



UNIVERSIDAD DE SALAMANCA
FACULTAD DE MEDICINA. DEPARTAMENTO DE CIRUGÍA
PROGRAMA DE DOCTORADO CIRUGÍA Y ODONTOESTOMATOLOGÍA

**UNIVERSIDAD
DE SALAMANCA**

CAMPUS DE EXCELENCIA INTERNACIONAL

TESIS DOCTORAL

El síndrome de *burnout* en los
dentistas en España

CARMEN ANAYA AGUILAR

DICIEMBRE DE 2015



VNIVERSIDAD
D SALAMANCA

DEPARTAMENTO DE CIRUGÍA
ÁREA DE ESTOMATOLOGÍA

Manuel Bravo Pérez, Catedrático de Odontología Preventiva y Comunitaria del Departamento de Estomatología en la Facultad de Odontología de la Universidad de Granada,

Javier Montero Martín, Profesor Contratado Doctor de Prótesis Dental y Maxilofacial del Departamento de Cirugía de la Universidad de Salamanca, y

Rosa María Anaya Aguilar, Profesora Sustituta Interina de Organización de Empresas del Departamento de Economía y Administración de Empresas de la Universidad de Málaga

CERTIFICAN:

Que la Tesis Doctoral que presenta al superior juicio del Tribunal, que designe la Universidad de Salamanca, Doña Carmen Anaya Aguilar "EL SÍNDROME DE BURNOUT EN LOS DENTISTAS EN ESPAÑA", ha sido realizada bajo nuestra supervisión, siendo expresión de la capacidad científica de su autora, que la hacen acreedora del título de Doctora, siempre que así lo considere el citado Tribunal.

7 de enero de 2016.

Fdo.

D. Manuel Bravo Pérez

D. Javier Montero Martín

D^a. Rosa M^a Anaya Aguilar



El Profesor D. Francisco Lozano Sánchez, Director del Departamento de Cirugía de la Universidad de Salamanca

CERTIFICA:

Que la presente Memoria de Tesis Doctoral, elaborada por D^a Carmen Anaya Aguilar para optar al Título de Doctora por la Universidad de Salamanca, con el título “EL SÍNDROME DE BURNOUT EN LOS DENTISTAS EN ESPAÑA”, realizada bajo la dirección de los Dres. Manuel Bravo Pérez, Javier Montero Martín y Rosa María Anaya Aguilar, reúne los requisitos necesarios para su presentación y defensa ante el Tribunal Calificador para poder optar al Título de Doctora por la Universidad de Salamanca.

Y para que conste, expide y firma la presente certificación

Salamanca, de enero de 2016.

Fdo.

ÍNDICE

Pág.

AGRADECIMIENTOS Y FINANCIACIÓN	3
JUSTIFICACIÓN	7
1 INTRODUCCIÓN.....	13
1.1 CRISIS ECONÓMICA	13
1.1.1 <i>Definición</i>	13
1.1.2 <i>Crisis económica en España</i>	13
1.1.3 <i>Políticas económicas para salir de la crisis. Límites de lo económico</i>	14
1.1.4 <i>Brotos verdes</i>	20
1.1.5 <i>Entorno socio económico para el desarrollo de la profesión de dentista</i>	21
1.2 SÍNDROME DE ESTAR QUEMADO EN EL TRABAJO O SÍNDROME DE <i>BURNOUT</i>	29
2 OBJETIVOS	41
2.1 OBJETIVO GENERAL.....	43
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	43
3 METODOLOGÍA	45
3.1 ÁMBITO DE ESTUDIO	47
3.2 PERIODO DE ESTUDIO.....	47
3.3 TIPO DE ESTUDIO.....	47
3.4 ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA	47
3.5 CRITERIOS DE INCLUSIÓN	48
3.6 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	48
3.7 MEDICIONES	48
3.7.1 <i>Características socio demográficas y personales</i>	49
3.7.2 <i>Práctica profesional</i>	49
3.7.3 <i>Efectos de la crisis económica</i>	49
3.7.4 <i>Doble presencia</i>	50
3.7.5 <i>Prevalencia del síndrome de Burnout</i>	50
3.8 SELECCIÓN DE LA MUESTRA	53
3.9 TAMAÑO DE LA MUESTRA.....	53
3.10 JUSTIFICACIÓN DEL NÚMERO SELECCIONADO	54
3.11 ENVÍO DEL CUESTIONARIO	54
3.12 ANÁLISIS ESTADÍSTICO	55
3.13 ASPECTOS ÉTICOLEGALES	55
4 RESULTADOS.....	57
4.1 COMPARACIÓN POBLACIÓN DE DENTISTAS Y MUESTRA DEL ESTUDIO.....	59
4.2 FIABILIDAD DEL CUESTIONARIO.....	59
4.3 FIABILIDAD INTERNA DEL CUESTIONARIO (ALFA DE CRONBACH).....	59
4.4 CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS DEL CUESTIONARIO.....	59
4.5 FACTORES (DEL ANÁLISIS FACTORIAL) Y SU PESO	59
4.6 VARIANZA DE LAS VARIABLES CON LOS FACTORES ROTADOS.....	59
4.7 DESCRIPCIÓN DE LAS RESPUESTAS DEL CUESTIONARIO	60
4.8 PUNTUACIONES MEDIAS SEGÚN LA DIMENSIÓN	60
4.9 <i>BURNOUT</i> SEGÚN VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS	61
4.10 <i>BURNOUT</i> SEGÚN VARIABLES DE PRÁCTICA PROFESIONAL	61
4.11 <i>BURNOUT</i> SEGÚN VARIABLES DE PRÁCTICA PROFESIONAL (2ª PARTE).....	61
4.12 <i>BURNOUT</i> SEGÚN VARIABLES DE CARGA DE TRABAJO.....	61
4.13 <i>BURNOUT</i> SEGÚN VARIABLES DE SITUACIÓN ECONÓMICA.....	62
4.14 ANÁLISIS MULTIVARIANTE	62
4.15 COMENTARIOS DE LOS ENCUESTADOS	63

5	TABLAS DE RESULTADOS	65
6	DISCUSIÓN	83
6.1	VALORACIÓN DE LA VALIDEZ DEL CUESTIONARIO Y DEL CONSTRUCTO	85
6.2	LIMITACIONES DEL ESTUDIO	88
6.3	DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS	88
6.4	FACTORES SOCIO-PROFESIONALES QUE INFLUYEN EN EL <i>BURNOUT</i> DEL DENTISTA	91
6.5	RECOMENDACIONES PARA SOLVENTAR EL <i>BURNOUT</i> SIGUIENDO LAS NOTAS TÉCNICAS	92
6.6	RECOMENDACIONES FUTURAS PARA LA GESTIÓN Y/O INVESTIGACIÓN	95
7	CONCLUSIONES	97
8	BIBLIOGRAFÍA	103
	ANEXO I	111
	ANEXO II	127

AGRADECIMIENTOS Y FINANCIACIÓN

A mis queridos directores de Tesis, los profesores Manuel Bravo Pérez, Javier Montero Martín y Rosa M^a Anaya Aguilar, por su magistral ayuda y desinteresada dedicación.

Al Grupo de Investigación de la Junta de Andalucía “Salud Pública Dental -CTS-503-“, cuyo responsable es el profesor Manuel Bravo Pérez, y que ha financiado parte de este proyecto.

A los profesores Juan Carlos Llodra Calvo y Ramón del Castillo Salmerón, de la Facultad de Odontología de la Universidad de Granada, por sus aportaciones en el diseño del estudio.

Nuestro agradecimiento al Ilustre Consejo General de Colegios de Odontólogos y Estomatólogos de España por facilitarnos desinteresadamente el listado de correos electrónicos de los dentistas que han sido encuestados en este estudio. En particular nuestro agradecimiento a su presidente, el Dr. Óscar Castro Reino.

A todos los dentistas que, amable y desinteresadamente, han respondido a nuestro cuestionario.

A mis compañeros de trabajo de la Librería Proteo de Málaga y amigos, que me prestaron especial ayuda en el proceso de validación.

Y por último, gracias a mi familia, por su paciencia y apoyo incondicional.

*«No te quedes inmóvil
al borde del camino
no congeles el júbilo
no quieras con desgana
no te salves ahora
ni nunca...»
(M. Benedetti)*

JUSTIFICACIÓN

Ocupamos gran parte de nuestra vida en estar preparados para trabajar, luego nos pasamos a la búsqueda de un empleo acorde con lo que hemos estudiado y por fin, en el mejor de los casos, tenemos una ocupación a la que dedicamos gran parte de las horas del día. En este discurrir de relaciones con personas y organizaciones van surgiendo problemas y dificultades en mayor o menor medida abordables, con posibles incidencias en la salud.

Además, nuestro país vive desde el año 2008 una profunda crisis económica que ha tambaleado a muchos sectores de nuestra sociedad. Los ajustes en las empresas, el empleo, y en el Estado de Bienestar presentan condiciones en la situación laboral capaces de afectar al desarrollo del trabajo y la salud (física, psíquica o social). Estas condiciones adversas, denominadas factores de riesgos psicosociales, pueden perjudicar a los trabajadores; las disciplinas que tienen su objeto (1) y la comunidad científica los define como los que afectan a la salud de las personas a través de mecanismos psicológicos y fisiológicos denominados estrés.

Morán (2) define el estrés laboral como un estado de tensión personal o displacer por realizar un tipo de trabajo o estar en un determinado ambiente laboral; este sentimiento se deriva de un desequilibrio en las relaciones con otras personas y con el entorno activándose el organismo para superarlo. Matteson e Ivancevich (3) clasifica a estos estresores en cinco categorías: los derivados del ambiente físico de trabajo, los individuales, los grupales, los organizacionales y los extra-organizacionales.

Dentro de este contexto de situaciones de estrés encontramos el síndrome de *burnout*, o síndrome de estar quemado por el trabajo, y es en este punto donde vamos a centrar nuestro estudio. La definición más aceptada por la doctrina de este síndrome, es la planteada por Maslach et al. (4): una respuesta prolongada al estrés crónico a nivel personal y de relaciones en el trabajo con las dimensiones agotamiento, cinismo e ineficacia profesional. Muchos artículos muestran este fenómeno a nivel nacional e internacional en este colectivo, pero no encontramos ninguno en este país que lo haya relacionado con la crisis económica, siendo esta la hipótesis de partida en nuestra investigación.

Como guía para delimitar este síndrome, vamos a seguir las recomendaciones del Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo en España, contenidas en las Notas Técnicas de Prevención (NTP) 704, 705 y 732.

La NTP 704 (5) concluye apoyándose a su vez en autores como Maslach y Jackson (6) que el *burnout* es consecuencia de la exposición a estresores laborales siendo preciso que en el desarrollo del trabajo se dé un intercambio relacional intenso y duradero de trabajador —usuario o trabajador- paciente. Sus características difieren del estrés. Este último se relaciona con procesos relativamente breves y no implica necesariamente actitud negativa hacia el trabajo. El *burnout* sin embargo es una posible respuesta al impacto acumulativo del estrés laboral crónico. Además la comunidad científica acepta la tridimensionalidad del síndrome, que consta de tres aspectos: baja realización personal en el trabajo, agotamiento emocional y despersonalización.

Cualquier profesional o trabajador en el desarrollo de su labor, centrada en el trato a los demás, puede desarrollar el síndrome de *burnout* (5) y en concreto, a la profesión de dentista, se añade un contexto descrito por Barrios et al. (7) de crisis económica (que presumiblemente ha provocado que las familias reduzcan el gasto en salud dental) y de un importante crecimiento de la oferta de servicios dentales debido a la incorporación masiva de nuevos titulados. Los dentistas desarrollan su actividad en un ámbito privado, sujeto a un aumento de la competencia con la incorporación de franquicias. Nuestra investigación quiere focalizar las generalidades de los efectos de la crisis en esta profesión, en la que a priori, por la documentación consultada (7-9) y por las entrevistas previas con profesionales en ejercicio, existen indicios de estar sometidos a situaciones prolongadas de estrés.

Pinilla (8) considera que el dentista, además de tener conocimientos técnicos, debe saber de gestión empresarial de lo que deriva una gran responsabilidad que se suma a la propia del ejercicio profesional en el ámbito de la salud. Los nuevos egresados tienen como expectativa, desarrollar su actividad en el ámbito sanitario, tener un reconocimiento profesional con independencia, pero se encuentran con dificultades económicas y precariedad del mercado laboral.

Dados estos precedentes pretendemos, con nuestro estudio, detectar los factores de riesgo que puedan desencadenar la presencia de este síndrome en la profesión de dentista privado en España.

1 INTRODUCCIÓN

1. INTRODUCCIÓN

1.1 Crisis económica

1.1.1 Definición

Como dice Navarro et al. (10) estamos inmersos en una crisis económica que ha afectado profundamente a la sociedad, en todas sus dimensiones. Tras la Gran Recesión originada en Estados Unidos en el 2008, que tuvo como consecuencias el crack del sistema financiero internacional, España se vio afectada. Los bancos dejaron de conceder crédito con la correspondiente gran caída de la actividad económica: los consumidores no podían comprar y las empresas no podían producir con el consecuente alto incremento de la tasa de desempleo.

Ramonet (11) nos resume que se inyectaron miles de millones en el sistema financiero para salvar a los bancos, con la esperanza de reactivar el crédito, con el fin de evitar el cierre de las empresas y el aumento del paro; pero bien por ser insuficiente o bien porque los bancos lo emplearon en otra cosa, concluye el autor, el efecto no fue el esperado; en cambio el déficit se disparó y la deuda aumentó aceleradamente. El Fondo Monetario Internacional (FMI) y los bancos centrales prestaron este dinero pero a cambio de imponer profundas reformas económicas basadas en el recorte de los gastos sociales y salarios lo que se ha convertido en un círculo vicioso, que afecta profundamente a la demanda de bienes y servicios. La sociedad europea se ha empobrecido en beneficio de la banca, de las grandes empresas y de la especulación internacional. Ramonet (11) estima que habrá más recortes del gasto público, más medidas de disciplina fiscal y penalización principalmente a los asalariados. Se ciernen amenazas de sanciones a los estados que no cumplan el pacto de estabilidad, que fija el límite para el déficit presupuestario en un 3 % y el de la deuda soberana en un 60 % del Producto Interior Bruto (PIB).

1.1.2 Crisis económica en España

Nadie se cuestiona ya que España está en crisis. González y Orsi (12) destacan como indicadores que definen la situación de una economía el número de parados, la tasa de actividad, los parados de larga duración, el paro juvenil, el porcentaje de deuda sobre el PIB y la población en situación de pobreza. Según la Encuesta de Población Activa (EPA) del tercer trimestre del 2015 (13): hay 4.850.800 parados, con una tasa de actividad del 59.5 % de los que 2.158.600 personas son parados de larga duración

(14). El paro juvenil alcanza el 57 %. La deuda ha pasado del 35 % sobre el PIB del 2007 al 99.5 % en el segundo trimestre del 2015 (15). La población en situación de pobreza llega al 22.2 % en 2014 (12).

Una característica nueva del desempleo en España es que el desempleo es estructural. Nos hemos vuelto emigrantes de nuevo, con un elemento diferencial, ahora son los titulados y realmente bien formados los que tienen que marcharse a países con economías emergentes (China, India, Brasil...etc.), dado el precario modelo productivo español (16).

La ansiada recuperación está siendo dificultada por ciertas características peculiares de la economía española, que son (17-18):

1. Un modelo productivo vinculado a actividades desarrolladas al amparo de la deuda que ha provocado un exceso de liquidez.
2. Falta de supervisión del Banco de España que ha permitido el crecimiento de la deuda (negocio de la banca) de forma desproporcionada, sin limitaciones efectivas, que era invertida en la por todos conocida Burbuja Inmobiliaria.
3. Notable pérdida de confianza de los mercados externos.
4. Endeudamiento de las economías domésticas destinando el 70.9 por ciento de su renta a pagar las obligaciones contraídas.
5. Dependencia de la financiación externa.

