job burnout. En A. M. Rossi, P. Perrewe, & S. Sauter (Edits.), *Stress and quality of working life: current perspectives in occupational health* (págs. 37-51). Greenwich: Information Age Publishing.
- Maslach, C. (2009). Comprendiendo el Burnout. *Ciencia y trabajo*, 11(32), 37-43. Obtenido de <https://www.vitoria-gasteiz.org/wb021/http/contenidosEstaticos/adjuntos/es/16/40/51640.pdf>
- Maslach, C. (2017). Finding solutions to the problem of burnout. *Consulting Psychology Journal Practice and Research*, 69(2), 143-152. doi:10.1037/cpb0000090.
- Maslach, C., & Jackson, S. (1986). *Maslach Burnout Inventory Manual*. Palo alto: Consulting Psychology Press.
- Maslach, C., & Jackson, S. E. (1978). Lawyer Burnout. *Barrister*, 5(2), 52-54. Obtenido de https://www.researchgate.net/publication/284252266_Lawyer_burnout
- Maslach, C., & Jackson, S. E. (1981). *MBI: Maslach Bur- nout Inventory*. Palo Alto: Universidad de California.
- Maslach, C., & Jackson, S. E. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of Occupational Behaviour*, 2(2), 99-113. doi:<https://doi.org/10.1002/job.4030020205>
- Maslach, C., & Jackson, S. E. (1996). *Maslach Burnout Inventory-Human Services Survey (MBI-HSS)*. Palo Alto: Consulting Psychologist Press.
- Maslach, C., & Leiter, M. P. (1997). *The truth about burnout*. San Francisco: Jossey Bass.
- Maslach, C., & Leiter, M. P. (1999). *Teacher burnout: A research agenda*. New York: Cambridge University Press.
- Maslach, C., & Leiter, M. P. (2016). Stress: Concepts, Cognition, Emotion and Behavior. En I. H. Series, & G. Frink (Ed.). London: Academic Press.
- Maslach, C., Jackson, S. E., & Leiter, M. P. (1996). *Maslach Burnout Inventory Manual*. Palo Alto: Consulting Psychologists Press. University of California.
- Maslach, C., Leiter, M. P., & Schaufeli, W. B. (2008). Measuring burnout. En *The oxford handbook of organizational well- being* (págs. 86-108). Oxford: Oxford University Press.
- Maslach, C., Schaufeli, W., & Leiter, M. P. (2001). Job burnout. *Annual Review of Psychology*, 52, 397-422. doi:<https://doi.org/10.1146/annurev.psych.52.1.397>.

- McAdams, D. P. (1992). The Five Model IN Personality: A Critical Appraisal. *Journal of Personality*, 60(2), 330-361. doi:<https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.1992.tb00976.x>
- McCrae, R. R. (1987). Creativity, divergent thinking, and openness to experience. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52(6), 1258-1265. doi:<https://doi.org/10.1037/0022-3514.52.6.1258>
- McCrae, R. R. (1989). Why I advocate the five-factor model: Joint analysis of the NEO-PI and other instruments. En R. R. McCrae, D. M. Buss, & N. Cantor (Edits.), *Personality psychology: Recent trends and emerging directions* (págs. 237-245). New York: Springer-Verlag.
- McCrae, R. R., & Costa, P. (1986). Personality and coping effectiveness in an adult sample. *Journal of Personality*, 54(2), 385-404.
- McCrae, R. R., & Costa, P. T. (1990). *Personality in Adulthood. A Five-Factor Theory Perspective*. New York: Guilford Press.
- McCrae, R. R., & Costa, P. T. (1991). The NEO Personality Inventory: Using the Five-Factor Model in counseling. *Journal of Counseling and Development*, 69, 362-372.
- McCrae, R. R., & Costa, P. T. (2003). *Personality in adulthood: A fivefactor theory perspective*. New York: Guilford Press.
- McCrae, R., Costa, P., Ostendorf, F., Angleitner, A., Harcaron, M., Avia, M., . . . Smith, P. (2000). Nature Over Nurture. Temperament, Personality, and Life Spand Development. *Journal of Personality and Social Psychology*, 78(1), 173-186. doi:10.1037//0022-3514.78.1.173
- McCray, L. W., Cronholm, P. F., Bogner, H. R., Gallo, J. J., & Neill, R. A. (2008). Resident physician burnout: Is there hope? *Family medicine*, 40(9), 626-632. Obtenido de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2903755/>
- McManus, I. C., Jonvik, H., Richards, P., & Paice, E. (2011). Vocation and avocation: Leisure activities correlate with professional engagement, but not burnout, in a cross-sectional survey of UK doctors. *BMC Med*, 9, 2-18. doi:<https://doi.org/10.1186/1741-7015-9-100>
- Mealer, M., Burnham, E. L., Goode, C. J., Rothbaum, B., & Moss, M. (2009). The prevalence and impact of post traumatic stress disorder and burnout syndrome in nurses. *Depress Anxiety*, 26(12), 1118-1126. doi:<https://doi.org/10.1002/da.20631>
- Meneses de Lucena, C. V., Fernández, C. B., Hernández, M. L., & Ramos, C. F. (2006). Resiliencia y el modelo burnout-engagement en cuidadores formales de ancianos. *Psicothema*, 18(4), 791-796. Obtenido de <http://www.psicothema.com/pdf/3310.pdf>
- Messer, B. L., & Dillman, D. A. (2010). *Using address based sampling to survey the general public by mail vs. "Web plus mail"*. Pullman: Social and Economic Sciences Research Center, Washington State University. Obtenido de <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.474.2487&rep=rep1&type=pdf>
- Meye, H. A., Hänze, M., Güntekin, E., Grebe, M., Brede, P., & Hildebrandt, M. (1999). Computers as pacemakers: The influence of system response time on navigating through hypertext. *Current Internet- science trends, techniques, results*. (U. D. Reips, B. Batinic, W. Bandilla, M. Bonsjak, L. Gräf, K. Moser, & A. A. Werner, Edits.) Zürich.

- Mingote, J. C. (1988). Síndrome burnout o síndrome de desgaste profesional. *Formación Médica Continua en Atención Primaria*, 5(8), 493-503.
- Ministerio de Educación, C. y. (2009-2010). *Inserción laboral de los egresados universitarios. La perspectiva de la afiliación a la Seguridad Social*. Recuperado el 10 de abril de 2017, de https://ccsu.es/sites/default/files/insercion_laboral_de_los_egresados_universitarios._la_persperctiva_de_la_afiliacion_a_la_seguridad_social.pdf
- Mirbaha, S., Kashani, P., Dolatabadi, A. A., Amini, A., Meschi, F., & Baratloo, A. (2017). The prevalence of personality disorders in nurses: Role of the workplace environment. *Journal of Emergency Practice and Trauma*, 3(2), 59-63. doi:10.15171/JEPT.2017.22
- Mischel, W. (2004). Toward an integrative science of the person. *Annual Review of Psychology*, 55, 1-22. doi:<https://doi.org/10.1146/annurev.psych.55.042902.130709>
- Mitler, M. M., Dement, W. C., & Dinges, D. F. (2000). Sleep medicine, public policy, and public health. En M. H. Kryger, T. Roth, & W. C. Dement (Edits.), *Principles and practice of sleep medicine. 3rd edition* (págs. 580-588). Philadelphia: WB Saunders.
- Mojsa-Kaja, J., Golonka, K., & Marek, T. (2015). Job burnout and engagement among teachers- Worklife areas and personality traits as predictors of relationships with workl. *International. Journal of Occupational Medicine and Environmental Health*, 28(1), 102-119. doi:<https://doi.org/10.13075/ijomeh.1896.00238>.
- Molero, M. M., Pérez-Fuentes, M. C., Gázquez, J. J., & Barragán, A. B. (2018). Burnout in Health Professionals According to their Self-Esteem, Social Support and Empathy Profile. *Frontiers in Psychology*, 9, 424. doi:<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.00424>
- Molero, M. M., Pérez-Fuentes, M. C., Gázquez, J. J., Simón, M. M., & Martos, Á. (2018). Burnout Risk and Protection Factors in Certified Nursing Aides. *International Journal of Environmental. Research and Public Health*, 15(6), 1116. doi:<https://doi.org/10.3390/ijerph15061116>
- Montoya, P. A., & Moreno, S. (2012). Relación entre síndrome de burnout, estrategias de afrontamiento y engagement. *Psicología desde el Caribe. Universidad del Norte*, 29(1), 204-227. Obtenido de <http://www.scielo.org.co/pdf/psdc/v29n1/v29n1a11.pdf>
- Mook, D. G. (1983). In defense of external invalidity. *American Psychologist*, 38(4), 379-387. doi:<https://doi.org/10.1037/0003-066X.38.4.379>
- Morán, C. (2003). *Relacion entre variables de personalidad y estrategias de afrontamiento del estres laboral. (Tesis doctoral)*. León: Universidad de León.
- Morán, C. (2005). Personalidad, afrontamiento y burnout en profesionales que atienden a personas con discapacidad. *Revista Española sobre Discapacidad Intelectual*, 36(1), 30-39.
- Morán, C. (2009). *Estrés, burnout y mobbing. Recursos y estrategias de afrontamiento*. Salamanca: Amarú.
- Morán, C., Landero, R., & González, M. T. (2010). COPE-28: un análisis psicométrico de la versión en español del Brief COPE. *Universitas Psychologica*, 9(2), 543-552. Obtenido de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/up/v9n2/v9n2a20.pdf>