1.1.3 Políticas económicas para salir de la crisis. Límites de lo económico

El profesor Naredo (17) describe en su estudio de la evolución de la economía como los gobiernos respaldados por los expertos, ponen en marcha mecanismos para contrarrestar los efectos de esta recesión que no terminan de funcionar y como la solvencia de los economistas se pone en duda, por dos cuestiones principales: las limitaciones en las que los pilares de la economía como ciencia se asienta, o sea, el dudoso ajuste de sus modelos que hace inoperantes la predicción de la crisis y las soluciones para resolverlas y por otro, el abandono del rigor academicista y alineamiento con el poder. Esto explica que los expertos no predijeran la crisis e incluso negaran la existencia de la burbuja especulativa que la motivó. Naredo (17) mantiene que este descrédito ha hecho perder el rumbo a la economía académica que parecía seguir

tendencias neoliberales, para hacer resurgir las corrientes keynesianas y marxistas, sin saber muy bien qué dirección tomará. Los jóvenes estudiantes de economía se rebelan contra el saber que se imparte, por considerarlo cada vez más distante de los problemas sociales y ecológicos del mundo en que vivimos.

Para Naredo (19) los límites de lo económico se resumen en las siguientes cuestiones:

- La base de partida de todo estudio económico se basa en axiomas, lo cual lleva a tener limitaciones en cuanto al desarrollo cuantitativo.
- La indefinición del objeto de estudio, es decir, se definen objetos económicos en función de las nociones de escasez, utilidad o esfuerzo, así como los valores de cambio o precios, dejando atrás otros parámetros como los ecológicos o sociales. Por ejemplo, en el concepto de amortización para la reposición de los bienes obsoletos o para la reposición del patrimonio con el que la empresas generan los bienes y por ende, los valores añadidos, no se tienen en cuenta los recursos patrimoniales que no son renovables o productibles o no lo son al ritmo que se consumen, sin poder reponerse por tanto.

En otro de sus estudios Naredo (20) dice que los estadistas se posicionan en lo que parecen dos grandes visiones de las estrategias a seguir: el neoliberalismo o el proteccionismo nekeynesiano. También se levantan voces críticas con los planteamientos convencionales, e introducen cuestiones medioambientales, u otros valores no contemplados históricamente. La expansión y concentración insaciable de la propiedad financiera amenaza con arruinar, comprar o absorber los patrimonios de empresas locales, administraciones y familias mediante la creación del dinero financiero con las consiguientes burbujas especulativas y crisis. La retribución al capital ha superado normalmente a las tasas de crecimiento de los agregados de renta o producto nacional al verse engrosado por el creciente uso especulativo del mismo, y la trepidante expansión de los activos financieros a tasas, que han venido doblando durante los decenios anteriores a la crisis, a las de la renta y el comercio mundial. En este panorama se levantan voces críticas hacia la construcción de una nueva ética que reforme el marco institucional y normativo que rige el comercio y el sistema monetario internacional.

Según Georgescu-Roegen (21) algunas teorías apuestan hacia una visión de la economía, cuya finalidad sea la administración de los recursos y el logro de un control racional sobre el desarrollo y las aplicaciones tecnológicas, de modo que sirvan a las necesidades humanas reales más que a la expansión de los beneficios. En esta línea

distintos autores mencionados por Georgescu-Roegen (21) apuntan a que se debe reemplazar el ideal del crecimiento que ha servido como sustitutivo de la distribución equitativa de la riqueza por una visión más humana, en la que la producción y el consumo estén subordinados a las metas de la supervivencia y la justicia. Las economías industriales, tanto capitalistas como socialistas, deben encontrar camino para cooperar con los países en desarrollo y corregir el desequilibrio. Para conseguir una distribución equitativa de la riqueza a lo largo del mundo, la población de los países industrializados debe renunciar a lo que ahora parece un derecho ilimitado a consumir cualquier recurso que esté a su disposición. Para Georgescu-Roegen (21) los economistas deben jugar un papel en reformar los valores humanos hacia ese fin. En esta línea nuevas teorías económicas discrepan de la confianza en el mecanismo de mercado para evitar las catástrofes ecológicas, porque el mercado sólo se basa en los parámetros de la oferta y la demanda de las generaciones actuales. Los precios nunca pueden ser ecológicamente correctos, según Georgescu-Roegen (21), porque las generaciones futuras no están presentes. El análisis coste beneficio funciona bien cuando existe un conjunto de datos perfectamente conocidos y todo tiene un precio definido en dinero, pero no existe un precio para los recursos in situ, pues ningún coste monetario elimina la contaminación irreductible y no existe ningún precio para la vida humana.

Piketty (22) concluye en lo que es el quid del libro *el Capital en el Siglo XXI* en que la dinámica de la distribución de la riqueza pone en juego poderosos mecanismos que empujan alternativamente en el sentido de la convergencia y de la divergencia y que no existe ningún proceso natural y espontáneo que permita evitar que las tendencias desestabilizadoras y no igualitarias prevalezcan permanentemente. Su investigación es que la evolución dinámica de una economía de mercado y de propiedad privada que es abandonada a sí misma contiene en su seno fuerzas de convergencia importantes relacionadas sobre todo con la difusión del conocimiento y de calificaciones pero también poderosas fuerzas de divergencia potencialmente amenazadoras para nuestras sociedades democráticas y para los valores de justicia social en que están basadas. La principal fuerza desestabilizadora, la vincula con el hecho de que la tasa de rendimiento privado del capital r puede ser significativa y duraderamente más alta que la tasa de crecimiento del ingreso y la producción g . La contradicción central del capitalismo: $r > g$. La desigualdad $r > g$ implica que la recapitalización de los patrimonios procedentes del pasado será más rápida que el ritmo de crecimiento de la producción y los salarios. Esta desigualdad expresa una contradicción lógica fundamental. El empresario tiende inevitablemente a transformarse en rentista y a dominar cada vez más a quienes sólo tienen su trabajo. Una vez constituido, el capital se reproduce solo, más rápidamente de

lo que crece la producción. El pasado devora al porvenir. Las consecuencias pueden ser terribles para la dinámica de la distribución de la riqueza a largo plazo, sobre todo si a esto se agrega la desigualdad del rendimiento en función del tamaño el capital inicial y si ese proceso de divergencia de las desigualdades patrimoniales tiene lugar a escala mundial.

El problema no es fácil de solucionar (22). Ciertamente es posible alentar el crecimiento invirtiendo en formación, simular conocimiento y en tecnologías no contaminantes pero no por eso el crecimiento aumentará al cuatro o cinco por ciento anual. La experiencia histórica indica que sólo países en proceso de recuperación y alcance respecto de otros como Europa hace 30 años, o China y los países emergentes de hoy, pueden crecer a ese ritmo. Todo hace pensar que la tasa de crecimiento de los países que están a la vanguardia en desarrollo tecnológico mundial no podrá ser superior a 1-1.5 % anual a largo plazo sin importar qué política se aplique.

En esta línea se manifestó también Stiglitz (23) en su tesis defendida en el *Massachusetts Institute of Technology* (MIT). La idea central fue la desigualdad, su evolución a lo largo del tiempo y su influencia en el comportamiento macroeconómico y sobre todo para el crecimiento. Partiendo de algunos supuestos estándar, lo que se denominaba modelo neoclásico, demostraba que bajo esos supuestos tendría que producirse una convergencia hacia la igualdad entre los individuos, pero no era así. Algo no funcionaba en el modelo estándar que afirmaba que la economía era eficiente y que no existía desempleo ni discriminación. Eso llevó a emprender la búsqueda de modelos alternativos donde las imperfecciones del mercado y en especial las imperfecciones de información y las irracionalidades desempeñaran un papel tan importante. Está claro, según el autor, que los mercados no han estado funcionando de la forma que proclaman sus apologistas. Se supone que los mercados son estables, pero la crisis financiera mundial demostró que podían ser muy inestables con catastróficas consecuencias. El 1% más alto dispone de las mejores casas, de la mejor educación, de los mejores médicos y del mejor estilo de vida. Pero hay una cosa que aparentemente el dinero no ha conseguido comprar: la constatación de que su destino está ligado a cómo vive el 99% restante. Se trata de una lección que a lo largo de la historia el 1% acaba aprendiendo, sin embargo a menudo, lo aprende demasiado tarde.

La visión de una sociedad donde la diferencia entre los ricos y los pobres se ha reducido (23), donde hay un sentimiento de un destino compartido, un compromiso común con la igualdad de oportunidades y la equidad, es la única acorde con el bienestar de nuestros

ciudadanos, e incluso con el crecimiento económico sobre todo si se mide de la forma adecuada.

Conil et al. (24) detectan movimientos sociales que reaccionan ante la desigualdad que promueve el sistema capitalista; personas afectadas por un empleo precario, restricción del crédito, reducción del consumo, recortes en los servicios sociales ven con pesimismo el futuro de las próximas generaciones. La reacción de un amplio sector de la población ha sido tomar toda esta situación como oportunidad para cambiar una vida basada en el consumo y acumulación, por otra con más libertad, menos dinero pero más cooperación desinteresada. La investigación de Conil et al. (24), demuestra diferencias entre unos comportamientos alejados del mercado de capital motivados por la crisis y la subsistencia, de otros comportamientos de la misma índole pero surgidos de la intención consciente de vivir según unos patrones distintos a los tradicionales del sistema capitalista. Su trabajo indica que las prácticas alternativas han ido aumentando a medida que se desarrollaba la crisis aunque ya existían anteriormente.

Los resultados más interesantes de esta encuesta (24), realizada por el equipo técnico de Instituto Opina (www.opina.es) vía entrevistas telefónicas, a una muestra representativa de la población de Barcelona, los días 9 y 10 de febrero de 2011, en base a un cuestionario de 43 preguntas diseñado por el equipo de Conil, con preguntas centradas en una lista de 26 prácticas económicas alternativas, actitudes hacia el capitalismo y el cambio social y las características socio-demográficas de los encuestados, son:

El 97 % de las personas ha participado en alguna práctica de actividad no capitalista desde el 2008, año en que se inicia la crisis.

El compromiso no es un movimiento marginal. Hay una amplia gama de actividades que no implican un intercambio de dinero (desde la albañilería, al cuidado de personas) que clasifican en:

- Autosuficiencia: 50 %
- Altruismo. Servicios a los demás, que costarían dinero en el mercado, sin recibir compensación económica: 21 %
- Cooperación e intercambio. Implican intercambio de bienes y servicios sin utilizar dinero como medio de intercambio: 65 %

Más de la mitad de los encuestados dijo que la crisis había afectado negativamente sus gastos e ingresos y que les ha llevado a preocuparse por su futuro y el de sus familias. Casi un tercio de los encuestados indicaron que su empleo también se había visto afectado negativamente. La incidencia de enfermedades relacionadas con el estrés desde la depresión y la ansiedad hasta el abuso de estupefacientes había aumentado desde el comienzo de la crisis y muchos lo atribuían a la crisis financiera.

Más del 29 % dijo que su salud se había deteriorado como resultado de la crisis. Casi el 60 % de los encuestados indicó que les gustaría trabajar menos y ganar menos dinero si esa opción fuera posible. Los que dijeron que les gustaría trabajar menos indicaban que dedicarían más tiempo a sus amigos y familias.

En la encuesta se encuentran diferencias de género en cuanto al tipo de actividades a las que las mujeres y los hombres se dedican, lo que indica que las divisiones de trabajo por género sigue existiendo tanto en el hogar como en la participación en otras actividades.

Se muestra como las personas que se habían visto afectadas negativamente por la crisis económica eran más propensas a participar de estas prácticas, que los que dijeron no haberse visto afectados.

Todo este movimiento social se ve respaldado por postulados Keynesianos. Krugman (25), defensor a ultranza del intervencionismo estatal, propone que, con urgencia, se debe inyectar dinero en el sistema para reactivar el crédito, que vuelva a poner en marcha el gasto y la demanda, porque en caso contrario, los efectos de la parálisis de la actividad económica se harán notar, debiéndose coordinar las economías a nivel mundial, a causa de la globalización. La vía que indica para ello es la de tomar el control desde el gobierno, nacionalizando temporalmente, si es necesario, parte del sistema financiero. El autor se basa en el estudio de la Crisis del 29 y en las políticas que hicieron salir de aquello propuestas por Keynes para reforzar su argumento.

En otro ensayo Krugman (26) mantiene que aunque en principio hay cifras históricas en la que la repercusión en la economía no era directamente proporcional a la cifra gastada por el estado, o la repercusión negativa en la actividad provocada por los aumentos de impuestos, que muestran que no tiene un efecto tan positivo como expone, son porque se dan en situaciones en las que hay otras variables que influyen de manera directa, y que es difícil aislar los efectos directos de una sola variable. En el caso de las economías

que precedieron a las guerras mundiales, pudieron comprobarse de manera más clara estos efectos, al anularse la actividad privada.

Otros autores, como Piketty (27), mantienen que el capitalismo sin control de último siglo ha generado desigualdades que se han identificado durante las últimas décadas a causas de diferentes reformas impositivas que han aliviado las cargas tributarias sobre los sectores más ricos de la sociedad. Esto ha generado brechas en la apropiación del excedente entre capitalistas y trabajadores, diferencias históricas y entre países, generando profunda inequidad en el mundo del trabajo alimentado por la aparente eficacia del mercado como elemento regulador de todos estos resortes. En este contexto Piketty (27) aboga por implementar una redistribución justa y eficaz de la riqueza, a través de los gastos sociales en salud y educación, las aportaciones patronales, las cargas sociales, los sistemas de jubilación, la fijación de un salario mínimo y el papel de los sindicatos, el acceso al crédito y el impulso keynesiano de la demanda.

Toda época de crisis exige una doble estrategia para actuar razonablemente, conservar lo que merece sobrevivir del pasado desechando lo que no ha funcionado, y por otra parte aguzar la visión para percibir la emergencia de lo nuevo y ayudarlo a prosperar. No se sugiere rechazar totalmente la economía convencional porque sus técnicas (econométricas) y sus verdades parciales son útiles siempre que se empleen dentro de una concepción adecuada. Esta doble estrategia es además inevitable porque todo cambio social se hace por individuos e instituciones con los ojos en el futuro pero los pies en el pasado (28).

1.1.4 Brotes verdes

Díaz (29) dice que la economía española empieza a recuperarse, en los dos últimos años, basándose en los siguientes datos positivos: en septiembre de 2013 tenía un crecimiento del PIB del 0.1%, por fin, tras seis años de decrecimiento, de aumento del desempleo (2008-2014), y de destrucción de puestos de trabajo. Se han revisado al alza las previsiones de crecimiento, 2.5 % en el 2015. Los datos del último trimestre del 2014 para Díaz son halagüeños debido fundamentalmente al aumento del consumo interno de las familias y a que el número de ocupados sobrepasó los 17.4 millones de personas.

Otra buena noticia, según Díaz (29), es que se ha reducido el desempleo juvenil, que los costes laborales han descendido un 38 % de la misma manera en que las bajas laborales

en el sector privado decrecieron el 28 % y en el sector público el 18 % y que cada vez fluye más el crédito. La financiación bancaria a PYMES que antes caía el 4.5 % ahora lo hace el 1.2 %. Los hogares se sienten más seguros porque ha aumentado su renta bruta disponible, su capacidad de ahorro y los precios de la vivienda se han estabilizado. Sin embargo, Díaz opina que hay nubarrones en el horizonte, ya que antes de las elecciones griegas, el Fondo Monetario Internacional (FMI) estimaba la probabilidad de regreso a la recesión en el 40 % y tras las elecciones lo aumenta al 50 % (29).

1.1.5 Entorno socio económico para el desarrollo de la profesión de dentista

a) Irrupción de las franquicias

A pesar de todos estos indicadores, el ambiente en el que se desenvuelven los dentistas, objeto de este estudio, no es muy propicio para el desarrollo de su actividad.

Los tres grandes factores que han modificado las condiciones de empeño de la profesión han sido: el incremento notable del número de titulados en España, que se une al impacto de la crisis de la demanda provocada por la crisis y por mejora de la salud oral en España, y por último la irrupción de la competencia de las franquicias (30).

b) Aumento del número de egresados

El número de dentistas ha aumentado en la última década un 59 % (31), no existe un sistema de números clausus eficaz. Este incremento no sigue el mismo ritmo que el crecimiento de la población, con una progresión menor, y su correspondiente demanda de servicios; sólo un 37 % de la población va a la consulta con una periodicidad inferior al año (31).

En el periodo 1987-97 el número de dentistas se aumentó el 136 %, y disminuyó el 42 % las cargas de trabajo por dentista. Si estudiamos la evolución de las cifras de personas registradas como paradas, se detecta un incremento progresivo de la cifra de paro a medida que se desarrolla la crisis económica, y a pesar de que la contratación también fue en aumento, el mercado ha sido incapaz de absorber los mil cuatrocientos titulados que cada año se incorporan, además de los que se van quedando en paro. Atrás quedan los datos de pleno empleo de los años 1998 y 2004. Más de un tercio de los contratos tienen una duración de seis meses, y dos de cada cinco están encuadrados

en la tipología de Eventuales. En el 70 % de los casos se contrata a mujeres y casi el 60% son personas menores de 30 años. El autoempleo apenas se manifiesta (32).

La posibilidad de establecerse por cuenta propia tampoco parece tarea fácil. Las aseguradoras han copado el mercado, seduciendo a los consumidores con los planes de descuento encubiertos que ofrecen en forma de seguros dentales.

c) Análisis de la demanda de servicios dentales

En cuanto a la demanda de servicios odontológicos también ha sufrido modificaciones en los últimos tiempos.

Cuatro de cada diez españoles consideran que la crisis económica ha tenido repercusión en el uso de los servicios odontológicos (33).

El principal motivo para no haber acudido al dentista en los dos últimos años es la ausencia de problemas dentales (47%), seguido de causas económicas, miedo y falta de tiempo. Casi la mitad de la población española piensa que no tiene ningún problema bucal en la actualidad. Los problemas percibidos con mayor frecuencia son: las caries sin tratar, la presencia de dientes sensibles y tener encías sangrantes o movilidad dentaria. La principal fuente de trabajo de los dentistas ha sido históricamente las caries, y en los últimos tiempos el número de dientes afectados por ellas ha disminuido poco a poco hasta situarse en 2010 en un 1.12 de media (en niños de 12 años). Se perfila que la mayor demanda de servicios provendrá de las personas de mayor edad (han disminuido del 2000 al 2010 del 23.4 % los totalmente desdentados al 16.7 %) con unas necesidades de tratamiento más complejas (33).

Otro dato que corrobora el estancamiento del sector es la evolución del IPC. Entre 2000 y 2011 aumentó un 24.63 % frente al 32.5 % de incremento en el resto de los servicios sanitarios. No podemos olvidar que la elevada elasticidad de la demanda en este sector, donde disminuciones de la renta van a provocar un descenso más acentuado en servicios dentales (31).

La mejora de la salud oral generalizada, sobre todo en la infancia, hacen que los procesos de patologías periodontales se estabilicen en los adultos (32).

Pinilla (34) nos describe en su artículo para la Fundación Dental Española, como la

competencia de las aseguradoras, han experimentado, en relativamente poco tiempo, un crecimiento extraordinario; cuentan con un millón trescientos mil asegurados, además de cerca de un 42% de las clínicas privadas. Gracias al seguro dental, que disfraza en realidad un descuento, puesto que no están sometidos al reembolso, no tienen que hacer frente al pago de proveedores, no asumen responsabilidades por la atención prestada, sin periodos de carencia, ni exclusiones por enfermedades preexistentes; sólo aportan su labor de intermediación. Ejercen un control sobre la demanda. Los nuevos grupos económicos tienen una gran capacidad de presión, sobre todo financiera, con amplia experiencia en prácticas mercantilistas. Nuestros dentistas no están preparados para ello. Habitualmente el dentista deja de tener control sobre su trabajo, que se ve obligado a realizar numerosos tratamientos de forma rentable y eficiente en detrimento de las necesidades reales de los pacientes. Este modelo de mercado se ha afianzado menoscabando el modelo profesional. Las autoridades controlan los requisitos de nivel educativo para acceder a la profesión y no al mercado.

Para Pinilla (34), lo ideal sería que en Europa hubiera uniformidad en cuanto a los sistemas que aplican. Hay países que ofertan sistemas alternativos que permiten a los pacientes a asumir los costes en colectivo, cubriendo la Seguridad Social el montante principal. Las reformas en Europa, destaca Pinilla (34), se han dirigido a fomentar la independencia de los profesionales, mediante la autorregulación y autogestión de la práctica clínica (Reino Unido) y toman como objetivos fundamentales salvaguardar los derechos de los pacientes y protección frente al marketing indiscriminado (35).

Todo este escenario provoca que los jóvenes dentistas, en su mayor parte asalariados, encuentren grandes dificultades de tipo financiero para conseguir un posicionamiento profesional aceptable (36).

Los expertos tampoco dibujan un futuro muy halagüeño (32) ya piensan que las patologías se estabilizarán. Paradójicamente se producirá un aumento de la demanda derivado de un alto grado de enfermedades no tratadas y por el incremento de la esperanza de vida (demandas de la población de la tercera edad) así como por la demanda inducida provocada por el incremento de profesionales dedicados a esta actividad.

También esperan los expertos consultados bajo la dirección de Llodra (32) que la población inmigrante va a demandar cuidados bucodentales en todas las edades. Los

tratamientos más demandados serán los tratamientos restauradores así como la implantología y los estéticos, en detrimento de las extracciones y prótesis removibles. El número de dentistas seguirá en aumento, sin ningún tipo de medida restrictiva de aquí al 2020. Los expertos insisten en el deterioro que supondrá tanto en la calidad de vida como en el acceso al puesto de trabajo, que estará en situación más precaria (pluriempleo, trabajo por cuenta ajena para aseguradoras y franquicias). El ejercicio de la profesión como autónomo se verá claramente reducido. La media de edad será menor que la actual y la presencia femenina será mayor. En cuanto a la salida de profesionales al extranjero, y en sentido contrario no va a verse disminuida.

d) Descripción e influencia de los programas públicos de Salud Dental

Existen cambios en la provisión de servicios dentales: por una parte el sector público ha incrementado considerablemente su cartera de servicios, sobre todo en la población infantil (6-15 años), y la aparición de formas alternativas a la tradicional de trabajo individual y por cuenta propia, como trabajar por cuenta ajena, en aseguradoras, franquicias o policlínicas (32).

En la actualidad los programas públicos del Sistema Nacional de Salud en España, en el caso de la Odontología están definidos por un traspaso de competencias en materia de salud a las autonomías, cada una de ellas desarrolla un plan, con sus características.

Los programas de salud bucodental, según el Ministerio de Sanidad, deben de tener como objetivo general la mejora del estado de salud bucodental de la población para la que va dirigido mediante actividades de promoción, prevención y atención, desarrollándose estas en el marco de la Atención Primaria de Salud.

Los planes en las distintas comunidades son (37):

ANDALUCÍA

Programa de Salud Bucodental, que consiste en la fluorización del agua para poblaciones de más de 50.000 habitantes.

Proyecto Aprende a Sonreír constituyendo una estrategia de educación de salud bucodental dirigida a Centros Escolares de Primaria.

Plan de Atención Infantil de Andalucía (PADIA) que sigue al del País Vasco (PADI).

Asistencia bucodental en el Sistema Sanitario Público a personas cuya discapacidad física o psíquica influya en su salud oral. La edad es de 6-15 años y contempla asistencia dental básica y unos tratamientos especiales, sin límite de edad para aquellos que necesiten sedación profunda o anestesia para su tratamiento.

ARAGÓN

Programa PADI en la línea del País Vasco teniendo como diferencias la cobertura de edad, ya que el plan abarca de manera progresiva desde los seis a los diecisiete años, y por otro lado establece que aquellos niños usuarios del programa que en dos años consecutivos de forma voluntaria no usan el talón de consulta anual no podrán optar a la libre elección del profesional.

ASTURIAS

Se financia con fondos estatales adscritos a la Sanidad y de la Seguridad Social, aplicando los principios generales de prestaciones en Atención Primaria de Salud Bucodental.

Programa de promoción de la salud bucodental en Asturias (actividades preventivas y restauradoras)

Existe un programa de Atención dental a discapacitados intelectuales.

ISLAS BALEARES

Desde 1995 se aplica un programa PADI que sigue las directrices de las del País Vasco, con libre elección del profesional y talón por asistencia.

ISLAS CANARIAS

Se rigen también por un programa PADI canario, que es toma como modelo el del País Vasco, cuya única diferencia es la inclusión de la endodoncia como tratamiento especial.

CANTABRIA

Programa de salud bucodental dirigido a escolares, con actividades educativas, preventivas y asistenciales, con población diana niños de 6 a 10 años, usando unidades móviles y un centro de salud bucodental para tratamientos más específicos.

CASTILLA LA MANCHA

Programa PADI dirigido a niños de 6 a 15 años, parecido a los de las otras comunidades, integrando a los discapacitados de cualquier edad. Derivan tratamientos más específicos a dentistas privados.

CASTILLA Y LEÓN

Su programa incluye a todas las edades en un contenido básico: medidas de información, exploración y revisión y tratamiento de los procesos agudos odontológicos. Luego establece unos contenidos específicos para las mujeres embarazadas, mayores de 75 años y discapacitados y un PADI parecido al del País Vasco para niños de 6 a 14.

CATALUÑA

Se incluye al dentista como un miembro más de la Atención Primaria, no como especialistas, si no de acceso directo, y son ellos los que realizan los planes en los colegios de prevención y charlas. Los resultados de su plan están muy bien medidos: eficiencia, eficacia, efectividad con objetivos temporales y de fácil medición. Incluyen a embarazadas, disminuidos físicos y psíquicos y mayores de 60 con actuación para los de renta baja.

CEUTA Y MELILLA

No existe un programa definido. Se aplican selladores de fisuras de primeros molares a niños entre 6-7 años. La obturación de estos molares no queda incluida.

EXTREMADURA

Llevan a cabo a el PADIEX en niños d 6 a 14 años, con una diferencia que se trata del tratamiento pulpar como tratamiento especial, teniendo que ser abonado de forma individual por tratamiento al no estar incluido en la asistencia dental básica. Son pioneros en hacer un estudio epidemiológico en salud bucodental en discapacitados psíquicos, desarrollando un PADI específico que los incluye a todos los que tengan al menos un 33 % de grado minusvalía, con tratamientos bajo anestesia y protésicos si fueran necesarios.

GALICIA

Atención bucodental dentro de los servicios de Atención Primaria con las siguientes prestaciones: información y educación en materia de higiene, medidas preventivas y asistenciales, tratamiento de procesos agudos y revisión a embarazadas.

MADRID

No tienen un plan específico. Cada Ayuntamiento de la Comunidad aplica una cosa diferente. En Servicios Sociales existe algún cheque sanitario a canjear por servicios privados.

MURCIA

La asistencia dental sigue un modelo PADI modificado, que en los últimos años ha sufrido recortes importantes, quedando su cobertura reducida a los niños de 6 a 8 años y discapacitados de 6 a 14. Las prestaciones tienen como variantes con respecto a un modelo PADI estándar el hecho de que sólo se paguen las obturaciones de molares por capitación y el resto por acto médico. En la actualidad el servicio de fluorización de plantas de agua se encuentra interrumpido.

NAVARRA

Un PADI como el del País Vasco ampliado hasta los 18 años. Además de los dentistas de los servicios de atención primaria, están anotados más del 65 % de los colegiados privados. Disminuidos psíquicos incluidos, devolviéndole el gasto en tratamiento dental. Embarazadas y pacientes de la tercera edad el tratamiento protésico.

PAÍS VASCO

En 1988, el estudio Epidemiológico de Sanidad indicó que el 80% de los niños de 14 años tenía experiencia en caries, por ello se estableció la salud dental infantil como área de intervención prioritaria, implantando un sistema de asistencia básica dental de calidad, para conseguir que los niños crecieran libres de caries. Su financiación se haría con cargo al presupuesto del Departamento de Sanidad y su provisión sería mediante un amplio cuadro facultativo de dentistas de Osakidetza y concertados en el sector privado. Tras veinte años de aplicación el 92 % de los niños utilizan PADI; más de la mitad de los dentistas colegiados en la CAPV forman parte de su cuadro facultativo, dotando al sistema de excelente accesibilidad y aceptabilidad. Se produce una atención que tiene como objetivo la prevención de las patologías, gracias a los protocolos clínicos diseñados y a la capitación del sistema. Las tasas de retorno en salud por dinero invertido son muy altas. Los costes del sistema se han mantenido a lo largo de los años.

Como debilidad del sistema se puede destacar que cada año un tercio de los niños no acude a revisión, lo que dificulta el enfoque preventivo y de control, aumentando el

tratamiento reparador de lesiones avanzadas. Actualmente, la baja incidencia de caries en los niños, hace que las familias se relajen en la percepción de riesgo, lo que reduce la adherencia al sistema. La edad de cobertura es limitada, y coincide con la mejor etapa de salud de la persona.

LA RIOJA

No hay planes específicos. Algo para niños de 6 años.

VALENCIA

Su programa de Salud Bucodental abarca desde el nacimiento a los 14 años, se enmarca en centros de salud y lleva a cabo actividades de promoción de la salud, prevención de caries y enfermedad periodontal y atención sanitaria.

Es un hecho la mejora de la salud oral de los escolares españoles tras la implantación de los programas PADI, aunque está en tela de juicio la relación causa efecto, apuntándose a la avance de la calidad de vida de los españoles. Aunque también están demostrados los altos niveles de eficacia de los tratamientos aplicados en estos programas: selladores de fisuras, barniz de flúor, gel de flúor, etc. (38).

e) Medidas para reconducir la situación

No parece que en este entorno, tanto presente como de proyección de futuro, vaya a favorecer un desempeño de la profesión en unas condiciones que promocionen el bienestar emocional, sino más bien lo contrario, un ambiente proclive a que se den los riesgos psicosociales que son caldo de cultivo para síndromes como el que estudiamos en este trabajo.

Aunque se plantean medidas que podrían reconducir la situación (7):

- Intentar reducir el número de titulados en España.
- Promover un aumento de la demanda mediante campañas de concienciación de la población de la necesidad de una buena salud oral.
- Nutrir un fondo que sirva de soporte legal/laboral a los más jóvenes, por considerarse los más castigados.
- Suscitar una mayor eficiencia de los programas públicos y mantener unos estándares de calidad en la formación de especialidades con precios asequibles.

Añadir como conclusión a este apartado que el ejercicio profesional de los dentistas es mayoritariamente privado y deben gestionar su consulta con una visión de empresa y en muchas ocasiones estos servicios que prestan no son verdaderos actos médicos y su incentivación está más cerca de las estrategias de mercado que del ejercicio médico (39). Por ello la carrera de dentista tiene una dificultad más y es la de un profesional ligado al mundo sanitario que puede entrar en conflicto con núcleos ideológicos contradictorios y es la motivación altruista con una cuenta de pérdida y ganancias con beneficios.

1.2 Síndrome de estar quemado en el trabajo o síndrome de *Burnout*

Para cumplir con los objetivos de nuestra investigación, que es evaluar la presencia del síndrome de *burnout* en los dentistas españoles y su relación con las condiciones económicas y sociales de nuestro entorno, vamos a resumir a continuación lo más significativo de la literatura científica en cuanto a definición, metodología y estudios realizados sobre este síndrome.

Fue Freudenberguer (1974) el primer autor en describir el síndrome de quemarse por el trabajo que se define como un síndrome de agotamiento físico y emocional con actitudes negativas hacia el trabajo, deficiente auto concepto y pérdida de interés por los usuarios. Gil-Monte, 2003, recomienda utilizar el término «síndrome de quemarse por el trabajo» para aludir en español al *burnout syndrome* cuyas características son el estar integrado por un conjunto de síntomas que se deben identificar y evaluar para obtener un adecuado diagnóstico, centrando la atención en el trabajo y no en el trabajador, lo que permite distinguir este fenómeno frente a otros como el estrés laboral, la depresión o ansiedad (40), aunque a nivel internacional, la definición más aceptada es la propuesta por Maslach et al. (4): una respuesta prolongada a estrés crónico a nivel personal y de relaciones en el trabajo con las dimensiones agotamiento, cinismo e ineficacia profesional.

Una vez que la comunidad científica internacional da reconocimiento y definición al citado síndrome, el Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo español (INSHT) en su labor preventiva publica tres Notas Técnicas Preventivas sobre el *burnout*: la NTP 704 (5), NTP 705 (41) y NTP 732 (42).