- Moreira, D. S., Magnago, R. F., Sakae, T. M., & Magajewski, F. R. (2009). Prevalence of burnout syndrome in nursing staff in a large hospital in south of Brazil. *Cuadernos de Saude Publica*, 25(7), 1559-1568. doi:<https://doi.org/10.1590/S0102-311X2009000700014>
- Moreno, B., Oliver, C., & Aragoneses, A. (1991). El "burnout", una forma especifica de estrés laboral. En *Manual de Psicología Clínica Aplicada* (págs. 271-284). Madrid: Siglo XXI.
- Moriana, J. A., & Herruzo, J. (2004). estrés y burnout en profesores. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 4(3), 597-621. Obtenido de https://aepc.es/ijchp/articulos_pdf/ijchp-126.pdf.
- Moriana, J. A., & Herruzo, J. (2005). El síndrome de burnout como predictor de bajas laborales de tipo psiquiátrico. *Clínica y Salud*, 16(2), 161-172. Obtenido de <http://www.copmadrid.org/webcopm/publicaciones/clinica/95783.pdf>.
- Moriana, J. A., Alós, F., Pino, M. J., Herruzo, J., Ruiz, R., Alcalá, R., & Corpas, A. J. (2006). Análisis y comparación del nivel de burnout en dos profesiones asistenciales. *Psicología Conductual*, 14(1), 7-17. Obtenido de https://www.researchgate.net/publication/236942582_ANALISIS_Y_COMPARACION_DEL_NIVEL_DE_BURNOUT_EN_DOS_PROFESIONES_ASISTENCIALES
- Moss, R., & Schaefer, J. (1993). Coping resources and processes: current concepts and measures. En L. Golberger, & S. Breznitz (Edits.), *Handbook of stress: theoretical and clinical aspects* (págs. 234-257). New York: Kree Press.
- Muñoz Leiva, F., Sánchez Fernández, J., Montoro Ríos, F., & Ibáñez Zapata, J. A. (2009). Improving the response rate and quality in Web-based surveys through the personalization and frequency of reminder mailings. *Quality & Quantity*, 44, 1037-1052. doi:<https://doi.org/10.1007/s11135-009-9256-5>.
- Muñoz, M. J., López, S., Fernández, B., Medina, M. I., Pérez, I., & Torrente, M. J. (2001). Estudio sobre "burnout" en la U.C.I. Hospital Torrecárdenas de Almería. En *Enfermería y salud laboral: "Un enfoque hacia el futuro"* (págs. 189-195). Almería: Universidad de Almería Servicio de Publicaciones.
- Myers, H. L., & Myers, L. B. (2004). 'It's difficult being a dentist': stress and health in the general dental practitioner. *British Dental Journal*, 197, 89-93. doi:<https://doi.org/10.1038/sj.bdj.4811476>
- Newbury-Birch, D., & Kamali, F. (2001). Psychological stress, anxiety, depression, job satisfaction, and personality characteristics in preregistration house officers. *Postgraduate Medical Journal*, 77(904), 109-111. doi:10.1136/pmj.77.904.109
- Norman, W. T. (1963). Toward an adequate taxonomy of personality attributes: Replicated factor structure in peer-nomination personality ratings. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 66(6), 574-583. doi:<https://doi.org/10.1037/h0040291>
- Norman, W. T. (1967). . 2800 personality trait descriptors: Normative operating characteristics for a university population. Ann Arbor, Michigan: Departament of Psychology, University of Michigan.
- Ntantana, A., Matamis, D., Savvidou, S., Giannakou, M., Gouva, M., Nakos, G., & Koulouras, V. (2017). Burnout and job satisfaction of intensive care personnel and the relationship

- with personality and religious traits: An observational, multicenter, cross-sectional study. *Intensive and Critical Care Nursing*, 41, 11-17.
doi:<https://doi.org/10.1016/j.iccn.2017.02.009>
- Nunes, M. F., & Matías Freire, M. C. (2006). Quality of life among dentists of a local public health service. *Revista Saúde Pública*, 40(6), 1019-1026.
- O'Connor, K., Muller, D., & Pitman, S. (2018). Burnout in mental health professionals: A systematic review and meta-analysis of prevalence and determinants. *European Psychiatry*, 53, 74-99. doi:10.1016/j.eurpsy.2018.06.003
- Olivares, V. (2009). Análisis de las propiedades psicométricas del Maslach Burnout Inventory Human Services (MBI-HSS) en profesionales chilenos. *Ciencia y Trabajo*, 34, 217-221. Obtenido de https://dialnet.unirioja.es/servlet/ejemplar?codigo=236083&info=open_link_ejemplar
- Olmedo, M., Santed, M. A., Jiménez, R., & Gómez, M. D. (2001). El síndrome de Burnout: variables laborales, personales y psicopatológicas asociadas. *Psiquis. Revista de Psiquiatría, Psicología y Psicosomática*, 22, 117-129.
- Ortega Ruiz, C., & 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. Obtenido de http://www.aepc.es/ijchp/articulos_pdf/ijchp-100.pdf
- Ozer, D., & Benet-Martínez, V. (2006). Personality and the Prediction of Consequential Outcomes. *Annual Reviews of Psychology*, 57, 401-419.
doi:10.1146/annurev.psych.57.102904.190127
- Palomares, N. A., & Flanagin, A. J. (2005). The potential of electronic communication and information technologies as research tools: Promise and perils for the future of communication research. *Annals of the International Communication Association*, 29(1), 147-186. doi:<https://doi.org/10.1080/23808985.2005.11679046>.
- Panagioti, M., Geraghty, K., & Johnson, J. (2018). How to prevent burnout in cardiologists? A review of the current evidence, gaps and future directions. *Trends in Cardiovascular Medicine*, 28(1), 1-7. doi:<https://doi.org/10.1016/j.tcm.2017.06.018>
- Parkes, K. R. (1998). Estrés, trabajo y salud: características laborales, contexto ocupacional y diferencias individuales. En J. Buendía (Ed.), *Estrés laboral y salud* (págs. 79-109). Madrid: Biblioteca Nueva.
- Penley, J., & Tomaka, J. (2002). Associations among the Big Five, emotional responses and coping with acute stress. *Personality and Individual Differences*, 32(7), 1215-1228.
doi:[https://doi.org/10.1016/S0191-8869\(01\)00087-3](https://doi.org/10.1016/S0191-8869(01)00087-3)
- Perczek, R., Carver, C. S., Price, A. A., & Pozo-Kaderman, C. (2000). Coping, mood, and aspects of personality in Spanish translation and evidence of convergence with English versions. *Journal of Personality Assessment*, 74(1), 63-87.
doi:<https://doi.org/10.1207/S15327752JPA740105>