La NTP 704 (5) define el concepto de síndrome de *burnout* como una respuesta al

estrés laboral prolongado con actitudes y el sentir de forma negativa hacia compañeros y profesión y la vivencia de encontrarse agotado. Respuesta que con frecuencia se ha dado en profesionales de la salud y de los servicios en contacto directo con los usuarios, indicando que se pueden destacar cinco fases en el desarrollo de este síndrome: fase de entusiasmo o de grandes expectativas donde no importa alargar la jornada laboral, fase de estancamiento en la que el profesional no puede dar una respuesta adecuada, fase de frustración donde el trabajo no tiene sentido, fase de apatía con afrontamiento defensivo como distanciamiento de los usuarios y por último la fase de quemado con una vida profesional de insatisfacción.

La NTP 705 (41) fija cinco indicadores clínicos de carácter individual del síndrome de *burnout*: los psicósomáticos con cansancio hasta el agotamiento y malestar general, los conductuales con comportamientos de riesgo, los emocionales con síntomas disfóricos, ansiedad y distanciamiento afectivo, los actitudinales como apatía, cinismo e ironía, y los sociales o malas relaciones interpersonales. A su vez establece las consecuencias para la organización: deterioro de la comunicación, disminución de la capacidad de trabajo, del compromiso, bajada del rendimiento y eficacia, desmotivación, abandono que afecta a la calidad del servicio y aumento de quejas de los clientes.

Los estudios y debates sobre la metodología y los instrumentos de medida proliferan a nivel mundial, tratando de establecer una construcción teórica sobre el síndrome de *burnout*. Así, han existido acercamientos unidimensionales al constructo como el de Pines, basado en el agotamiento como elemento fundamental, aunque el instrumento por excelencia es el *Maslach Burnout Inventory* (MBI) (6) con 22 ítems y estructura tridimensional que se ha extendido a otras profesiones distintas de las asistenciales, desarrollándose su estructura teórica y empírica a medida que se ha profundizado en su uso. En los años noventa la investigación sobre síndrome avanza y se consolida en muchos países, adaptando el MBI a varios idiomas aunque no existe un consenso claro de los investigadores en los puntos de corte psicométricos para distinguir colectivos de riesgo (43).

El MBI originalmente no ha recogido en ninguna de sus versiones la medida del contexto de la ocupación relevante en el síndrome (43), si bien con posterioridad Maslach et al. (44) lo redefine como «una crisis en relación con el propio trabajo, sin que signifique necesariamente una crisis de las relaciones con las personas en el trabajo»; el *burnout* por tanto, no consiste en un proceso exclusivamente asistencial

aunque la pérdida de expectativas laborales inicial marque de forma importante el comienzo del fenómeno.

La diferenciación entre un síndrome de *burnout* relacionado con el trabajo y otro con los clientes responde a dos de los grandes modelos etiológicos: aquel que propone su derivación de las relaciones con los clientes que es el de tipo interpersonal y en definitiva asistencial, y otro más profesional, generado en este caso por las características de la tarea y de la organización que se corresponde con las profesiones no asistenciales. Los autores del MBI han optado por dos versiones, la primera, el MBI-HSS (*Maslach Burnout Inventory-Human Services Survey*) con tres sub-escalas, cansancio emocional, despersonalización y baja realización personal y la segunda versión el MBI-GS (*Maslach Burnout Inventory-General Survey*) con las sub-escalas, agotamiento, cinismo y eficacia profesional (43).

La comunidad científica necesita confirmar que el MBI es un instrumento adecuado para su uso entre los dentistas y Te Brake et al. (45) lo hacen y detectan además que aspectos específicos derivados de la parte empresarial aumentan su riesgo dejando abierta la idea de profundizar en investigación en la profesión de los dentistas.

La clasificación de los niveles de síndrome de *burnout* es un tema controvertido. La ausencia de criterios claros para su evaluación tiene una evidente repercusión en la estimación de su epidemiología y en la dificultad de proporcionar datos de prevalencia (44). De ahí la disparidad de resultados en los estudios epidemiológicos que en algunos casos son alarmantes.

En este contexto el Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo español elabora otra Nota Técnica Preventiva, la NTP 732 (42) que aporta un instrumento de medida genérico para todo tipo de trabajos: el MBI-GS (*Maslach Burnout Inventory-General Survey*) propuesto por Schaufeli et al. en 1996 (46), con los correspondientes datos normativos sobre una muestra de 1963 participantes. Esta versión española adaptada con su tres dimensiones: agotamiento, cinismo e ineficacia profesional, fue realizada por Salanova et al. en el año 2000 (47).

El síndrome de *burnout* fuera del ámbito ocupacional se ha medido con el instrumento MBI-SS (*Maslach Burnout Inventory-Student Survey*) ajustado por Schaufeli et al. en 2002 (48), pero existen además otros instrumentos acondicionados en lengua española como el CESQT 31 o el CBB 32 (43).

Muchas publicaciones en España han utilizado como instrumentos de medida los propuestos por el INSHT; por ejemplo, Varela-Centelles et al. (49), en su estudio transversal descriptivo sobre el síndrome de *burnout* entre los odontólogos y estomatólogos del Servicio Gallego de Salud, emplean la versión española del MBI para profesionales de ayuda y servicios. En su discusión cuestionan los puntos de corte del cuestionario original, *Maslach Burnout Inventory*, por estar establecidos con cierta arbitrariedad y por la limitación que supone la ausencia de validación de éstos en las distintas versiones del test, restringiendo su uso a las colectividades, siendo útil sin embargo para cuantificar la evolución del síndrome en el tiempo. Los autores concluyen que los profesionales analizados presentan un grado de síndrome de *burnout* similar al descrito en los médicos de atención primaria del Sistema Nacional de Salud, con los que tiene connotaciones culturales parecidas al ser estos trabajadores del ámbito público (49).

Estudios recientes como el de Montero-Marín (50), utilizan como escala de medida el MBI-GS con objeto de presentar una definición operativa de subtipos de síndrome de *burnout* y otros como el realizado por Amigo et al. (51), en el sector bancario, usan directamente estas herramientas para realizar mediciones con resultados sugerentes de niveles altos de este síndrome en el citado colectivo.

Avanzando en la definición del constructo de síndrome de *burnout* encontramos que se ha teorizado en el desarrollo de modelos con poca investigación para corroborar hipótesis debido a las dificultades de los estudios longitudinales; hay modelos que presentan las tres dimensiones (agotamiento, cinismo y eficacia profesional) con una relación secuencial clara que va de agotamiento a cinismo y un enlace a eficacia menos claro aunque datos actuales apoyan desarrollo simultáneo indicando una respuesta a estresores laborales crónicos (4). Ante estas debilidades de medidas algunos autores han recomendado considerar sólo dos factores, agotamiento y cinismo y considerar eficacia profesional como independiente (52).

Debido a estas limitaciones la práctica más habitual en la realidad social no es la de recurrir a instrumentos completos de evaluación, sino a los componentes de éstos que sean pertinentes con el modelo teórico planteado. Conscientes de las restricciones y salvedades que la literatura científica argumenta y fruto de una profunda reflexión entre los directores de la tesis y la doctoranda, decidimos utilizar la versión española del MBI adaptada por Salanova et al. (47), y publicada por el INSHT (NTP 732) (42) como

material de medida en el colectivo de dentistas, utilizando dos modelos, por un lado el que pretende explicar el *burnout* alto, y por otro el *burnout* muy alto.

Sabedores del debate técnico, metodológico y de la falta de consenso en la comunidad científica avanzamos en la otra vertiente de la literatura, que es, el calado social del fenómeno y del que las instituciones responsables se hacen eco; el Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo (INSHT) en la en la Nota Técnica Preventiva NTP 704 (5) y Tejero (53) nos afirma que el síndrome de *burnout* es un riesgo incluido en aquellos que la Ley de Prevención de Riesgos Laborales protege en sus principios y en sus vías de intervención técnica (LPRL, arts. 14, 15 y 31.4.b). El síndrome ha llegado a los tribunales y se ha sentado jurisprudencia; la Sala Cuarta de lo Social del Tribunal Supremo (STS de 26/10/200) otorga al síndrome del *burnout* categoría de accidente de trabajo, tal y como se exige en el artículo 115.2 de la Ley General de la Seguridad Social, ratificando así la sentencia del TSJ del País Vasco (STSJ País Vasco de 2/11/99). Tejero (53) en un análisis de 160 resoluciones judiciales dictadas por tribunales españoles relacionadas con el síndrome de *burnout* sugiere una evaluación adecuada de este fenómeno, ya que se ha generado un volumen constante de jurisprudencia que lo considera accidente de trabajo y argumento de incapacidad laboral. La recomendación 194 la Organización Internacional del Trabajo (OIT) (54) incluye en el apartado de enfermedades profesionales epígrafe 2.4.2, los trastornos mentales y del comportamiento, entre los que según el autor mencionado, podría quedar encuadrado el síndrome de *burnout*.

El espíritu preventivo y la preocupación por la profesión de odontología se refleja en las conclusiones de los investigadores, por ejemplo Alemany et al. (55) dicen que es necesario identificar a los individuos con una tendencia hacia el "desgaste", con el fin de establecer medidas preventivas y evitar futuras conductas negativas en el trabajo, así como a nivel personal

Badran et al. (56) infieren que la odontología es una profesión exigente que requiere esfuerzos físicos, mentales y del contacto directo con personas, lo que puede llevar al agotamiento.

En un artículo publicado en Dental Economic 2011, Kesner (57) afirma que la odontología tiene una de las tasas más altas de síndrome de *burnout* debido a que es una profesión de alta tensión y de alto riesgo. La odontología requiere conocimientos de la medicina, la física, los materiales y el arte. Además el ejercicio profesional predominante es una

clínica propia con los riesgos y responsabilidades asociados a los propietarios de un negocio, con tensiones que vienen de los empleados, decisiones de capital, gastos de personal, de suministros, de arrendamientos, de laboratorio, decisiones de marketing, responsabilidad del ejercicio, etc., que espera una adecuada retribución que no llega.

Encontramos en nuestra revisión bibliográfica variedad de estudios sobre el síndrome de *burnout* en la odontología que dibujan la imagen de una profesión difícil, de altos niveles de exigencias y a su vez de grandes retos, a continuación resumimos las contribuciones más destacadas.

Ahola y Hanaken (58) aprecian una relación recíproca entre el *burnout* y síntomas depresivos. La tensión laboral predispone a la depresión a través del agotamiento y directamente al *burnout*. A pesar de que la relación entre el agotamiento y la depresión es recíproca, el camino de agotamiento a la depresión parece ser más fuerte que el camino desde la depresión hasta el agotamiento.

Lee et al. (59) perciben que algunos factores pueden precipitar el síndrome de *burnout* en los dentistas por ejemplo, los que no tienen el apoyo interpersonal y en los que trabajan largas horas sin recompensas adecuadas, pueden estar sometidos a un mayor riesgo de agotamiento, ante todo ello, destaca la importancia de alcanzar un equilibrio saludable entre el trabajo y la vida personal, y el mantenimiento de las redes sociales de apoyo para manejar el estrés relacionado con el trabajo limitándolo, aumentando la sensación de logro personal, y haciendo a los profesionales más resistentes al *burnout*.

Alpoz et al. (60) concluyen que el *burnout* es un componente fundamental del rendimiento inadecuado en el trabajo, su efecto es contrario a la eficacia y debe ser considerado a fin de tomar las medidas necesarias de prevención. La ignorancia del riesgo de síndrome de *burnout* puede contribuir a las implicaciones negativas para el dentista, paciente y calidad del trabajo. Por lo tanto, se deben aportar todos los medios para medir y disminuir sus riesgos (tales como promoción de las actividades relativas a un adecuado desarrollo profesional, un salario razonable y la autorización de algún tipo de control sobre su trabajo) para un buen estado de salud física y mental.

Divaris (61) en su memoria sobre estrés y síndrome de *burnout* en la educación dental encuentra significativas las variables sobre cuestiones financieras y la inseguridad sobre el futuro profesional que demuestran incertidumbre sobre su actual y futura carrera.

Gorter (62) en un estudio longitudinal sobre dentistas recién graduados en el Centro Académico de Odontología de Amsterdam entre 1998 y 2003, utilizando el MBI versión holandesa (UBOS) encuentra que el síndrome de *burnout* no representa ninguna amenaza para el dentista promedio recién graduado. Sin embargo, algunas personas reportaron puntajes alarmantemente altos en una etapa profesional temprana. Lo que más preocupaba a los profesionales jóvenes era la gestión de la clínica así que el autor recomienda que las escuelas dentales presten atención a la práctica de estas habilidades y al grado de estrés de trabajo en el plan de estudios defendiendo además, el seguimiento longitudinal de los estudiantes de odontología y dentistas recién titulados en el desarrollo de este problema.

Te Brake et al. (63) en una investigación con un diseño longitudinal de dos ondas, en una muestra representativa de los dentistas holandeses, examinaron la secuencia cronológica de las tres dimensiones del *Maslach Burnout Inventory*: agotamiento emocional; despersonalización y realización personal. Realizaron el examen de varios modelos y los resultados indicaron que un modelo en el que el agotamiento emocional precede a la despersonalización, que a su vez precede a la realización personal, muestra un ajuste adecuado entre los dentistas. Sin embargo, un modelo alternativo, en el que la realización personal precede agotamiento emocional, tuvo un mejor ajuste. Además de la prueba de estos modelos a priori, construyeron un modelo ad hoc que conciliaba mejor con los datos actuales y es que el agotamiento emocional precedía al desarrollo de la despersonalización y realización personal resultaba independiente. Aunque no es unívoco, los resultados mostraron que el agotamiento emocional no debía ser desechado como un signo temprano del síndrome. Esto está en línea de opinión de que la dimensión de agotamiento emocional podría ser considerada como la dimensión clave.

Hakanen y Schaufeli (64) concluyen que el agotamiento predice síntomas depresivos y no al revés. Además, el *burnout* y engagement (implicación) en el trabajo no son opuestos directos. En cambio, los dos tienen impactos únicos, incrementales en la satisfacción de vida y los síntomas depresivos.

Gorter y Freeman (65), reflejan con los datos de una investigación realizada en Irlanda del Norte que 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. Los dentistas parecían tener más problemas con los aspectos del entorno de trabajo como la presión del tiempo y preocupaciones financieras. En contraste con estos resultados, se identificaron niveles alentadores de compromiso y sus

recomendaciones fueron que se prestara atención riesgo de síndrome de *burnout* por parte de las asociaciones dentales.

Vered et al. (66) proporcionan una revisión actualizada de la literatura dental y proponen recomendaciones para este fenómeno que es relevante para la comunidad dental general en todo el mundo. Se ha encontrado frecuente desgaste profesional entre los dentistas y estudiantes de odontología. El desafío radica en el reconocimiento temprano y el desarrollo de programas de intervención específicamente para la profesión dental. Se recomienda atención a la expectativa de carrera realista y el tipo de dentista que uno prefiere ser; a practicar las habilidades de gestión y el control del grado de estrés del trabajo, así como la vigilancia longitudinal de dentistas recién titulados en el desarrollo de síndrome de *burnout*. Aprender acerca de desgaste profesional y sus consecuencias potencialmente graves. Aumentar el conocimiento acerca de cómo prevenir y tratarlo es crucial. No es sólo un problema médico, sino también un problema de salud pública.

Pirillo et al. (67), en una investigación sobre la especialidad de ortodoncista apuntan que los ortodoncistas italianos eran menos propensos a síndrome de *burnout* en comparación con los dentistas generales y aluden que el estilo de vida tiene un impacto importante en la aparición del síndrome. Las medidas preventivas son las soluciones más útiles para prevenir los síntomas.

Gorter y Eijkman (68) tuvieron como objetivo de trabajo medir si los dentistas con las expectativas de carrera incumplidas tenían puntuaciones de síndrome de *burnout* más altas que los dentistas que tuvieron éxito en la realización de sus expectativas. Además, investigaron la relación entre el tipo de dentista y el agotamiento. Al parecer, los dentistas que experimentaron la realidad peor de lo esperada, mostraron niveles más altos, al igual que los dentistas que ponen más interés en la vida fuera de la práctica. Entre sus recomendaciones indicaron que la atención a las expectativas de carrera realistas fuera un tema regular en la educación dental así como la elección adecuada del tipo de especialidad.

Gorter (69) también encuentra que estrés laboral y el síndrome de *burnout* son riesgos profesionales graves en odontología. En su estudio investigó la relación entre el estilo de afrontamiento de un dentista y el nivel del síndrome. Planteó la hipótesis de que los dentistas que se caracterizan por un estilo de afrontamiento activo mostrarían niveles relativamente bajos, mientras que los dentistas que se caracterizan por un estilo de afrontamiento pasivo mostrarían niveles relativamente altos. A partir de una encuesta

entre 709 dentistas generales activos, que han cumplimentado el *Maslach Burnout Inventory* y la Lista de Afrontamiento *Utrecht*, se confirmó esta hipótesis concluyendo que el estilo de afrontamiento podría explicar las diferencias en los niveles de síndrome de *burnout* en un grado sustancial. En la discusión enfatizó la necesidad de información sobre estilo de afrontamiento personal y la importancia de la actitud activa de un dentista individual hacia la planificación de carrera entre otras cosas.

Hakanen et al. (70) presenta la odontología como una profesión estresante donde varios estudios han demostrado que el síndrome de *burnout* está presente entre los dentistas. En una literatura de revisión informó que las interacciones de los pacientes, carga de trabajo, la presión del tiempo, las exigencias físicas o el miedo se han identificado como posibles causas de estrés en el trabajo en odontología. Sin embargo, poco se sabe acerca de cómo dentistas se arreglan para hacer frente a su trabajo.

Ríos-Santos et al. (71), encuentran que en los profesionales de periodoncia españoles, existe una alta prevalencia de síndrome de *burnout* y depresión.

La revisión de toda la literatura sobre el síndrome de *burnout* nos lleva finalmente a los planteamientos preventivos que la NTP 705 (41) encuadra en tres niveles: organizativo, interpersonal e individual.

A nivel organizacional permitir la participación en la toma de decisiones o conceder autonomía a los trabajadores. Peiró (72) propone intervenciones sobre el tiempo de trabajo (disminuir la jornada, modificar turnos, rotaciones, etc.) e intervenciones sobre el contenido del trabajo (rediseño de tareas) con el fin de reducir la monotonía y la repetitividad.

La intervención en la prevención del síndrome de *burnout* habrá de considerar el hecho de la múltiple adscripción del individuo a diferentes roles, los cuales se rigen por reglas establecidas siguiendo criterios diferentes y en ocasiones contradictorios, entre sí. Por tanto resultarán relevantes para la prevención del estrés crónico y del síndrome todas aquellas acciones que permitan clarificar los roles laborales, que faciliten la obtención de mayores cuotas de autonomía para priorizar actividades y/o que propicien la negociación de los roles por parte de los individuos.

La investigación de Ortega y López (73) ha demostrado el efecto amortiguador que tiene el apoyo social sobre el estrés y el síndrome de *burnout*.

Gil-Monte (43) propone como métodos de intervención organizacional para el síndrome de *burnout* los programas de socialización anticipatoria, los programas de retroalimentación sobre el rendimiento y el desarrollo organizacional que permiten prevenir y anticipar los posibles desajustes entre las expectativas y la realidad profesional. Benchmarking interno es decir, transferir las prácticas que han obtenido resultados positivos en algunas partes de la organización a otras, considerando las adaptaciones. Obtener ideas de innovación y disponer de procedimientos contrastados en otros contextos para obtener indicadores de referencia relativos a otras organizaciones comparables.

Adquisición de competencias es decir, comprar conocimientos que se han generado fuera de la organización para incorporarlos al repertorio de los individuos, de los equipos o a los diferentes diseños de los procesos de trabajo y sistemas de gestión de la empresa. Formación, consultoría, cooperación con otras entidades o la incorporación de criterios de reclutamiento y selección de personal que den prioridad a la incorporación de personal con amplios conocimientos, etc. La adquisición de competencias permite enriquecer las capacidades de la organización introduciendo innovaciones.

La presión por la excelencia, que supone la insatisfacción permanente con los resultados obtenidos, o al menos la satisfacción provisional. Esta insatisfacción permanente genera, lógicamente, estrés al impedir que los tiempos de recuperación emocional se reduzcan y las demandas externas aumenten, de forma que se perciben como indefinidamente crecientes. Pueden encontrarse diferentes y peculiares versiones de la tensión por la excelencia en algunos servicios, como por ejemplo los que pertenecen al ámbito sanitario, en el que un mayor nivel de información y formación por parte de los usuarios, así como una mayor consciencia de sus derechos en tanto que clientes, conlleven en algunas ocasiones, que el personal practique diferentes grados de medicina defensiva.

La aplicación de formas de gestión de personas que, bajo la pretensión de la eficacia, generan unas exigencias en el personal que en muchas ocasiones puede entenderse como formas, no siempre sutiles, de presión psicológica. Por ejemplo, la aplicación deficiente de la dirección por objetivos ha generado en ocasiones la activación de mecanismos de motivación negativa, es decir, la movilización de las personas se ha dirigido más a evitar consecuencias no deseadas (el incumplimiento de los objetivos fijados y las correspondientes sanciones formales o informales que lo acompañan) que a lograr la satisfacción que supuestamente proporcionaría el logro de las metas establecidas.

La dirección por valores. Este tipo de dirección provoca que muchas personas de la organización se vean impelidas a manifestar que comparten valores y criterios que, en realidad, chocan con sus convicciones personales e ideológicas. De este modo se generan diferentes formas de incoherencia y de disonancia que se traducen sutilmente en distintos tipos de insatisfacción, que son capaces de generar estrés a través de los sentimientos de incoherencia personal y de disonancia.

La precarización del mercado laboral ha supuesto un aumento de la competitividad entre las personas de la misma empresa como condición para permanecer el empleo. Si las relaciones contractuales son de corta duración, los vínculos entre trabajador y empresa habrán de ser, asimismo, muy vulnerables y provisionales. El cálculo del valor de las personas se realizará vinculándolo directamente al rendimiento a corto plazo, pero no al desempeño a lo largo de grandes períodos de tiempo. Es previsible que las presiones de la organización sobre el trabajador se agraven cuando este realice un trabajo cuyo destinatario final no es la empresa con la que mantiene vínculos contractuales, sino otras con las que se han establecido relaciones de subcontratación de trabajos. Los cambios en las características de los contenidos del trabajo, que cada vez más implican actividades intelectuales y demandas establecimiento de relaciones de diferente tipo con otras personas (de cooperación, de influencia programada, de competitividad, etc.). Por una parte la intelectualización de los contenidos supone que los procesos de trabajo, aunque en alguna medida sigan siendo rutinarios, requieran cada vez más la aplicación de competencias, como por ejemplo la innovación, el análisis de situaciones o la toma de decisiones, que no son tan previsibles en los resultados como las actividades que se reducen a la aplicación mecánica de procedimientos preestablecidos. En la misma línea las demandas de relación con otros (trabajo en equipo, negociación, atención a clientes, etc.) suponen, además de la activación de competencias emocionales que no siempre se encuentran suficientemente desarrolladas, la necesidad de asumir que los resultados no pueden ser garantizados por la persona en su totalidad, sino que en alguna medida dependen de la actuación de los otros. Tanto la intelectualización de los contenidos del trabajo como el aumento de las exigencias de relación para su ejecución constituyen factores que, en muchas ocasiones, dificultan el logro de objetivos que se consideran básicos como exigencias de la empresa, de los cuales las personas se responsabilizan sin disponer en muchas ocasiones de suficientes instrumentos de control.

A nivel interpersonal es importante favorecer el trabajo en grupo y el entrenamiento en habilidades sociales y evitar el aislamiento.

En el plano individual la intervención preventiva se puede centrar en la formación y en la psicoeducación. Se trataría de realizar actividades de concienciación y programas de adquisición de destrezas. Pueden ser especialmente eficaces los programas de coaching emocional dirigidos a la gestión del estrés con el propósito no sólo de optimizar sus competencias de afrontamiento de estrés sino de intervenir en las de los colaboradores y subordinados.

La formación en emociones, entrenamiento en el manejo de la ansiedad y el estrés, realización de una orientación profesional al inicio del trabajo, el proceso personal de adaptación de expectativa a la realidad cotidiana, la formación en la identificación, discriminación y resolución de problemas, diversificación de las tareas y en algunas ocasiones la derivación a atención especializada.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo general

Evaluar, mediante la realización de una Encuesta, la presencia del Síndrome de *Burnout* en los dentistas españoles con actividad privada, y su relación con variables socio-profesionales y económicas.

2.2 Objetivos específicos

En referencia a los dentistas españoles con actividad privada:

1. Comprobar la validez del cuestionario MBI - General Survey Schaufeli, Leiter, Maslach y Jackson (1996) para medir el grado de riesgo síndrome de *burnout*,
2. Describir el grado de riesgo de síndrome de *burnout*,
3. Evaluar la asociación de variables sociodemográficas, socioprofesionales y económicas con el riesgo de síndrome de *burnout*,

3 METODOLOGÍA

Hemos recapitulado datos de interés sobre factores psicosociales que pueden ser de riesgo en nuestra población, haciendo un análisis comparativo de las personas expuestas al factor de riesgo y los no expuestos comparando a posteriori el resultado, con el objeto de establecer medidas futuras de prevención y tratamiento, centrándonos en concreto en la crisis económica como efecto multiplicador del síndrome.

3.1 Ámbito de estudio

El territorio nacional español.

3.2 Periodo de estudio

De octubre de 2014 a septiembre de 2015.

3.3 Tipo de estudio

Para conseguir los objetivos propuestos, hemos diseñado un estudio transversal y analítico en el que tratamos de medir la prevalencia del síndrome de *burnout* en la población de dentistas privados españoles en el año 2015 y su relación con las variables socio-profesionales y económicas.

3.4 Estrategia de búsqueda bibliográfica

Para conocer lo que la comunidad científica ha aportado hasta ahora al tema, se ha realizado una búsqueda previa en las bases de datos *WEB OF SCIENCE* a través de la plataforma FECYT. La estrategia de búsqueda durante el periodo de mayo hasta septiembre de 2015 ha sido localizar los artículos y publicaciones relacionados con el síndrome de *burnout* en los profesionales de odontología, utilizando como parámetros de búsqueda las palabras clave "*Burnout*" AND "*Dentist*" desde el año 2000. Otra búsqueda "*burnout*" and "spain" desde el año 2007.

Los límites pretendían localizar aquellos documentos que se refirieran al ámbito profesional concreto de los dentistas, por un lado, y concretamente en España aquellos estudios que hubieran utilizado como instrumento de medida el cuestionario MBI-GS publicado en la NTP 732 (42).

Para estudiar la crisis económica, efectos y perspectivas, se revisaron las novedades publicadas al respecto, localizadas en la sección de Economía (dotado de 2000 libros

de fondo) de Librería Proteo (Málaga), en el mes de agosto de 2015. De las cincuenta publicaciones seleccionadas, alusivas al tema, están referenciadas treinta y seis.

Por último para saber la situación actual de la práctica de la profesión de dentista en la nuestros días y su proyección de futuro, se han consultado los numerosos artículos, estudio Delphi y libro Blanco de la profesión, publicados por el Consejo General Consejo General de Colegios Oficiales de Dentistas y Estomatólogos de España y mantenido reuniones con profesionales del sector.

3.5 Criterios de inclusión

- Dentistas (Odontólogos o Médicos Estomatólogos) colegiados en algún colegio de Odontólogos y Estomatólogos de España, en activo y que desarrollen su actividad profesional en España, en el ámbito privado, bien por cuenta propia o por cuenta ajena.

3.6 Criterios de exclusión

- Excluimos a los Odontólogos o Estomatólogos colegiados pero jubilados, o bien con ejercicio profesional que no incluya el ejercicio privado (por ejemplo, dentistas que trabajan exclusivamente para el sector público –atención primaria, hospitales, fuerzas armadas, docencia, etc.- sin simultanearlo con el ejercicio privado de la profesión).

3.7 Mediciones

Las mediciones que se llevaron a cabo en la muestra, y que están recogidas en el Anexo I al final de la Tesis, de nuestro estudio fueron:

- Características sociodemográficas y personales.
- Descriptores de su práctica profesional.
- Variables de crisis económica.
- Doble presencia.
- Prevalencia del síndrome de *Burnout* (MBI-GS).

La elección de esta batería de preguntas se hizo en una reunión de expertos en la materia: *burnout*, crisis económica y relación social en la profesión.

Se escogieron aquellas que habían sido validadas a su vez en otros estudios sobre el ejercicio de la profesión (29-31,69-71). Tras reflexionar sobre la conveniencia y pertinencia de las preguntas definitorias de riesgos psicosociales, nos decantamos por aquellas que, dado el efecto de crisis económica que queríamos estudiar, resultaban válidas para evaluar los efectos de este fenómeno (variables proxy).

Estimamos conveniente que el cuestionario no fuera largo y pesado en aras de conseguir una tasa de respuesta alta, perdiendo con ello detalle y grado de especificidad. Optamos por una visión más general.

Un experto en metodología de investigación estudió la validez aparente del pre-cuestionario y surgieron mejoras incluidas en la nueva redacción.

Los grupos de preguntas son:

3.7.1 Características socio demográficas y personales

Preguntamos el año de nacimiento, sexo y número de miembros de la unidad familiar.

3.7.2 Práctica profesional

Medimos los años que lleva trabajando, si es generalista o tiene especialidad, en cuántas clínicas trabaja, la modalidad contractual, lugar de trabajo, población de la localidad, cuántos sillones dispone el lugar de trabajo, número de pacientes que atiende, cuántas personas trabajan con él, cargas de trabajo y por último la influencia que tiene la persona que responde en las decisiones que se toman en la clínica.

3.7.3 Efectos de la crisis económica

Medimos si ha afectado la crisis o no y en qué medida, así como la expectativa de qué ocurrirá en el futuro

3.7.4 Doble presencia

La “doble presencia” se refiere al hecho de que recaigan sobre una misma persona la obligación de responder a las necesidades generadas en el ámbito doméstico y en el laboral (77). Supone un riesgo para la salud en la medida que implica un aumento de horas de trabajo y dificultades para atender a ambas cuando se producen de manera simultánea. Históricamente viene dado por que las mujeres, sobre todo, son las que socialmente se les ha adjudicado las tareas domésticas. El número de horas que han de dedicar al hogar aumenta a partir de los 30-34 años, mientras que en el caso de los hombres, disminuye.

También se relaciona con cómo se organizan las horas de trabajo asalariado y las condiciones en que se desempeña, sobre todo cuando la persona objeto de la doble presencia ha de solicitar determinados horarios, permisos, vacaciones, para poder atender a la familia. La clase social y el tipo de trabajo, explican sus efectos, en la medida que definen la posibilidad de poder contratar ayuda para las tareas domésticas a cambio de dinero.

Los estudios sobre la influencia en la salud de este fenómeno nos dicen que es peor en las mujeres ocupadas con mayor número de personas en el hogar. Los efectos se miden con cuatro dimensiones: Salud Mental, Vitalidad, Síntomas Cognitivos del Estrés y Síntomas Conductuales del Estrés (78).

3.7.5 Prevalencia del síndrome de *Burnout*

En cuanto a las preguntas que evalúan el síndrome de *burnout* hemos tenido en cuenta los debates de la comunidad científica, los avances metodológicos en los sistemas de medición del síndrome y nos hemos decantado por la elección del instrumento *Maslach Burnout Inventory* (MBI) (4), por ser el más extendido a nivel internacional, usado y probado en múltiples estudios. Dadas las características del desarrollo de la actividad profesional de dentista descrita en la literatura que analiza su situación actual, nos decantamos por la versión *Maslach Burnout Inventory-General Survey* (MBI-GS) con las sub-escalas agotamiento, cinismo y eficacia profesional, utilizado en las profesiones no asistenciales, en las que las que el síndrome de *burnout* está provocado por las características de la tarea y de la organización, frente a la otra versión, *Maslach Burnout Inventory-Human Services Survey* (MBI-HSS), cuya etiología es la relación con las actividades asistenciales y de tipo interpersonal (43).