- Pérez-Fuentes, M. C., Molero Jurado, M. M., Martos Martínez, A., & Gázquez Linares, J. J. (2019). Burnout and Engagement: Personality Profiles in Nursing Professionals. *Journal of Clinical Medicine*, 8(3), 286. doi:<https://doi.org/10.3390/jcm8030286>.
- Pérez-Fuentes, M. C., Molero, M. M., Gázquez, J. J., & Oropesa, N. F. (2018). The Role of Emotional Intelligence in Engagement in Nurses. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(9), 1915. doi:<https://doi.org/10.3390/ijerph15091915>
- Pérez-Fuentes, M. C., Molero, M. M., Gázquez, J. J., & Simón, M. M. (2019). Analysis of Burnout Predictors in Nursing: Risk and Protective Psychological Factors. *The European Journal of Psychology Applied to Legal Context*, 11(1), 33-40. doi:<https://doi.org/10.5093/ejpalc2018a13>
- Picavet, H. S., & Hazes, J. M. (2003). Prevalence of self reported musculoskeletal diseases is high. *Ann Rheum Dis*, 62(7), 644-650. doi:<http://dx.doi.org/10.1136/ard.62.7.644>
- Pilles, A., & Aronson, E. (1988). *Career burnout: Causes and cures*. New York: Free Press.
- Puriene, A., Aleksejuniene, J., Petrauskiene, J., Balciuniene, I., & Janulyte, V. (2008). Self-perceived mental health and job satisfaction among lithuanian dentists. *Industrial Health*, 46(3), 247-252. doi:<https://doi.org/10.2486/indhealth.46.247>
- Purvanova, R. K., & Muros, J. P. (2010). Gender differences in burnout: A meta-analysis. *Journal of Vocational Behavior*, 77(2), 168-185. doi:<https://doi.org/10.1016/j.jvb.2010.04.006>
- Quaas, C. (2006). Diagnóstico de burnout y técnicas de afrontamiento al estrés en profesores. *Psicoperspectivas. Individuo y Sociedad*, 5(1), 65-75. doi:10.5027/psicoperspectivas-Vol5-Issue1-fulltext-35
- Queiros, C., Carlotto, M. S., Kaiseler, M., Dias, S., & Pereira, A. M. (2013). Predictors of burnout among nurses: An interactionist approach. *Psicothema*, 25, 330-335. doi:10.7334/psicothema2012.246
- Quiceno, J. M., & Alpi, V. S. (2007). Síndrome de quemarse en el trabajo. *Acta Colombiana de Psicología*, 10(2), 117-125. Obtenido de <https://www.redalyc.org/pdf/798/79810212.pdf>
- Rada, R. E., & Jhonson-Leong, C. (2004). Stress, burnout, anxiety and depression among dentists. *The Journal of the American Dental Association*, 135(6), 788-794. doi:<https://doi.org/10.14219/jada.archive.2004.0279>
- REGCESS. (6 de junio de 2017). *Registro General de centros, servicios y establecimientos sanitarios*. Recuperado el 2017, de <http://regcess.mscbs.es/regcessWeb/inicioBuscarCentrosAction.do>
- Ríos Santos, J. V., Reyes Torres, M., López Jiménez, A., Morillo Velázquez, J. M., & Bullón, P. (2010). Burnout and depression among Spanish periodontology practitioners. *Medicina Oral Patología Oral y Cirugía Bucal*, 15(5), e813-e819. doi:10.4317/medoral.15.e813
- Ríos, A., Sánchez Gascón, F., Martínez Lage, J. F., & Guerrero, M. (2006). Influence of residency training on personal stress and impairment in family life: analysis of related factors. *Medical Principles and Practice*, 15, 276-280. doi:<https://doi.org/10.1159/000092990>

- Rodríguez Amaya, R. (2014). Síndrome de burnout en guardianes penitenciarios, Bucaramanga, Colombia. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 43, 146-153. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.rcp.2014.03.001>
- Rodríguez, J. (2010). Propuesta: Programa Integral de Autocuidado. *Enfermería en Costa Rica*, 31(1), 2-7. Obtenido de <https://www.binasss.sa.cr/revistas/enfermeria/v31n1/art2.pdf>
- Rodríguez, M. J., Pastor, M. A., & López, R. S. (1993). Afrontamiento, apoyo social, calidad de vida y enfermedad. *Psicothema*, 5(1), 349-372. Obtenido de <http://www.psicothema.com/psicothema.asp?id=1148>
- Rohman, C. (1987). *A study of bur-nout among psychologists (Doctoral dissertation)*. Rutgers: University of New Jersey.
- Romero, A. E., Zapata, R., García Mas, A., Brustad, R. J., Garrido, R., & Letelier, A. (2010). Estrategias de afrontamiento y bienestar psicológico en jóvenes tenistas de competición. *Revista de Psicología del Deporte*, 19(1), 117-133. Obtenido de <https://www.redalyc.org/pdf/2351/235116414008.pdf>
- Romero, E. (2002). Investigación en psicología de la personalidad: Líneas de evolución y situación actual. *Boletín de Psicología*, 74, 39-77. Obtenido de <https://www.uv.es/seoane/boletin/previos/N74-3.pdf>
- Romero, E. (2005). ¿Qué unidades debemos emplear? Las "dos disciplinas" de la psicología de la personalidad. *Anales de Psicología*, 21, 244-258. Obtenido de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=167/16721206>
- Roth, S., & Cohen, L. (1986). Approach, avoidance and coping with stress. *American Psychologist*, 41(7), 813-819. doi:<https://doi.org/10.1037/0003-066X.41.7.813>
- Salanova, M., & Llorens, S. (2008). Estado actual y retos futuros en el estudio del burnout. *Papeles del Psicólogo*, 29(1), 59-67. Obtenido de <http://papelesdelpsicologo.es/pdf/1539.pdf>
- Sánchez, R., & Ledesma, R. (2007). *Los cinco grandes factores de la personalidad ¿Cómo entender la personalidad y cómo evaluarla? Conocimiento para la transformación*. Mar del Plata: Universidad Atlántida Argentina. Obtenido de https://www.researchgate.net/publication/338111357_Los_Cinco_Grandes_Factores_como_entender_la_personalidad_y_como_evaluarla
- Sandín, B., Chorot, P., Santed, M. A., & Jiménez, M. P. (1995). Trastornos psicósomáticos. En A. Belloch, B. Sandín, & F. Ramos (Edits.), *Manual de psicopatología* (págs. 401-469). Madrid: Interamericana.
- Sandín, B., Simons, J. S., Valiente, R. M., Simons, R. M., & Chorot, P. (2017). Psychometric properties of the Spanish version of the Distress Tolerance Scale and its relationship with personality and psychopathological symptoms. *Psicothema*, 29(3), 421-428. doi:10.7334/psicothema2016.239
- Sanz, J., Gil, F., García-Vera, M. P., & Barrasa, A. (2008). Needs and cognitive/behavior patterns at work and the Big Five: An assessment of the Personality and Preference Inventory Normative (PAPI-N) from the perspective of the five-factor model. *International*