En concreto, hemos tomado el cuestionario publicado en la Nota Técnica de Prevención NTP 732 del Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo 2007 (42) y vigente en la actualidad, que resulta de la adaptación a la cultura española del MBI-GS de Schaufeli et al. (46), publicada por Salanova et al. (47) en el 2000 con los correspondientes datos normativos sobre una muestra de 1963 participantes.

Este cuestionario (figura 1) se basa en 15 ítems agrupados en tres dimensiones y divididos de la siguiente manera: agotamiento (cinco preguntas marcadas con la A), cinismo (cuatro preguntas marcadas con la C) e ineficacia profesional (seis preguntas marcadas con la E) (47).

En cada uno de ellos se mide la frecuencia con que aparece la situación de manera que se puntúa de (1) para “nunca/ninguna vez” a (6) siempre/todos los días.

Cuestionario de <i>Burnout</i> (General Survey Schufeli, Leiter, Maslach y Jackson (1996))	
0= Nunca/Ninguna vez	
1= Casi nunca/Pocas veces al año	
2= Algunas veces/Una vez al mes o menos	
3= Regularmente/Pocas veces al mes	
4= Bastantes veces/Una vez por semana	
5= Casi siempre/Pocas veces por semana	
6= Siempre/Todos los días	
1. Estoy emocionalmente agotado por mi trabajo (A)	
2. Estoy "consumido" al final de un día de trabajo (A)	
3. Estoy cansado cuando me levanto por la mañana y tengo que afrontar otro día en mi puesto de trabajo (A)	
4. Trabajar todo el día es una tensión para mí (A)	
5. Puedo resolver de manera eficaz los problemas que surgen en mi trabajo (E)	
6. Estoy "quemado" por el trabajo (A)	
7. Contribuyo efectivamente a lo que hace mi organización (E)	
8. He perdido interés por mi trabajo desde que empecé en este puesto (C)	
9. He perdido entusiasmo por mi trabajo (C)	
10. En mi opinión soy bueno en mi puesto (E)	
11. Me estimula conseguir objetivos en mi trabajo (E)	
12. He conseguido muchas cosas valiosas en este puesto (E)	
13. Me he vuelto más cínico respecto a la utilidad de mi trabajo (C)	
14. Dudo de la trascendencia y valor de mi trabajo (C)	
15. En mi trabajo, tengo la seguridad de que soy eficaz en la finalización de las cosas (E)	

Fig.1. Instrumento en versión Española de Salanova et al. (47) del MBI - General Survey

La muestra con la que comparamos es de 1963 trabajadores españoles de distintos empleos (administración, operarios manuales, maestros, informáticos, etc.), como se recoge en la figura 2.

	Agotamiento	Cinismo	Eficacia profesional
Muy Bajo	> 5 %	< 0.4	< 0.2
Bajo	5- 25 %	0.5 – 1.2	0.3 – 0.5
Medio (bajo)	25 – 50 %	1.3 – 2.0	0.6 – 1.24
Medio (alto)	50 – 75 %	2.1 – 2.8	1.25– 2.25
Alto	75 – 95 %	2.9 – 4.5	2.26 – 4.0
Muy alto	> 95 %	> 4.5	> 4
Media aritmética		2.12	1.50
Desviación Típica		1.23	1.30
			4.45
			0.9

Fig. 2. Datos normativos para la corrección de las puntuaciones de las escalas de *burnout* (N= 1.963)

Esta elección nos permitió la comparación con los resultados de estudios con otros colectivos.

Una vez recopilado, se procedió a la medición de la fiabilidad del cuestionario (figura 1), en un grupo de 9 hombres y 5 mujeres, no pertenecientes a la muestra principal, que respondieron a las preguntas en dos ocasiones, la primera por e-mail y la segunda presencial escrita. Para ello se empleó el coeficiente de correlación intraclass entre los casos con respuesta válida. Se valora con la escala de Landis & Koch (9).

3.8 Selección de la muestra

En abril de 2015 el total de dentistas colegiados (colegios de odontólogos y estomatólogos) en España ascendía a 32.429 dentistas. De ellos, se envió (3 oleadas separadas por entre 7-10 días), entre mayo y junio de 2015 el cuestionario (Anexo I) a un total de 6381 dentistas con emails válidos, representativos del total de dentistas.

3.9 Tamaño de la muestra

De la selección inicial respondieron 2206 (34.6% de tasa de respuesta = $2206/6381 \times 100$), si bien se eliminó para el análisis a 293 (13.3% = $293/2206 \times 100$) por distintos motivos (92 por no trabajar en el ámbito privado, 197 por no responder a todas las preguntas y 4 que declaran trabajar en extranjero). Quedaron, por tanto, 1913 (=2206-293) dentistas para el análisis.

3.10 Justificación del número seleccionado

Este tamaño muestral es suficiente ($n=1470$) para estimar la prevalencia de *burnout* con una precisión del 2.5%, partiendo de un tamaño poblacional de 34 mil dentistas, una confianza del 95%, y una prevalencia a priori del 50%.

3.11 Envío del cuestionario

El cuestionario definitivo, que puede consultarse en el Anexo I, fue elaborado a nivel informático por un experto contratado y sufragado por nuestro grupo de investigación, dependiente de la empresa Microdigital de Granada, usando como proveedor de encuestas Limesurvey, cuyo sitio web es: <https://www.limesurvey.org>.

La forma de hacer llegar a las personas que forman la muestra fue a través de correo electrónico, de la base de datos facilitada por el Consejo.

En la carta de presentación se les confirmaba el tratamiento confidencial de la encuesta, de acuerdo con las normas que regulan la protección de datos personales, y el apoyo y colaboración que ha prestado el Consejo General de Dentistas Españoles, ofreciéndoles un enlace abierto (no requiere claves de acceso).

En la primera pregunta se discernía si el encuestado ejercía para el servicio público o para el sector privado, agradeciendo la atención e invitando a los que exclusivamente trabajaban en el sector público a no participar teniendo en cuenta que nuestra población objeto de estudio era la que desarrolla su actividad en el ámbito privado.

A continuación la batería de preguntas que describían la situación personal (tres), las que nos decían como era su práctica profesional (12 cuestiones) con objeto de definir el perfil y por último las preguntas relacionadas con la economía, que intentaban describir las variables proxy que hacíamos referencia (6 preguntas), y una última que pretendía valorar la “doble presencia”.

La recolección de datos fue realizada entre los meses de mayo y junio de 2015. En tres oleadas.

3.12 Análisis estadístico

El análisis estadístico se ha realizado con el programa *SPSS Windows 15.0* (*SPSS Inc., Chicago, IL*). Los procedimientos estadísticos utilizados se expresan detalladamente a pie de cada Tabla de resultados.

3.13 Aspectos éticolegales

En el Anexo II se recoge el informe del comité de ética del Consejo General de Dentistas de España (Anexo II).

4 RESULTADOS

Mostramos los resultados de la encuesta *MBI - General Survey* de Schaufeli et al. (4), enviada por correo electrónico a la muestra representativa de dentistas españoles, descritos en tablas que nos dejan analizar los datos de forma más nítida que lo escrito. Se presentan los intervalos de confianza al 95%.

4.1 Comparación Población de dentistas y muestra del estudio

En la Tabla 1 se aprecia que no hay diferencias en la distribución por sexo y edad entre la muestra y la población, siendo la muestra representativa de la población de dentistas Colegiados según base de datos del Consejo General de Dentistas de España.

4.2 Fiabilidad del cuestionario

En la Tabla 2 se mide el grado de estabilidad del cuestionario (Anexo I). En comparación una primera cumplimentación por email y una segunda presencial escrita, a 9 hombres 5 mujeres, no pertenecientes a la muestra principal, vemos que la variabilidad entra dentro de los parámetros definidos en la escala de Landis & Kock (9), siendo todos los resultados incluidos en los valores *Moderate* (moderada); 0.61-0.80: *Substantial* (sustancial); 0.81-1.00: *Almost Perfect* (casi perfecta), salvo la pregunta 6 y 14 con valores relativamente más bajos de este coeficiente.

4.3 Fiabilidad interna del cuestionario (alfa de Cronbach)

En la Tabla 3 podemos observar el alto grado de correlación entre las preguntas que miden el mismo fenómeno.

4.4 Características técnicas del cuestionario

Los criterios diagnósticos de test de esfericidad de Bartlett y medida de adecuación muestral Kaiser-Meyer-Olkin que la aplicación del análisis factorial es correcta (Tabla 4).

4.5 Factores (del análisis factorial) y su peso

En la Tabla 5, se nos muestra que los pesos se distribuyen sobre las dimensiones con ajustes perfectos al modelo teórico.

4.6 Varianza de las variables con los factores rotados

En la Tabla 6 obtenemos que el porcentaje acumulado de varianza explicada con los tres factores rotados en nuestro estudio se situó en el 62,7 %, confirmándose que el

modelo sigue cumpliendo las condiciones básicas de parsimonia (número de factores lo más reducido posible y susceptibles de interpretación sustantiva de forma sencilla).

4.7 Descripción de las respuestas del cuestionario

En la Tabla 7 se aprecian la descripción media y desviación estándar de cada cuestión y de cada dimensión. La escala *Likert* que empleamos es de siete puntos, que miden la respuesta de 0 a 6. Por ejemplo para la cuestión 1, la media ha sido de 3.0 (y 1.6 de desviación estándar), es decir que, la media de los encuestados muestran que regularmente se encuentran emocionalmente agotados por su trabajo.

Como valores destacados, se observa que para las preguntas sobre Eficacia profesional, las medias muestran que los encuestados se consideran que lo son, bastantes veces (una vez por semana) e incluso casi siempre para la pregunta 11 que se refiere a como les estimula conseguir objetivos en el trabajo.

Por el contrario, no muestran “Cinismo” (medias por debajo de 2, algunas veces), pero sí altos niveles de “Agotamiento”. En la pregunta 2, la media considera, que regularmente están “consumidos” al final de un día de trabajo.

4.8 Puntuaciones medias según la dimensión

En la Tabla 8 se recogen los valores medios obtenidos para cada dimensión (Agotamiento, Cinismo y Eficacia Profesional).

Se advierte claramente que los intervalos de confianza (IC-95 %) de nuestro estudio, comparados con los de la Norma (Nota Técnica del INSHT 732) (42), no se solapan, indicando que hay diferencias significativas en las tres dimensiones.

Los niveles de prevalencia del síndrome de *burnout* a nivel máximo (Muy Alto) de la escala se encuentran en el 6 % de los dentistas encuestados (n=1913), considerando como tales los que en al menos dos dimensiones puntúan:

- “muy alto” para agotamiento y/o cinismo,
- “muy bajo” en eficacia profesional.

Según marca la norma.

Los afectados a un nivel “Alto” se sitúan en un 29 %, son los que al menos en dos dimensiones puntúan:

- “alto/muy alto” para agotamiento y/o cinismo.
- “Bajo/muy bajo” en eficacia profesional.

4.9 Burnout según variables sociodemográficas

En el análisis bivariante de la Tabla 9 se aprecia una asociación de *burnout* con la edad, con una tendencia creciente: a mayor edad más *burnout*. Aunque por dimensiones, se denota, menor agotamiento en el tramo de edad de 55-77 años, es de acentuar que los hombres sufren más *burnout* que las mujeres. Otra diferencia destacable la encontramos en la dimensión de Agotamiento, es el ámbito geográfico, con mayor incidencia en el sur que en el norte de España.

4.10 Burnout según variables de práctica profesional

En la Tabla 10, analizamos las variables de la práctica profesional (número de años, número de clínicas en las que trabaja, etc.). Encontramos significado estadístico en cuanto a tipo de práctica, es decir, padecen síndrome de *burnout* alto, los generalistas frente a los profesionales con especialidad. Se aprecia menor tendencia al agotamiento de aquellos profesionales con más de 31 años de ejercicio.

4.11 Burnout según variables de práctica profesional (2ª parte)

Lo más destacable de la Tabla 11 es que se observa un gradiente relacionado con el número de trabajadores, de modo que cuanto menor es el número de trabajadores hay estadísticamente mayor probabilidad de tener *burnout* alto.

En las poblaciones de <20 mil habitantes se observa estadísticamente un mayor porcentaje de *burnout* alto, comparativamente con los otros tamaños poblacionales.

4.12 Burnout según variables de carga de trabajo

En la Tabla 12 se relaciona la presencia del síndrome con las cargas de trabajo de los dentistas.

Se puede destacar que hay un nivel alto en aquellos profesionales que atienden a menos de pacientes por semana. Se denota una tendencia decreciente: a mayor número el porcentaje es menor.

Por dimensiones se aprecia que se consideran más eficaces aquellos que tienen más horas a la semana y más pacientes. De la misma forma las relaciones son inversas en las dimensiones de cinismo y agotamiento.

4.13 *Burnout* según variables de situación Económica

En la Tabla 13, se observa consistentemente que en todas las variables proxy hay una asociación estadísticamente significativa con un gradiente para “Alto” y “Muy alto”, es decir, cuánto más desfavorable es la variable económica, más síndrome de *burnout* aparece. Por tanto, entendemos que el riesgo de síndrome de *burnout* aparece en la profesión de dentista provocado por la crisis económica y no por las características del desempeño de la profesión.

Este hecho ocurre en todas las dimensiones. Por ejemplo podemos citar:

- Aquellos que no están satisfechos con los ingresos, que han de recortar gastos profesionales y familiares, cuya previsión de ingresos para el ejercicio es peor, puntúan más alto en *burnout*.
- Cabe destacar también que de manera clara el fenómeno de la doble presencia (deber de conciliar atención a la familia y al trabajo) incide como factor favorable a la aparición del síndrome.

4.14 Análisis multivariante

En la Tabla 14 se muestra el resultado de dos modelos de regresión logística binaria multivariante. Por un lado el modelo que pretende explicar el *burnout* alto, y por otro el *burnout* muy alto. Para el primero las variables explicativas son el sexo (mayor en mujeres), el número de clínicas en que trabaja (mayor *burnout* para aquellos que trabajan en una sola clínica), el tamaño poblacional (mayor en pequeñas poblaciones), la percepción de opinión útil en la gestión (mayor *burnout* cuando la opinión del dentista cuenta poco/casi nunca), la satisfacción con los ingresos (a menor satisfacción mayor *burnout*), el hecho de haber tenido que recortar gastos profesionales (menor *burnout* caso de no haberlos tenido que recortar), percepción de ingresos en próximos 12 meses (mayor *burnout* caso de percepción a peor), y problemas de conciliación familiar-trabajo (mayor *burnout* en caso de problemas frecuentes). El modelo para *burnout* muy alto es algo más sencillo (menos variables), aunque las variables explicativas van en el mismo sentido. En ninguno de los dos modelos entraron las variables edad número de miembros de la familia, zona geográfica, número de años de ejercicio, tipo de práctica, especialidad, modalidad contractual, número de sillones, número de trabajadores, ¿cuenta su opinión en la clínica?, número de horas/semana, número de pacientes/semana, e ingresos (%) del total familiar.

4.15 Comentarios de los encuestados

Por último, en la Tabla 15, las frecuencias en las que aparecen los comentarios más comunes que dejaron los participantes en la encuesta, en el campo de la encuesta que se habilitaba para ello.

5 TABLAS DE RESULTADOS

Tabla 1. Comparación Población de dentistas^a y muestra del estudio.

Variable	Población	Muestra
	(N=32429)	(n=1913)
	N (%)	n (%)
Sexo		
Hombre	15190 (47)	886 (46)
Mujer	17239 (53)	1027 (54)
Edad (años)		
<35	11571 (36)	531 (28)
35-44	7766 (24)	559 (29)
45-54	5932 (18)	326 (17)
55-64	5540 (17)	454 (24)
65-69	635 (2)	24 (1)
70 ó más	979 (3)	19 (1)

a: Colegiados según base de datos del Consejo General de Dentistas de España.

Tabla 2: Fiabilidad^a del cuestionario. Test-retest (con una separación entre 1-2 semanas) (n=14^b).

Dimensión/Item	Inicial media±de	Repetición (1-2 semanas) media±de	CCI ^c
Agotamiento	1.99±1.56	2.29±1.53	0.856
1. Estoy emocionalmente agotado por mi trabajo	2.07±1.73	2.50±1.45	0.864
2. Estoy "consumido" al final de un día de trabajo	2.07±1.64	2.07±1.77	0.776
3. Estoy cansado cuando me levanto por la mañana...	1.93±1.90	2.21±1.58	0.620
4. Trabajar todo el día en una tensión para mí	2.14±2.18	2.29±2.09	0.778
6. Estoy "quemado" por el trabajo	1.71±1.44	2.36±2.50	0.412
Cinismo	1.71±1.49	1.63±1.27	0.768
8. He perdido interés por mi trabajo...	1.64±1.50	1.64±1.34	0.710
9. He perdido entusiasmo por mi trabajo	1.71±1.49	1.71±1.27	0.772
13. Me he vuelto más cínico ...mi trabajo	1.57±1.87	1.86±1.46	0.745
14. Dudo de la trascendencia y valor de mi trabajo	1.93±2.06	1.29±2.02	0.302
Eficacia profesional	4.59±1.42	4.84±1.26	0.935
5. Puedo resolver ...los problemas ...en mi trabajo	4.71±1.68	5.00±1.52	0.918
7. Contribuyo efectivamente a ...mi organización	4.71±1.59	4.79±1.53	0.764
10. En mi opinión soy bueno en mi puesto	4.93±1.64	5.36±1.78	0.784
11. Me estimula conseguir objetivos en mi trabajo	5.00±1.62	5.14±1.75	0.950
12. He conseguido muchas cosas valiosas en este puesto	3.50±1.70	3.57±1.55	0.850
15. En mi trabajo, ...soy eficaz en la finalización...	4.71±1.64	5.21±1.48	0.874

a: Primera cumplimentación por email, y segunda presencial escrita. La variabilidad incluye, por tanto, no sólo el test-retest sino la modalidad de aplicación.

b: 9 hombres y 5 mujeres, no pertenecientes a la muestra principal.

c: Coeficiente de correlación intraclase entre los casos con respuesta válida. Puede valorarse con la escala de Landis & Koch (Landis JR, Koch GG. The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics* 1977;33:159-174): <0.00: *Poor* (pobre); 0.00-0.20: *Slight* (ligeramente); 0.21-0.40: *Fair* (justa); 0.41-0.60: *Moderate* (moderada); 0.61-0.80: *Substantial* (sustancial); 0.81-1.00: *Almost Perfect* (casi perfecta).

Tabla 3: Fiabilidad interna del cuestionario (alfa de Cronbach) (n=1913).

Por dimensión			Por ítem (en relación a su dimensión)		
Dimensión	Nº items	Alfa global	Ítem	Correlación ítem-total corregida	Alfa sin ítem
Agotamiento	5	0.910	1. Estoy emocionalmente agotado por mi trabajo	0.815	0.883
			2. Estoy "consumido" al final de un día de trabajo	0.760	0.893
			3. Estoy cansado cuando me levanto por la mañana...	0.763	0.892
			4. Trabajar todo el día en una tensión para mí	0.740	0.898
			6. Estoy "quemado" por el trabajo	0.799	0.885
Cinismo	4	0.821	8. He perdido interés por mi trabajo...	0.692	0.753
			9. He perdido entusiasmo por mi trabajo	0.747	0.725
			13. Me he vuelto más cínico ...mi trabajo	0.537	0.829
			14. Dudo de la trascendencia y valor de mi trabajo	0.617	0.786
Efic.Profesional	6	0.785	5. Puedo resolver ...los problemas ...en mi trabajo	0.471	0.768
			7. Contribuyo efectivamente a ...mi organización	0.418	0.786
			10. En mi opinión soy bueno en mi puesto	0.615	0.737
			11. Me estimula conseguir objetivos en mi trabajo	0.569	0.745
			12. He conseguido muchas cosas valiosas en este puesto	0.577	0.742
			15. En mi trabajo, ...soy eficaz en la finalización...	0.590	0.740

Tabla 4: Criterios diagnósticos del análisis factorial (n=1913).

Criterio	Resultado
Kaiser-Meyer-Olkin (medida de adecuación)	0.879
Test de esfericidad de Bartlett	$\chi^2=14696$ (105 gl.), $p<0.001$

Tabla 5: Análisis Factorial (n=1913). Factores (3) tras rotación Varimax con todos los pesos^a.

Cuestionario Dimensión: Item	Factores (del análisis factorial) e interpretación aproximada		
	1 ≈Agotam.	2 ≈Ef.Profes.	3 ≈Cinismo
Agotam.: 1.Estoy emocionalmente agotado por mi trabajo	0.83	-0.03	0.29
Agotam.: 2.Estoy "consumido" al final de un día de trabajo	0.86	0.00	0.11
Agotam.: 3. Estoy cansado cuando me levanto por la mañana...	0.83	-0.01	0.21
Agotam.: 4. Trabajar todo el día en una tensión para mí	0.80	-0.05	0.22
Agotam.: 6. Estoy "quemado" por el trabajo	0.78	-0.04	0.43
Cinismo: 8. He perdido interés por mi trabajo...	0.39	-0.14	0.73
Cinismo: 9. He perdido entusiasmo por mi trabajo	0.41	-0.12	0.77
Cinismo: 13. Me he vuelto más cínico ...mi trabajo	0.17	-0.01	0.72
Cinismo: 14. Dudo de la trascendencia y valor de mi trabajo	0.18	-0.14	0.77
E.Prof.: 5. Puedo resolver ...los problemas ...en mi trabajo	-0.01	0.62	-0.07
E.Prof.: 7. Contribuyo efectivamente a ...mi organización	0.04	0.56	-0.06
E.Prof.: 10. En mi opinión soy bueno en mi puesto	0.01	0.79	0.08
E.Prof.: 11. Me estimula conseguir objetivos en mi trabajo	-0.08	0.71	-0.17
E.Prof.: 12. He conseguido muchas cosas valiosas en este puesto	-0.07	0.71	-0.15
E.Prof.: 15. En mi trabajo, ...soy eficaz en la finalización...	-0.06	0.76	-0.01

a: En negrita los pesos mayores en cada variable. Nótese que es una muestra ponderada.

Tabla 6: Varianza explicada con los factores rotados (rotación Varimax) (n=1913).

Interpretación	Suma de saturaciones al cuadrado tras rotación		
	Total	% varianza	% acumulado
≈ Agotamiento	3.8	25.1	25.1
≈ Eficacia Profesional	3.0	19.9	44.9
≈ Cinismo	2.7	17.8	62.7

Tabla 7. Descriptiva de las respuestas al cuestionario (n=1913).

Item	Respuestas (% ↔)							media±de
	0 Nunca/ Ninguna vez	1 Casi nunca/ Pocas veces al año	2 Algunas veces/ Una vez al mes o menos	3 Regular- mente/ Pocas veces al mes	4 Bastan- tes veces/ Una vez por semana	5 Casi siempre/ Pocas veces por semana	6 Siempre/ Todos los días	
Agotamiento								
1. Estoy emocionalmente agotado por mi trabajo	4	14	24	16	20	14	7	3.0±1.6
2. Estoy "consumido" al final de un día de trabajo	2	12	21	13	22	19	10	3.4±1.6
3. Estoy cansado cuando me levanto por la mañana...	9	21	20	16	15	13	7	2.7±1.7
4. Trabajar todo el día en una tensión para mí	9	22	20	13	12	13	11	2.8±1.9
6. Estoy "quemado" por el trabajo	11	24	17	12	15	11	9	2.6±1.9
Cinismo								
8. He perdido interés por mi trabajo...	33	30	12	8	8	6	4	1.6±1.7
9. He perdido entusiasmo por mi trabajo	27	28	16	8	8	7	5	1.8±1.8
13. Me he vuelto más cínico ...mi trabajo	26	22	10	11	13	10	7	2.2±2.0
14. Dudo de la trascendencia y valor de mi trabajo	35	27	11	9	8	6	3	1.6±1.7
Eficacia profesional								
5. Puedo resolver ...los problemas ...en mi trabajo	1	2	3	7	12	51	24	4.7±1.2
7. Contribuyo efectivamente a ...mi organización	1	4	5	9	13	34	34	4.6±1.5
10. En mi opinión soy bueno en mi puesto	1	1	2	6	14	46	29	4.8±1.1
11. Me estimula conseguir objetivos en mi trabajo	1	2	3	5	11	29	48	5.0±1.3
12. He conseguido muchas cosas valiosas en este puesto	2	3	5	7	17	37	29	4.6±1.4
15. En mi trabajo, ...soy eficaz en la finalización...	1	2	3	6	14	43	31	4.8±1.3

Tabla 8. Puntuaciones medias según dimensión (n=1913).

Nivel ^a	Según Norma ^a	Agotamiento		Cinismo		Eficacia profesional		<i>Burnout</i>	<i>Burnout</i>
		n (%)	IC-95%	n (%)	IC-95%	n (%)	IC-95%	Alto ^d	Muy alto ^e
Muy bajo	5%	65 (3)	3-4	334 (17)	16-19	63 (3)	3-4		
Bajo	20%	214 (11)	10-13	145 (8)	6-9	213 (11)	10-12		
Medio (bajo)	25%	374 (20)	18-21	293 (15)	14-17	381 (20)	18-22		
Medio (alto)	25%	348 (18)	16-20	561 (29)	27-31	617 (32)	30-34		
Alto	20%	578 (30)	28-32	416 (22)	20-24	520 (27)	25-29		
Muy Alto	5%	334 (17)	16-19	164 (9)	7-10	119 (6)	5-7		
Media±de (según Norma) ^b		2.1±1.2	2.1-2.2	1.5±1.3	1.4-1.6	4.4±0.9	4.4-4.5		
Media±de (en este estudio) ^c		2.9±1.5	2.9-3.0	1.8±1.5	1.7-1.9	4.8±0.9	4.7-4.8	29 (27-31)	6 (5-7)

a: Basado en un estudio de referencia normativa en 1963 trabajadores españoles de diversas ocupaciones (Nota Técnica del INSHT 732).

b: Calculado como media ± error estándar, siendo error estándar= desviación estándar / raíz cuadrada de n.

c: Nótese que los IC-95% de la Norma y de nuestro estudio no se solapan, indicando que hay diferencias significativas con la Norma en las tres dimensiones.

d: Cuando en al menos dos dimensiones puntúa alto/muy alto (agotamiento y/o cinismo) y/o bajo/muy bajo (eficacia profesional):.

e: Cuando en al menos dos dimensiones puntúa muy alto (agotamiento y/o cinismo) y/o muy bajo (eficacia profesional).

Tabla 9. *Burnout* según variables sociodemográficas (n=1913).

Variable	n (%)	Agotamiento	Cinismo	Eficacia profesional	<i>Burnout</i> Alto	<i>Burnout</i> Muy alto
		$\bar{x}\pm s$ (IC-95%)	$\bar{x}\pm s$ (IC-95%)	$\bar{x}\pm s$ (IC-95%)	% (IC-95%)	% (IC-95%)
Norma Española ^a	1963 (100)	2.1±1.2 (2.1-2.2)	1.5±1.3 (1.4-1.6)	4.4±0.9 (4.4-4.5)		
Todos	1913 (100)	2.9±1.5 (2.9-3.0)	1.8±1.5 (1.7-1.9)	4.8±0.9 (4.7-4.8)	29 (27-31)	6 (5-7)
Edad (años)		*		*		*
23-34	531 (28)	3.1±1.4 (2.9-3.2)	1.8±1.4 (1.7-1.9)	4.8±0.8 (4.7-4.9)	29 (25-33)	4 (2-5)
35-44	559 (29)	2.9±1.5 (2.8-3.1)	1.7±1.4 (1.6-1.8)	4.8±0.8 (4.8-4.9)	26 (22-30)	5 (4-7)
45-54	326 (17)	3.0±1.5 (2.9-3.2)	1.9±1.5 (1.8-2.1)	4.8±0.9 (4.7-4.9)	31 (26-36)	9 (6-12)
55-77	497 (26)	2.7±1.5 (2.5-2.8)	1.8±1.5 (1.7-2.0)	4.7±1.1 (4.6-4.8)	30 (26-34)	7 (5-10)
Sexo			*			*
Hombre	886 (46)	2.9±1.5 (2.8-3.0)	1.9±1.6 (1.8-2.0)	4.8±0.9 (4.7-4.9)	30 (27-33)	9 (7-11)
Mujer	1027 (54)	2.9±1.4 (2.9-3.0)	1.7±1.4 (1.6-1.8)	4.8±0.9 (4.7-4.8)	28 (25-31)	4 (3-5)
Nº miembros familia						
1	227 (12)	3.0±1.5 (2.8-3.2)	1.8±1.4 (1.6-2.0)	4.8±0.9 (4.6-4.9)	26 (21-32)	4 (2-07)
2	390 (20)	3.0±1.5 (2.9-3.2)	2.0±1.5 (1.8-2.1)	4.7±0.8 (4.7-4.8)	32 (27-37)	7 (5-10)
3	350 (18)	3.0±1.5 (2.8-3.1)	1.8±1.4 (1.6-1.9)	4.8±0.9 (4.7-4.9)	30 (25-35)	5 (3-8)
4	650 (34)	2.8±1.5 (2.7-2.9)	1.8±1.5 (1.7-1.9)	4.8±0.9 (4.7-4.9)	29 (26-33)	6 (4-8)
5-11	296 (16)	2.9±1.5 (2.7-3.0)	1.7±1.5 (1.6-1.9)	4.8±0.9 (4.7-4.9)	25 (20-30)	6 (3-8)
Zona geográfica		*				
Sur	655 (34)	3.1±1.5 (2.9-3.2)	1.8±1.4 (1.7-1.9)	4.8±0.9 (4.8-4.9)	29 (26-32)	6 (5-8)
Levante	555 (29)	2.9±1.5 (2.7-3.0)	1.8±1.4 (1.7-1.9)	4.8±0.9 (4.7-4.8)	29 (25-33)	5 (3-7)
Centro	362 (19)	3.0±1.5 (2.8-3.1)	1.9±1.5 (1.8-2.1)	4.8±1.0 (4.7-4.9)	30 (25-35)	7 (5-10)
Norte	341 (18)	2.8±1.5 (2.6-2.9)	1.7±1.5 (1.5-1.9)	4.7±0.9 (4.7-4.8)	27 (22-32)	5 (3-7)

a: Basado en un estudio de referencia normativa en 1963 trabajadores españoles de diversas ocupaciones (Nota Técnica del INSHT 732).

* $p < 0.05$ (ANOVA o t-student para variables cuantitativas y Chi-Cuadrado para porcentajes).

Tabla 10. *Burnout* según variables de Práctica Profesional (n=1913).