- Journal of Selection and Assessment*, 16(1), 46-58. doi:10.1111/j.1468-2389.2008.00408.x
- Sanz, J., Silva, F., & Avia, M. (1999). La evaluación de la personalidad desde el modelo de los "Cinco Grandes": El Inventario de Cinco-Factores NEO (NEO-FFI) de Costa y McCrae. En F. Silva (Ed.), *Avances en Evaluación Psicológica* (págs. 171-234). Valencia: Promolibro.
- Schaufeli, W. B., & Bakker, A. B. (2004). Job demands, job resources and their relationship with burnout and engagement: a multi-sample study. *Journal of Organizational Behavior*, 25, 293-315. doi:10.1002/job.248
- Schaufeli, W. B., & Enzmann, D. (1998). *The burnout companion to study and practice: a critical analysis*. London: Taylor & Francis.
- Schaufeli, W. B., Leiter, M. P., & Maslach, C. (2009). Burnout: 35 years of research and practice. *The Career Development International*, 14(3), 204-220. doi:https://doi.org/10.1108/13620430910966406
- Schutte, N., Toppinen, S., Kalimo, R., & Schaufeli, W. (2000). The factorial validity of the Maslach Burnout Inventory-General Survey (MBI-GS) across occupational groups and nations. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 73(1), 53-66. doi:https://doi.org/10.1348/096317900166877
- Shirom, A. (2009). Acerca de la Validez del Constructo, Predictores Consecuencias del Burnout en el Lugar de Trabajo. *Ciencia & Trabajo*, 11(32), 44-54. doi:https://doi.org/10.1177/0049124108327130
- Shropshire, K. O., Hawdon, J. E., & Witte, J. C. (2009). Web survey design: Balancing measurement, response, and topical interest. *Sociological Methods and Research*, 37(3), 344-370.
- Shurtz, J. D., Mayhew, R. B., & Cayton, T. G. (1986). Depression, Recognition and Control. *Dental Clinics of North America*, 30, 55-65.
- Sibert, C. S. (1982). The effect of small cooperative task-oriented groups upon student attitude and learning in a college classroom. *Dissertation Abstract International*, 42-5071.
- Singh, P., Aulak, D. S., Mangat, S. S., & Aulak, M. s. (2016). Systematic review: factors contributing to burnout in dentistry. *Occupational Medicine*, 66(1), 27-31. doi:https://doi.org/10.1093/occmed/kqv119
- Skitka, L., & Sargis, E. G. (2006). The Internet as a Psychological Laboratory. *Annual Review of Psychology*, 57(1), 529-555. doi:10.1146/annurev.psych.57.102904.190048
- Smith, T. W., & Williams, P. G. (1992). Personality and Health: Advantages and Limitations of the Five-Factor Model. *Journal of Personality*, 60(2), 395-423. doi:https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.1992.tb00978.x
- Snyder, C. (1999). *Coping: The Psychology of what works*. New York: Oxford University Press.
- Sobrequés, J., Cebrià, J., Segura, J., Rodríguez, C., García, M., & Juncosa, S. (2003). Job satisfaction and burnout in general practitioners. *Atención Primaria*, 31(4), 227-233. doi:https://doi.org/10.1016/S0212-6567(03)79164-1

- Song, K. W., Choi, W. S., Jee, H. J., Yuh, C. S., Kim, Y. K., Kim, L., . . . Cho, C. H. (2017). Correlation of occupational stress with depression, anxiety, and sleep in Korean dentists: cross-sectional study. *BMC Psychiatry*, *17*(1), 398. doi:<https://doi.org/10.1186/s12888-017-1568-8>
- Sousa Alves Silva Duarte, M. I. (2014). *Personalidad, estrés percibido y estrategias de afrontamiento en estudiantes universitarios (Tesis Doctoral)*. León: Univerisad de León. Obtenido de https://buleria.unileon.es/bitstream/handle/10612/3611/tesis_80df58.PDF?sequence=1
- Stavem, K., Hofoss, D., Aasland, O. G., & Loge, J. H. (2001). The self-perceived health status of Norwegian physicians compared with a reference population and foreign physicians. *Scandinavian Journal of Public Health*, *29*(3), 194-199. doi:<https://doi.org/10.1177/14034948010290030701>
- Suls, J., David, P., & Harvey, H. (1996). Personality and coping: Three generation of research. *Journal of Personality*, *64*, 711-736.
- Taris, T., Le Blanc, P., Schaufeli, B., & Scherurs, G. (2005). Are there causal relationships between the dimensions of the Maslach Burnout Inventory? A review and two longitudinal tests. *Work & Stress*, *19*(3), 238-255. doi:10.1080/02678370500270453.
- Taylor, S. (2003). *Health psychology*. New York: McGraw Hill.
- Te Brake, J. H., Bloemendal, E., & Hoogstraten, J. (2005). Are there causal relationships between the dimensions of the Maslach Burnout Inventory? A review and two longitudinal tests. *Work & Stress*, *19*(3), 238-255. doi:10.1080/02678370500270453
- Te Brake, J. H., Bouman, A. M., Gorter, R. C., Hoogstraten, J., & Eijkman, M. A. (2008). Using the Maslach Burnout Inventory among dentists: burnout measurement and trends. *Community Dental Oral Epidemiology*, *36*(1), 69-75. doi:<https://doi.org/10.1111/j.1600-0528.2007.00372.x>
- Tello, S., Tolmos, M. T., Vázquez, R., & Vázquez, M. E. (2002). Estudio del síndrome de burnout en los médicos internos residentes del Hospital clínico de San Carlos. *VIII Jornadas de Medicina Preventiva y Salud Pública*, 439-452.
- Thornton, P. (1992). The relation of coping appraisal, and burnout in mental health workers. *Journal of Psychology*, *126*(3), 261-271. doi:<https://doi.org/10.1080/00223980.1992.10543360>
- Tizón, J. L. (2004). ¿Profesionales "quemados", profesionales "desengañados" o profesionales con trastornos psicopatológicos? *Atención Primaria*, *33*(6), 326-330. doi:[https://doi.org/10.1016/S0212-6567\(04\)70801-X](https://doi.org/10.1016/S0212-6567(04)70801-X)
- Tokuda, Y., Hayano, K., Ozaki, M., Bito, S., Yanai, H., & Koizumi, S. (2009). The interrelationships between working conditions, job satisfaction, burnout and mental health among hospital physicians in Japan: a path analysis. *Industrial Health*, *47*(2), 166-172. doi:<https://doi.org/10.2486/indhealth.47.166>

- Tong, S. C., Tin, A. S., Tan, D. M., & Lim, J. F. (2012). The Health-Related Quality of Life of Junior Doctors. *Annals of the Academy of Medicine, Singapore*, 41(10), 444-450. doi:<http://www.annals.edu.sg/pdf/41VolNo10Oct2012/V41N10p444.pdf>
- Turnipseed, D. L. (1994). An Analysis of the Influence of Work Environment Variables and Moderators on the Burnout Syndrome. *Journal of Applied Social Psychology*, 24(9), 782-800. doi:<https://doi.org/10.1111/j.1559-1816.1994.tb00612.x>
- Tyrrell, Z. (2010). A cognitive behavioural model for maintaining processes in burnout. *The Cognitive Behaviour Therapist*, 3(1), 18-26. doi:<https://doi.org/10.1017/S1754470X10000024>
- Varela Centelles, P. I., Fontao Valcárcel, L. F., Martínez González, A. M., Pita Babío, A., & Valín Liz, M. C. (2005). Desgaste profesional entre los odontólogos y estomatólogos del Servicio Gallego de Salud. *Atención Primaria*, 35(6), 301-305. doi:<https://doi.org/10.1157/13073416>.
- Vargas, C., Cañadas, G. A., Aguayo, R., Fernández, R., & de la Fuente, E. I. (2014). Which occupational risk factors are associated with burnout in nursing?. A meta-analytic study. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 14(1), 28-38. doi:10.1016/S1697-2600(14)70034-1
- Venete, A., Trillo-Lumbreras, E., Prado-Gascó, V. J., Bellot-Arcís, C., Almerich-Silla, J. M., & Montiel-Company, J. M. (2017). Relationship between the psychosocial impact of dental aesthetics and perfectionism and self-esteem. *Journal of Clinical and Experimental Dentistry*, 9(12), 1453-1458. doi:10.4317/jced.54481
- Visser, M. R., Smets, E. M., Oort, F. J., & De Haes, H. C. (2003). Stress, satisfaction and burnout among Dutch medical specialists. *CMAJ*, 168(3), 271-275. Obtenido de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC140468/>
- Von Onciu, J. (1996). ABC of work related disorders. Stress at work. *The BMJ*, 313(7059), 745-748. doi:<https://doi.org/10.1136/bmj.313.7059.745>
- Wang, Y., Yao, L., Liu, L., Yang, C., Wu, H., Wang, J., & Wang, L. (2014). The mediating role of self-efficacy in the relationship between Big five personality and depressive symptoms among Chinese unemployed population: A cross-sectional study. *BMC Psychiatry*, 14, 61. doi:<https://doi.org/10.1186/1471-244X-14-61>
- Widiger, T. (2005). Five factor model of personality disorder: Integrating science and practice. *Journal of Research in Personality*, 39(1), 67-83. doi:<https://doi.org/10.1016/j.jrp.2004.09.010>
- Widiger, T. A., & Trull, T. J. (1992). Personality and Psychopathology: An application of the Five-Factor Model. *Journal of Personality*, 60(2), 363-393. doi:<https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.1992.tb00977.x>
- Wiggins, J. S. (1979). A psychological taxonomy of trait-descriptive terms: The interpersonal domain. *Journal of Personality and Social Psychology*, 37(3), 395-412. doi:<https://doi.org/10.1037/0022-3514.37.3.395>
- Wiggins, J. S. (1992). Have Model, Will Travel. *Journal of Personality*, 60(2), 527-533. doi:<https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.1992.tb00983.x>

- Willcock, S. M., Daly, M. G., Tennant, C. C., & Allard, B. J. (2004). Burnout and psychiatric morbidity in new medical graduates. *The Medical journal of Australia*, *181*(7), 357-360. Obtenido de https://www.researchgate.net/publication/8252225_Willcock_SM_Daly_MG_Tennant_CC_Allard_BJ_Burnout_and_psychiatric_morbidity_in_new_medical_graduates
- Wright, T. A., & Bonett, D. (1997). The contribution of burnout to work performance. *Journal of Organizational Behavior*, *18*(5), 491-499. doi:[https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1099-1379\(199709\)18:5<491::AID-JOB804>3.0.CO;2-I](https://doi.org/10.1002/(SICI)1099-1379(199709)18:5<491::AID-JOB804>3.0.CO;2-I)
- Yang, K. S., & Bond, M. H. (1990). Exploring implicit personality theories with indigenous or imported constructs: The Chinese case. *Journal of Personality and Social Psychology*, *58*(6), 1087-1095. doi:<https://doi.org/10.1037/0022-3514.58.6.1087>
- Yela, J. R. (1996). Desgaste emocional, estrategias de afrontamiento y trastornos psicofisiológicos en profesionales de la enseñanza. *Boletín de Psicología*, *50*, 37-52. Obtenido de https://www.researchgate.net/publication/232557875_Desgaste_emocional_estrategias_de_afrontamiento_y_trastornos_psicofisiologicos_en_profesionales_de_la_ensenanza_Burnout_coping_strategies_and_psychosomatic_disturbances_in_teachers
- Yu, H., Jiang, A., & Shen, J. (2016). Prevalence and predictors of compassion fatigue, burnout and compassion satisfaction among oncology nurses: A cross-sectional survey. *International Journal of Nursing Studies*, *57*, 28-38. doi:<https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2016.01.012>
- Zaninotto, L., Rossi, G., Danieli, A., Frasson, A., Meneghetti, L., Zordan, M., . . . Solm, M. (2018). Exploring the relationships among personality traits, burnout dimensions and stigma in a sample of mental health professionals. *Psychiatry Research*, *264*, 327-333. doi:<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.03.076>
- Zarei, E., Khakzad, N., Reniers, G., & Akbari, R. (2016). On the relationship between safety climate and occupational burnout in healthcare organizations. *Safety Science*, *89*, 1-10. doi:[10.1016/j.ssci.2016.05.011](https://doi.org/10.1016/j.ssci.2016.05.011).
- Zurriaga, R., Ramos, J., González-Romá, V., Espejo, B., & Zorroza, A. (2000). Efecto de las características del puesto de trabajo sobre la satisfacción, el compromiso y el absentismo en organizaciones sanitarias. *Revista de Psicología Social Aplicada*, *3*, 85-98.



CAPÍTULO 8

ANEXOS

8.-ANEXOS

TRABAJO DE DOCTORADO PSICOLOGÍA (2019/2020)						
1) DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS Y PREGUNTAS						
Genero	1.-Mujer	Edad	Entorno ejerce la profesión	1.-Urbano	Fumador	1.- Si / 2.- No
	2.- Hombre	años		2.-Rural (menos 10.000 hab.)	Cigarros /día	/día
Actualm ente trabaja sólo	1.- Nunca	2.- A veces	3.- Mitad del Tiempo	4.- Frecuentemente	5.- Siempre	
Trabaja en varias consulta s	1.- Si / 2.- No	Nº de horas aproximadas de trabajo semanales		horas	Años trabajan do	años
Es participe en la propiedad de alguna de las consultas donde trabaja	1.- Si / 2.- No	Tarda más de 120 minutos de transporte diario al puesto de trabajo		1.- Si / 2.- No		

2) PERSONALIDAD

Conteste de forma sincera y exprese sus opiniones de la manera más precisa posible. No hay respuestas correctas e incorrectas.

VALORES DE LA ESCALA NEO FFI

1= Totalmente en desacuerdo; 2= En desacuerdo; 3= Neutral; 4= De acuerdo; 5= Totalmente de acuerdo.

1. A menudo me siento inferior a los demás.

<i>Totalmente en desacuerdo</i>	1	2	3	4	5	<i>Totalmente de acuerdo</i>
-------------------------------------	---	---	---	---	---	----------------------------------

2) PERSONALIDAD						
Conteste de forma sincera y exprese sus opiniones de la manera más precisa posible. No hay respuestas correctas e incorrectas.						
VALORES DE LA ESCALA NEO FFI						
1= Totalmente en desacuerdo; 2= En desacuerdo; 3= Neutral; 4= De acuerdo; 5= Totalmente de acuerdo.						
2. Soy una persona alegre y animosa.						
<i>Totalmente en desacuerdo</i>	1	2	3	4	5	<i>Totalmente de acuerdo</i>
3. A veces, cuando leo una poesía o contemplo una obra de arte, siento profunda emoción o excitación.						
<i>Totalmente en desacuerdo</i>	1	2	3	4	5	<i>Totalmente de acuerdo</i>
4. Tiendo a pensar lo mejor de la gente.						
<i>Totalmente en desacuerdo</i>	1	2	3	4	5	<i>Totalmente de acuerdo</i>
5. Parece que nunca soy capaz de organizarme.						
<i>Totalmente en desacuerdo</i>	1	2	3	4	5	<i>Totalmente de acuerdo</i>
6. Rara vez me siento con miedo o ansioso.						
<i>Totalmente en desacuerdo</i>	1	2	3	4	5	<i>Totalmente de acuerdo</i>
7. Disfruto mucho hablando con la gente.						
<i>Totalmente en desacuerdo</i>	1	2	3	4	5	<i>Totalmente de acuerdo</i>
8. La poesía tiene poco o ningún efecto sobre mí.						
<i>Totalmente en desacuerdo</i>	1	2	3	4	5	<i>Totalmente de acuerdo</i>
9. A veces intimidado o adulo a la gente para que haga lo que yo quiero.						
<i>Totalmente en desacuerdo</i>	1	2	3	4	5	<i>Totalmente de acuerdo</i>
10 Tengo unos objetivos claros y me esfuerzo por alcanzarlos de forma ordenada.						
<i>Totalmente en desacuerdo</i>	1	2	3	4	5	<i>Totalmente de acuerdo</i>

2) PERSONALIDAD

Conteste de forma sincera y exprese sus opiniones de la manera más precisa posible. No hay respuestas correctas e incorrectas.

VALORES DE LA ESCALA NEO FFI

1= Totalmente en desacuerdo; 2= En desacuerdo; 3= Neutral; 4= De acuerdo; 5= Totalmente de acuerdo.

11. A veces me vienen a la mente pensamientos aterradores.

<i>Totalmente en desacuerdo</i>	1	2	3	4	5	<i>Totalmente de acuerdo</i>
---------------------------------	---	---	---	---	---	------------------------------

12 Disfruto en las fiestas en las que hay mucha gente.

<i>Totalmente en desacuerdo</i>	1	2	3	4	5	<i>Totalmente de acuerdo</i>
---------------------------------	---	---	---	---	---	------------------------------

13 Tengo gran variedad de intereses intelectuales.

<i>Totalmente en desacuerdo</i>	1	2	3	4	5	<i>Totalmente de acuerdo</i>
---------------------------------	---	---	---	---	---	------------------------------

14. A veces consigo con artimañas que la gente haga lo que yo quiero.

<i>Totalmente en desacuerdo</i>	1	2	3	4	5	<i>Totalmente de acuerdo</i>
---------------------------------	---	---	---	---	---	------------------------------

15. Trabajo mucho para conseguir mis metas.

<i>Totalmente en desacuerdo</i>	1	2	3	4	5	<i>Totalmente de acuerdo</i>
---------------------------------	---	---	---	---	---	------------------------------

16. A veces me parece que no valgo absolutamente nada.

<i>Totalmente en desacuerdo</i>	1	2	3	4	5	<i>Totalmente de acuerdo</i>
---------------------------------	---	---	---	---	---	------------------------------

17. No me considero especialmente alegre.

<i>Totalmente en desacuerdo</i>	1	2	3	4	5	<i>Totalmente de acuerdo</i>
---------------------------------	---	---	---	---	---	------------------------------

18. Me despiertan la curiosidad las formas que encuentro en el arte y la naturaleza.

<i>Totalmente en desacuerdo</i>	1	2	3	4	5	<i>Totalmente de acuerdo</i>
---------------------------------	---	---	---	---	---	------------------------------

19. Si alguien empieza a pelearse conmigo, yo también estoy dispuesto a pelear.

<i>Totalmente en desacuerdo</i>	1	2	3	4	5	<i>Totalmente de acuerdo</i>
---------------------------------	---	---	---	---	---	------------------------------

20 Tengo mucha auto-disciplina.

2) PERSONALIDAD						
Conteste de forma sincera y exprese sus opiniones de la manera más precisa posible. No hay respuestas correctas e incorrectas.						
VALORES DE LA ESCALA NEO FFI						
1= Totalmente en desacuerdo; 2= En desacuerdo; 3= Neutral; 4= De acuerdo; 5= Totalmente de acuerdo.						
<i>Totalmente en desacuerdo</i>	1	2	3	4	5	<i>Totalmente de acuerdo</i>
21. A veces las cosas me parecen demasiado sombrías y sin esperanza.						
<i>Totalmente en desacuerdo</i>	1	2	3	4	5	<i>Totalmente de acuerdo</i>
22. Me gusta tener mucha gente alrededor.						
<i>Totalmente en desacuerdo</i>	1	2	3	4	5	<i>Totalmente de acuerdo</i>
23. Encuentro aburridas las discusiones filosóficas.						
<i>Totalmente en desacuerdo</i>	1	2	3	4	5	<i>Totalmente de acuerdo</i>
24. Cuando me han ofendido, lo que intento es perdonar y olvidar.						
<i>Totalmente en desacuerdo</i>	1	2	3	4	5	<i>Totalmente de acuerdo</i>
25. Antes de emprender una acción, siempre considero sus consecuencias.						
<i>Totalmente en desacuerdo</i>	1	2	3	4	5	<i>Totalmente de acuerdo</i>
26. Cuando estoy bajo un fuerte estrés, a veces siento que me voy a desmoronar.						
<i>Totalmente en desacuerdo</i>	1	2	3	4	5	<i>Totalmente de acuerdo</i>
27. No soy tan vivo ni tan animado como otras personas.						
<i>Totalmente en desacuerdo</i>	1	2	3	4	5	<i>Totalmente de acuerdo</i>
28. Tengo mucha fantasía.						
<i>Totalmente en desacuerdo</i>	1	2	3	4	5	<i>Totalmente de acuerdo</i>
29. Mi primera reacción es confiar en la gente.						

2) PERSONALIDAD						
Conteste de forma sincera y exprese sus opiniones de la manera más precisa posible. No hay respuestas correctas e incorrectas.						
VALORES DE LA ESCALA NEO FFI						
1= Totalmente en desacuerdo; 2= En desacuerdo; 3= Neutral; 4= De acuerdo; 5= Totalmente de acuerdo.						
Totalmente en desacuerdo	1	2	3	4	5	Totalmente de acuerdo
30. Trato de hacer mis tareas con cuidado, para que no haya que hacerlas otra vez.						
Totalmente en desacuerdo	1	2	3	4	5	Totalmente de acuerdo
31. A menudo me siento tenso e inquieto.						
Totalmente en desacuerdo	1	2	3	4	5	Totalmente de acuerdo
32. Soy una persona muy activa.						
Totalmente en desacuerdo	1	2	3	4	5	Totalmente de acuerdo
33. Me gusta concentrarme en un ensueño o fantasía y, dejándolo crecer y desarrollarse, explorar todas sus posibilidades.						
Totalmente en desacuerdo	1	2	3	4	5	Totalmente de acuerdo
34. Algunas personas piensan de mí que soy frío y calculador.						
Totalmente en desacuerdo	1	2	3	4	5	Totalmente de acuerdo
35. Me esfuerzo por llegar a la perfección en todo lo que hago.						
Totalmente en desacuerdo	1	2	3	4	5	Totalmente de acuerdo
36. A veces me he sentido amargado y resentido.						
Totalmente en desacuerdo	1	2	3	4	5	Totalmente de acuerdo
37. En reuniones, por lo general prefiero que hablen otros.						
Totalmente en desacuerdo	1	2	3	4	5	Totalmente de acuerdo

2) PERSONALIDAD						
Conteste de forma sincera y exprese sus opiniones de la manera más precisa posible. No hay respuestas correctas e incorrectas.						
VALORES DE LA ESCALA NEO FFI						
1= Totalmente en desacuerdo; 2= En desacuerdo; 3= Neutral; 4= De acuerdo; 5= Totalmente de acuerdo.						
38. Tengo poco interés en andar pensando sobre la naturaleza del universo o de la condición humana.						
<i>Totalmente en desacuerdo</i>	1	2	3	4	5	<i>Totalmente de acuerdo</i>
39. Tengo mucha fe en la naturaleza humana.						
<i>Totalmente en desacuerdo</i>	1	2	3	4	5	<i>Totalmente de acuerdo</i>
40. Soy eficiente y eficaz en mi trabajo.						
<i>Totalmente en desacuerdo</i>	1	2	3	4	5	<i>Totalmente de acuerdo</i>
41. Soy bastante estable emocionalmente.						
<i>Totalmente en desacuerdo</i>	1	2	3	4	5	<i>Totalmente de acuerdo</i>
42. Huyo de las multitudes.						
<i>Totalmente en desacuerdo</i>	1	2	3	4	5	<i>Totalmente de acuerdo</i>
43. A veces pierdo el interés cuando la gente habla de cuestiones muy abstractas y teóricas.						
<i>Totalmente en desacuerdo</i>	1	2	3	4	5	<i>Totalmente de acuerdo</i>
44. Trato de ser humilde.						
<i>Totalmente en desacuerdo</i>	1	2	3	4	5	<i>Totalmente de acuerdo</i>
45. Soy una persona productiva, que siempre termina su trabajo.						
<i>Totalmente en desacuerdo</i>	1	2	3	4	5	<i>Totalmente de acuerdo</i>
46. Rara vez estoy triste o deprimido.						
<i>Totalmente en desacuerdo</i>	1	2	3	4	5	<i>Totalmente de acuerdo</i>

2) PERSONALIDAD						
Conteste de forma sincera y exprese sus opiniones de la manera más precisa posible. No hay respuestas correctas e incorrectas.						
VALORES DE LA ESCALA NEO FFI						
1= Totalmente en desacuerdo; 2= En desacuerdo; 3= Neutral; 4= De acuerdo; 5= Totalmente de acuerdo.						
47. A veces rebose felicidad.						
<i>Totalmente en desacuerdo</i>	1	2	3	4	5	<i>Totalmente de acuerdo</i>
48. Experimento una gran variedad de emociones o sentimientos.						
<i>Totalmente en desacuerdo</i>	1	2	3	4	5	<i>Totalmente de acuerdo</i>
49. Creo que la mayoría de la gente con la que trato es honrada y fidedigna.						
<i>Totalmente en desacuerdo</i>	1	2	3	4	5	<i>Totalmente de acuerdo</i>
50. En ocasiones primero actúo y luego pienso.						
<i>Totalmente en desacuerdo</i>	1	2	3	4	5	<i>Totalmente de acuerdo</i>
51. A veces hago las cosas impulsivamente y luego me arrepiento.						
<i>Totalmente en desacuerdo</i>	1	2	3	4	5	<i>Totalmente de acuerdo</i>
52. Me gusta estar donde está la acción.						
<i>Totalmente en desacuerdo</i>	1	2	3	4	5	<i>Totalmente de acuerdo</i>
53. Con frecuencia pruebo comidas nuevas o de otros países.						
<i>Totalmente en desacuerdo</i>	1	2	3	4	5	<i>Totalmente de acuerdo</i>
54. Puedo ser sarcástico y mordaz si es necesario.						
<i>Totalmente en desacuerdo</i>	1	2	3	4	5	<i>Totalmente de acuerdo</i>
55. Hay tantas pequeñas cosas que hacer que a veces lo que hago es no atender a ninguna.						
<i>Totalmente en desacuerdo</i>	1	2	3	4	5	<i>Totalmente de acuerdo</i>
56. Es difícil que yo pierda los estribos.						

2) PERSONALIDAD

Conteste de forma sincera y exprese sus opiniones de la manera más precisa posible. No hay respuestas correctas e incorrectas.

VALORES DE LA ESCALA NEO FFI

1= Totalmente en desacuerdo; 2= En desacuerdo; 3= Neutral; 4= De acuerdo; 5= Totalmente de acuerdo.

<i>Totalmente en desacuerdo</i>	1	2	3	4	5	<i>Totalmente de acuerdo</i>
57. No me gusta mucho charlar con la gente.						
<i>Totalmente en desacuerdo</i>	1	2	3	4	5	<i>Totalmente de acuerdo</i>
58. Rara vez experimento emociones fuertes.						
<i>Totalmente en desacuerdo</i>	1	2	3	4	5	<i>Totalmente de acuerdo</i>
59. Los mendigos no me inspiran simpatía.						
<i>Totalmente en desacuerdo</i>	1	2	3	4	5	<i>Totalmente de acuerdo</i>
60. Muchas veces no preparo de antemano lo que tengo que hacer						
<i>Totalmente en desacuerdo</i>	1	2	3	4	5	<i>Totalmente de acuerdo</i>

3) CUESTIONARIO BRIEF COPE INVENTORY

Las frases que aparecen a continuación describen formas de pensar, sentir o comportarse, que la gente suele utilizar para enfrentarse a los problemas personales o situaciones difíciles que en la vida causan tensión o estrés. Las formas de enfrentarse a los problemas, como las que aquí se describen, no son ni buenas ni malas, ni tampoco unas son mejores o peores que otras. Simplemente, ciertas personas utilizan más unas formas que otras. Ponga 1, 2, 3 ó 4 en el espacio dejado al principio, es decir, el número que mejor refleje su propia forma de enfrentarse a ello, al problema. Gracias.

VALORES DE LA ESCALA BRIEF COPE INVENTORY

1= Nunca 2 =A veces 3 = Casi siempre 4 = Siempre

I. Intento conseguir que alguien me ayude o aconseje sobre qué hacer.

<i>Nunca</i>	1	2	3	4	<i>Siempre</i>
--------------	---	---	---	---	----------------

2. Concentro mis esfuerzos en hacer algo sobre la situación en la que estoy.

3) CUESTIONARIO BRIEF COPE INVENTORY

Las frases que aparecen a continuación describen formas de pensar, sentir o comportarse, que la gente suele utilizar para enfrentarse a los problemas personales o situaciones difíciles que en la vida causan tensión o estrés. Las formas de enfrentarse a los problemas, como las que aquí se describen, no son ni buenas ni malas, ni tampoco unas son mejores o peores que otras. Simplemente, ciertas personas utilizan más unas formas que otras. Ponga 1, 2, 3 ó 4 en el espacio dejado al principio, es decir, el número que mejor refleje su propia forma de enfrentarse a ello, al problema. Gracias.

VALORES DE LA ESCALA BRIEF COPE INVENTORY

	1= Nunca	2 =Aveces	3 = Casi siempre	4 = Siempre	
<i>Nunca</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>Siempre</i>
3. Acepto la realidad de lo que ha sucedido					
<i>Nunca</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>Siempre</i>
4. Recorro al trabajo o a otras actividades para apartar las cosas de mi mente					
<i>Nunca</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>Siempre</i>
5. Me digo a mí mismo "esto no es real"					
<i>Nunca</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>Siempre</i>
6. Intento proponer una estrategia sobre qué hacer..					
<i>Nunca</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>Siempre</i>
7. Hago bromas sobre ello					
<i>Nunca</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>Siempre</i>
8. Me critico a mí mismo.					
<i>Nunca</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>Siempre</i>
9. Consigo apoyo emocional de otros					
<i>Nunca</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>Siempre</i>
10. Tomo medidas para intentar que la situación mejore.					
<i>Nunca</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>Siempre</i>
11. Renuncio a intentar ocuparme de ello					
<i>Nunca</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>Siempre</i>
12. Digo cosas para dar rienda suelta a mis sentimientos desagradables					
<i>Nunca</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>Siempre</i>
13. Me niego a creer que haya sucedido..					
<i>Nunca</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>Siempre</i>

3) CUESTIONARIO BRIEF COPE INVENTORY

Las frases que aparecen a continuación describen formas de pensar, sentir o comportarse, que la gente suele utilizar para enfrentarse a los problemas personales o situaciones difíciles que en la vida causan tensión o estrés. Las formas de enfrentarse a los problemas, como las que aquí se describen, no son ni buenas ni malas, ni tampoco unas son mejores o peores que otras. Simplemente, ciertas personas utilizan más unas formas que otras. Ponga 1, 2, 3 ó 4 en el espacio dejado al principio, es decir, el número que mejor refleje su propia forma de enfrentarse a ello, al problema. Gracias.

VALORES DE LA ESCALA BRIEF COPE INVENTORY

1= Nunca 2 =Aveces 3 = Casi siempre 4 = Siempre

14. Intento verlo con otros ojos, para hacer que parezca más positivo..

<i>Nunca</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>Siempre</i>
--------------	----------	----------	----------	----------	----------------

15. Utilizo alcohol u otras drogas para hacerme sentir mejor.

<i>Nunca</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>Siempre</i>
--------------	----------	----------	----------	----------	----------------

16. Intento hallar consuelo en mi religión o creencias espirituales.

<i>Nunca</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>Siempre</i>
--------------	----------	----------	----------	----------	----------------

17. Consigo el consuelo y la comprensión de alguien

<i>Nunca</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>Siempre</i>
--------------	----------	----------	----------	----------	----------------

18. Busco algo bueno en lo que está sucediendo

<i>Nunca</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>Siempre</i>
--------------	----------	----------	----------	----------	----------------

19. Me río de la situación

<i>Nunca</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>Siempre</i>
--------------	----------	----------	----------	----------	----------------

20. Rezo o medito

<i>Nunca</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>Siempre</i>
--------------	----------	----------	----------	----------	----------------

21. Aprendo a vivir con ello

<i>Nunca</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>Siempre</i>
--------------	----------	----------	----------	----------	----------------

22. Hago algo para pensar menos en ello, tal como ir al cine o ver la televisión.

<i>Nunca</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>Siempre</i>
--------------	----------	----------	----------	----------	----------------

23. Expreso mis sentimientos negativos

<i>Nunca</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>Siempre</i>
--------------	----------	----------	----------	----------	----------------

24. Utilizo alcohol u otras drogas para ayudarme a superarlo

<i>Nunca</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>Siempre</i>
--------------	----------	----------	----------	----------	----------------

25. Renuncio al intento de hacer frente al problema.

<i>Nunca</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>Siempre</i>
--------------	----------	----------	----------	----------	----------------

3) CUESTIONARIO BRIEF COPE INVENTORY

Las frases que aparecen a continuación describen formas de pensar, sentir o comportarse, que la gente suele utilizar para enfrentarse a los problemas personales o situaciones difíciles que en la vida causan tensión o estrés. Las formas de enfrentarse a los problemas, como las que aquí se describen, no son ni buenas ni malas, ni tampoco unas son mejores o peores que otras. Simplemente, ciertas personas utilizan más unas formas que otras. Ponga 1, 2, 3 ó 4 en el espacio dejado al principio, es decir, el número que mejor refleje su propia forma de enfrentarse a ello, al problema. Gracias.

VALORES DE LA ESCALA BRIEF COPE INVENTORY

1= Nunca 2 =A veces 3 = Casi siempre 4 = Siempre

26. Pienso detenidamente sobre los pasos a seguir.

<i>Nunca</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>Siempre</i>
--------------	----------	----------	----------	----------	----------------

27. Me echo la culpa de lo que ha sucedido

<i>Nunca</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>Siempre</i>
--------------	----------	----------	----------	----------	----------------

28. Consigo que otras personas me ayuden o aconsejen.

<i>Nunca</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>Siempre</i>
--------------	----------	----------	----------	----------	----------------

4) INVENTARIO DE BURNOUT DE MASLACH (MBI-HSS)

A continuación hay algunas afirmaciones sobre su relación con las personas hacia las que trabaja y sobre usted mismo. Señale el número que más se ajuste a la frecuencia con la que usted lo percibe según la siguiente escala:

VALORES DE LA ESCALA BURNOUT DE MASLACH (MBI-HSS)

1= Nunca; 2= Alguna vez al año o menos; 3= Alguna vez al mes o menos; 4= Una vez por semana; 5= Algunas veces a la semana; 6= Todos los días

1. Debido a mi trabajo me siento emocionalmente agotada/o

<i>Nunca</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>5</i>	<i>6</i>	<i>Todos los días</i>
--------------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	-----------------------

2. Al final de la jornada me siento agotada/o

<i>Nunca</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>5</i>	<i>6</i>	<i>Todos los días</i>
--------------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	-----------------------

3. Me encuentro cansada/o cuando me levanto por las mañanas y tengo que enfrentarme a otro día de trabajo

4) INVENTARIO DE BURNOUT DE MASLACH (MBI-HSS)							
A continuación hay algunas afirmaciones sobre su relación con las personas hacia las que trabaja y sobre usted mismo. Señale el número que más se ajuste a la frecuencia con la que usted lo percibe según la siguiente escala:							
VALORES DE LA ESCALA BURNOUT DE MASLACH (MBI-HSS)							
1= Nunca; 2= Alguna vez al año o menos; 3= Alguna vez al mes o menos; 4= Una vez por semana; 5= Algunas veces a la semana; 6= Todos los días							
<i>Nunca</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>5</i>	<i>6</i>	<i>Todos los días</i>
4. Puedo entender con facilidad lo que piensan mis pacientes							
<i>Nunca</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>5</i>	<i>6</i>	<i>Todos los días</i>
5. Creo que trato a algunos pacientes como si fueran objetos							
<i>Nunca</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>5</i>	<i>6</i>	<i>Todos los días</i>
6. Trabajar con pacientes todos los días es una tensión para mí							
<i>Nunca</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>5</i>	<i>6</i>	<i>Todos los días</i>
7. Me enfrento muy bien con los problemas que me presentan mis pacientes							
<i>Nunca</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>5</i>	<i>6</i>	<i>Todos los días</i>
8. Me siento "quemada/o" por el trabajo							
<i>Nunca</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>5</i>	<i>6</i>	<i>Todos los días</i>
9. Siento que mediante mi trabajo estoy influyendo positivamente en la vida de otros							
<i>Nunca</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>5</i>	<i>6</i>	<i>Todos los días</i>
10. Creo que tengo un comportamiento más insensible con la gente desde que hago este trabajo							
<i>Nunca</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>5</i>	<i>6</i>	<i>Todos los días</i>
11. Me preocupa que este trabajo me está endureciendo emocionalmente							
<i>Nunca</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>5</i>	<i>6</i>	<i>Todos los días</i>

4) INVENTARIO DE BURNOUT DE MASLACH (MBI-HSS)							
A continuación hay algunas afirmaciones sobre su relación con las personas hacia las que trabaja y sobre usted mismo. Señale el número que más se ajuste a la frecuencia con la que usted lo percibe según la siguiente escala:							
VALORES DE LA ESCALA BURNOUT DE MASLACH (MBI-HSS) 1= Nunca; 2= Alguna vez al año o menos; 3= Alguna vez al mes o menos; 4= Una vez por semana; 5= Algunas veces a la semana; 6= Todos los días							
12. Me encuentro con mucha vitalidad							
<i>Nunca</i>	1	2	3	4	5	6	<i>Todos los días</i>
13. Me siento frustrada/o por mi trabajo							
<i>Nunca</i>	1	2	3	4	5	6	<i>Todos los días</i>
14. Siento que estoy haciendo un trabajo demasiado duro							
<i>Nunca</i>	1	2	3	4	5	6	<i>Todos los días</i>
15. Realmente no me importa lo que les ocurrirá a algunos de los pacientes a los que tengo que atender							
<i>Nunca</i>	1	2	3	4	5	6	<i>Todos los días</i>
16. Trabajar en contacto directo con los pacientes me produce bastante estrés							
<i>Nunca</i>	1	2	3	4	5	6	<i>Todos los días</i>
17. Tengo facilidad para crear una atmósfera relajada a mis pacientes							
<i>Nunca</i>	1	2	3	4	5	6	<i>Todos los días</i>
18. Me encuentro animado después de trabajar junto con los pacientes							
<i>Nunca</i>	1	2	3	4	5	6	<i>Todos los días</i>
19. He realizado muchas cosas que merecen la pena en este trabajo							
<i>Nunca</i>	1	2	3	4	5	6	<i>Todos los días</i>
20. En el trabajo siento que estoy al límite de mis posibilidades...							

4) INVENTARIO DE BURNOUT DE MASLACH (MBI-HSS)							
A continuación hay algunas afirmaciones sobre su relación con las personas hacia las que trabaja y sobre usted mismo. Señale el número que más se ajuste a la frecuencia con la que usted lo percibe según la siguiente escala:							
VALORES DE LA ESCALA BURNOUT DE MASLACH (MBI-HSS)							
1= Nunca; 2= Alguna vez al año o menos; 3= Alguna vez al mes o menos; 4= Una vez por semana; 5= Algunas veces a la semana; 6= Todos los días							
<i>Nunca</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>5</i>	<i>6</i>	<i>Todos los días</i>
21. Siento que sé tratar de forma adecuada los problemas emocionales en el trabajo							
<i>Nunca</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>5</i>	<i>6</i>	<i>Todos los días</i>
22. Siento que los pacientes me culpan de algunos de sus problemas.							
<i>Nunca</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>5</i>	<i>6</i>	<i>Todos los días</i>

El Comité de Bioética de la Universidad de Salamanca, en su reunión ordinaria celebrada el día 8 de enero de 2019, ha considerado las circunstancias que concurren en el proyecto de investigación titulado *"Estudio sobre el fenómeno de "Burnout" en relación con la personalidad y modos de afrontamiento en odontología"* (nº de registro 339), que tiene como investigador principal a la Dra. Cristina Gómez Polo.

A la vista de la documentación presentada, este Comité ha acordado **informar favorablemente** el proyecto de investigación, ya que cumple los requisitos éticos requeridos para su ejecución.

Y para que así conste lo firmo en Salamanca a 08 de enero de 2019.

Secretario del CBE



Fdo.: Luis Muñoz de la Pascua

Presidente del CBE



Fdo.: José Julián Calvo Andrés