Variable	n (%)	Agotamiento	Cinismo	Eficacia profesional	<i>Burnout</i> Alto	<i>Burnout</i> Muy alto
		$\bar{x}\pm s$ (IC-95%)	$\bar{x}\pm s$ (IC-95%)	$\bar{x}\pm s$ (IC-95%)	% (IC-95%)	% (IC-95%)
Norma Española ^a	1963 (100)	2.1±1.2 (2.1-2.2)	1.5±1.3 (1.4-1.6)	4.4±0.9 (4.4-4.5)		
Nº años ejercicio		*		*		
1-5	242 (13)	3.0±1.4 (2.8-3.2)	1.8±1.3 (1.7-2.0)	4.7±0.8 (4.6-4.8)	30 (24-35)	2 (0-4)
6-10	341 (18)	3.0±1.4 (2.9-3.2)	1.7±1.4 (1.5-1.8)	4.9±0.8 (4.8-5.0)	28 (23-32)	4 (2-6)
11-20	596 (31)	3.0±1.5 (2.9-3.1)	1.8±1.4 (1.7-1.9)	4.8±0.9 (4.8-4.9)	27 (23-30)	7 (4-9)
21-30	565 (29)	2.9±1.5 (2.8-3.0)	1.9±1.5 (1.8-2.0)	4.7±1.0 (4.7-4.8)	31 (27-35)	6 (4-9)
31-50	169 (9)	2.4±1.6 (2.2-2.6)	1.8±1.6 (1.5-2.0)	4.7±1.1 (4.5-4.9)	26 (19-32)	7 (3-11)
Tipo de práctica			*	*	*	
Generalista	1665 (87)	2.9±1.5 (2.9-3.0)	1.8±1.5 (1.8-1.9)	4.8±0.9 (4.7-4.8)	29 (27-31)	6 (5-7)
Espec.exclusiva	248 (13)	2.8±1.5 (2.7-3.0)	1.6±1.4 (1.4-1.8)	4.9±0.8 (4.8-5.0)	22 (17-27)	3 (1-5)
Especialidad		*	*			
Ortodoncia	93 (37)	2.8±1.5 (2.5-3.1)	1.7±1.5 (1.4-2.0)	4.9±0.7 (4.8-5.1)	23 (14-32)	3 (0-6)
Odontopediatría	25 (10)	2.2±1.2 (1.7-2.8)	0.8±0.7 (0.5-1.1)	4.9±0.8 (4.6-5.3)	8 (0-19)	4 (0-12)
Cirugía Oral	82 (33)	3.3±1.4 (2.9-3.6)	1.8±1.4 (1.5-2.1)	4.9±0.8 (4.7-5.0)	25 (15-35)	1 (0-3)
Periodoncia	33 (13)	2.4±1.4 (1.9-2.9)	1.6±1.1 (1.2-2.0)	4.9±0.7 (4.7-5.1)	21 (6-35)	6 (0-14)
Endodoncia/Prótesis	15 (6)	2.7±1.8 (1.7-3.6)	1.4±1.4 (0.7-2.2)	4.9±0.9 (4.4-5.3)	26 (1-52)	6 (0-20)
Nº clínicas en que trabaja			*			
1	1009 (53)	2.9±1.5 (2.8-3.0)	1.9±1.5 (1.8-2.0)	4.7±1.0 (4.7-4.8)	30 (27-33)	6 (5-8)
2	482 (25)	2.9±1.4 (2.8-3.0)	1.8±1.4 (1.6-1.9)	4.8±0.8 (4.8-4.9)	27 (23-31)	4 (3-6)
3-18	422 (22)	3.0±1.4 (2.9-3.2)	1.7±1.4 (1.5-1.8)	4.8±0.9 (4.8-4.9)	26 (21-30)	4 (2-7)

a: Basado en un estudio de referencia normativa en 1963 trabajadores españoles de diversas ocupaciones (Nota Técnica del INSHT 732).

* p<0.05 (ANOVA o t-student para variables cuantitativas y Chi-Cuadrado para porcentajes).

Tabla 11. *Burnout* según variables de Práctica Profesional (en la clínica que más ingresos le reporta, caso de trabajar en más de una varias) (n=1913).

Variable	n (%)	Agotamiento	Cinismo	Eficacia profesional	<i>Burnout</i> Alto	<i>Burnout</i> Muy alto
		$\bar{x}\pm s$ (IC-95%)	$\bar{x}\pm s$ (IC-95%)	$\bar{x}\pm s$ (IC-95%)	% (IC-95%)	% (IC-95%)
Norma Española ^a	1963 (100)	2.1±1.2 (2.1-2.2)	1.5±1.3 (1.4-1.6)	4.4±0.9 (4.4-4.5)		
Modalidad contractual				*		
Autónomo clínica propia	1313 (69)	2.9±1.5 (2.8-3.0)	1.8±1.5 (1.7-1.9)	4.8±0.9 (4.8-4.9)	27 (25-30)	6 (5-7)
Autónomo clínica ajena	400 (21)	3.0±1.4 (2.8-3.1)	1.9±1.4 (1.7-2.0)	4.7±0.9 (4.6-4.7)	30 (25-34)	5 (3-7)
Asalariado	200 (10)	3.1±1.5 (2.8-3.3)	1.9±1.4 (1.7-2.1)	4.6±0.9 (4.5-4.7)	34 (27-40)	4 (1-6)
Tamaño poblacional (habit.)					*	
<20 mil	423 (22)	3.0±1.5 (2.8-3.1)	1.9±1.5 (1.7-2.0)	4.8±0.9 (4.7-4.8)	32 (27-36)	5 (3-7)
20-100 mil	586 (31)	2.9±1.5 (2.8-3.0)	1.7±1.4 (1.6-1.8)	4.8±0.8 (4.8-4.9)	25 (21-28)	5 (3-6)
>100 mil	904 (47)	2.9±1.5 (2.8-3.0)	1.8±1.5 (1.7-1.9)	4.8±0.9 (4.7-4.8)	29 (26-32)	6 (5-8)
Nº sillones						
1	274 (14)	2.9±1.5 (2.8-3.1)	1.9±1.6 (1.7-2.1)	4.7±0.9 (4.6-4.8)	30 (25-36)	6 (3-9)
2	823 (43)	2.9±1.5 (2.8-3.0)	1.8±1.4 (1.7-1.9)	4.8±0.9 (4.7-4.8)	28 (25-31)	6 (4-7)
3	402 (21)	2.9±1.6 (2.8-3.1)	1.9±1.5 (1.7-2.0)	4.8±0.9 (4.7-4.9)	29 (24-33)	6 (4-9)
≥4	414 (22)	3.0±1.4 (2.8-3.1)	1.7±1.4 (1.6-1.9)	4.8±0.9 (4.7-4.9)	27 (23-31)	4 (2-6)
Nº trabajadores			*			*
1-2	306 (16)	3.0±1.5 (2.9-3.2)	2.1±1.6 (1.9-2.2)	4.7±0.9 (4.6-4.8)	33 (28-39)	9 (6-12)
3-4	638 (33)	2.8±1.5 (2.7-3.0)	1.7±1.4 (1.6-1.9)	4.8±0.9 (4.7-4.9)	28 (24-31)	6 (4-8)
5-6	424 (22)	2.9±1.5 (2.7-3.0)	1.7±1.5 (1.6-1.9)	4.8±0.9 (4.7-4.9)	26 (22-31)	4 (2-7)
7-10	354 (18)	3.0±1.5 (2.9-3.2)	1.8±1.4 (1.7-2.0)	4.8±0.9 (4.7-4.9)	29 (24-34)	5 (3-7)
≥11	191 (10)	3.0±1.4 (2.8-3.2)	1.7±1.3 (1.5-1.9)	4.8±0.8 (4.7-4.9)	26 (19-32)	3 (0-5)
¿Cuenta su opinión clínica?		*	*	*	*	
Poco/Casi nunca	71 (4)	3.4±1.3 (3.0-3.7)	2.5±1.5 (2.2-2.9)	4.5±0.9 (4.3-4.7)	54 (43-66)	8 (1-15)
A veces	207 (11)	3.0±1.5 (2.8-3.2)	1.9±1.5 (1.7-2.1)	4.5±0.9 (4.4-4.7)	32 (25-38)	5 (2-9)
Mucho/Siempre	1635 (85)	2.9±1.5 (2.8-3.0)	1.8±1.4 (1.7-1.8)	4.8±0.9 (4.8-4.9)	27 (25-29)	5 (4-7)
¿Cuenta su opinión de gestión?		*	*	*	*	
Poco/Casi nunca	301 (16)	3.2±1.5 (3.0-3.4)	2.2±1.5 (2.0-2.4)	4.5±0.9 (4.4-4.6)	39 (33-44)	6 (3-9)
A veces	334 (17)	2.9±1.4 (2.8-3.1)	1.7±1.3 (1.6-1.9)	4.7±0.8 (4.6-4.8)	28 (23-33)	5 (2-7)
Mucho/Siempre	1278 (67)	2.9±1.5 (2.8-2.9)	1.7±1.5 (1.7-1.8)	4.9±0.9 (4.8-4.9)	26 (24-28)	6 (4-7)

a: Basado en un estudio de referencia normativa en 1963 trabajadores españoles de diversas ocupaciones (Nota Técnica del INSHT 732). * p<0.05 (ANOVA o t-student para variables cuantitativas y Chi-Cuadrado para porcentajes).

Tabla 12. *Burnout* según variables de Cargas de Trabajo (n=1913).

Variable	n (%)	Agotamiento	Cinismo	Eficacia profesional	<i>Burnout</i> Alto	<i>Burnout</i> Muy alto
		$\bar{x}\pm s$ (IC-95%)	$\bar{x}\pm s$ (IC-95%)	$\bar{x}\pm s$ (IC-95%)	% (IC-95%)	% (IC-95%)
Norma Española ^a	1963 (100)	2.1±1.2 (2.1-2.2)	1.5±1.3 (1.4-1.6)	4.4±0.9 (4.4-4.5)		
Número de horas/semana		*	*	*		
4-20	183 (10)	2.8±1.5 (2.6-3.0)	2.1±1.6 (1.9-2.4)	4.5±1.0 (4.4-4.7)	36 (29-43)	6 (2-9)
21-30	396 (21)	2.8±1.4 (2.6-2.9)	1.8±1.5 (1.7-1.9)	4.7±0.9 (4.6-4.8)	28 (23-32)	6 (3-8)
31-40	854 (45)	2.9±1.5 (2.8-3.0)	1.7±1.4 (1.7-1.8)	4.8±0.9 (4.8-4.9)	26 (23-29)	5 (4-7)
≥41	480 (25)	3.2±1.5 (3.1-3.4)	1.8±1.4 (1.6-1.9)	4.9±0.9 (4.8-4.9)	30 (26-34)	6 (4-8)
Número pacientes/semana		*	*	*	*	
4-30	349 (18)	2.8±1.6 (2.7-3.0)	2.1±1.6 (1.9-2.2)	4.6±1.0 (4.5-4.7)	34 (29-39)	7 (4-10)
31-50	639 (33)	2.9±1.5 (2.8-3.0)	1.8±1.5 (1.7-2.0)	4.8±0.9 (4.7-4.8)	29 (25-32)	7 (5-9)
51-70	411 (21)	2.9±1.4 (2.8-3.0)	1.7±1.4 (1.6-1.8)	4.8±0.9 (4.7-4.9)	27 (23-32)	4 (2-6)
≥71	514 (27)	3.1±1.5 (3.0-3.2)	1.7±1.4 (1.6-1.8)	4.9±0.8 (4.9-5.0)	25 (21-28)	5 (3-6)

a: Basado en un estudio de referencia normativa en 1963 trabajadores españoles de diversas ocupaciones (Nota Técnica del INSHT 732).

* p<0.05 (ANOVA o t-student para variables cuantitativas y Chi-Cuadrado para porcentajes).

Tabla 13. *Burnout* según variables de situación Económica (n=1913).

Variable	n (%)	Agotamiento	Cinismo	Eficacia profesional	<i>Burnout</i> Alto	<i>Burnout</i> Muy alto
		$\bar{X}\pm s$ (IC-95%)	$\bar{X}\pm s$ (IC-95%)	$\bar{X}\pm s$ (IC-95%)	% (IC-95%)	% (IC-95%)
Norma Española ^a	1963 (100)	2.1±1.2 (2.1-2.2)	1.5±1.3 (1.4-1.6)	4.4±0.9 (4.4-4.5)		
Ingresos (%) del total familiar				*		
<25%	97 (5)	3.0±1.4 (2.7-3.3)	2.0±1.5 (1.7-2.3)	4.5±1.0 (4.3-4.7)	36 (26-45)	4 (0-8)
25-50%	293 (15)	2.8±1.4 (2.7-3.0)	1.9±1.4 (1.7-2.0)	4.7±0.9 (4.6-4.8)	30 (25-36)	5 (2-8)
50-75%	584 (30)	2.9±1.5 (2.8-3.0)	1.7±1.4 (1.6-1.8)	4.8±0.8 (4.8-4.9)	26 (23-30)	4 (3-6)
>75%	939 (49)	3.0±1.5 (2.9-3.1)	1.8±1.5 (1.7-1.9)	4.8±0.9 (4.8-4.9)	28 (25-31)	7 (5-8)
Satisfacc.con ingresos (0-10)		*	*	*	*	*
0-4	344 (18)	3.5±1.6 (3.3-3.6)	2.5±1.6 (2.4-2.7)	4.5±1.0 (4.4-4.6)	47 (41-52)	13 (9-16)
5-6	517 (27)	3.0±1.5 (2.9-3.2)	1.9±1.5 (1.8-2.1)	4.7±0.9 (4.6-4.8)	33 (29-37)	6 (4-8)
7-8	822 (43)	2.8±1.4 (2.7-2.9)	1.6±1.3 (1.5-1.7)	4.9±0.8 (4.8-4.9)	22 (19-24)	3 (2-5)
9-10	230 (12)	2.4±1.5 (2.2-2.6)	1.2±1.1 (1.1-1.4)	5.0±0.8 (4.9-5.1)	14 (9-18)	1 (0-3)
Recortar gastos profesionales		*	*	*	*	*
No	446 (23)	2.7±1.5 (2.6-2.9)	1.4±1.3 (1.3-1.6)	5.0±0.8 (4.9-5.1)	18 (14-21)	3 (1-5)
Algo	962 (50)	2.9±1.4 (2.8-3.0)	1.7±1.4 (1.7-1.8)	4.8±0.9 (4.7-4.8)	26 (24-29)	4 (3-5)
Bastante/Mucho	505 (26)	3.2±1.6 (3.1-3.3)	2.2±1.6 (2.1-2.4)	4.6±1.0 (4.5-4.7)	41 (37-46)	11 (8-13)
Recortar gastos familiares		*	*	*	*	*
No	486 (25)	2.7±1.5 (2.5-2.8)	1.5±1.3 (1.4-1.6)	4.9±0.8 (4.9-5.0)	19 (15-22)	3 (1-4)
Algo	887 (46)	2.9±1.4 (2.8-3.0)	1.8±1.4 (1.7-1.9)	4.8±0.9 (4.7-4.8)	28 (25-31)	4 (3-5)
Bastante/Mucho	540 (28)	3.2±1.6 (3.1-3.3)	2.2±1.6 (2.0-2.3)	4.7±1.0 (4.6-4.8)	37 (33-41)	11 (8-13)
Ingresos en próximos 12 meses		*	*	*	*	*
Peor	337 (18)	3.4±1.5 (3.2-3.6)	2.5±1.6 (2.3-2.6)	4.6±1.0 (4.5-4.7)	44 (39-49)	14 (10-17)
Igual	1217 (64)	2.9±1.5 (2.9-3.0)	1.7±1.4 (1.7-1.8)	4.8±0.9 (4.7-4.8)	27 (25-30)	4 (3-5)
Mejor	359 (19)	2.4±1.4 (2.3-2.6)	1.4±1.3 (1.3-1.5)	5.0±0.9 (4.9-5.1)	17 (13-21)	3 (1-5)
Probl.conciliar familia-trabajo		*	*		*	*
Muy frecuentemente	612 (32)	3.6±1.4 (3.5-3.7)	2.0±1.5 (1.9-2.1)	4.8±0.9 (4.8-4.9)	37 (33-41)	8 (6-10)
A veces	972 (51)	2.8±1.4 (2.7-2.9)	1.8±1.4 (1.7-1.9)	4.8±0.9 (4.7-4.8)	27 (24-30)	5 (4-6)
Nunca/Casi nunca	329 (17)	2.2±1.4 (2.0-2.3)	1.5±1.4 (1.3-1.7)	4.8±1.0 (4.7-4.9)	17 (13-21)	3 (1-5)

a: Basado en un estudio de referencia normativa en 1963 trabajadores españoles de diversas ocupaciones (Nota Técnica del INSHT 732).

* p<0.05 (ANOVA o t-student para variables cuantitativas y Chi-Cuadrado para porcentajes).

Tabla 14. Regresión logística binaria múltiple^a. Variable dependiente: *Burnout* (n=1913).

Variable	n	<i>Burnout</i> Alto OR ^b (IC-95%)	<i>Burnout</i> Muy alto OR (IC-95%)
Sexo		p<0.001	p<0.001
Hombre	886	1.6 (1.3-2.0)	3.4 (2.2-5.2)
Mujer	1027	1.0	1.0
Nº clínicas en que trabaja		p=0.007	-
1	1009	1.4 (1.1-1.9)	
2	482	1.0 (0.7-1.4)	
3-18	422	1.0	
Tamaño poblacional (habit.)		p=0.017	-
<20 mil	423	1.3 (1.0-1.7)	
20-100 mil	586	0.8 (0.7-1.1)	
>100 mil	904	1.0	
¿Cuenta su opinión de gestión?		p<0.001	-
Poco/Casi nunca	301	2.0 (1.4-2.6)	
A veces	334	1.3 (1.0-1.8)	
Mucho/Siempre	1278	1.0	
Satisfacc.con ingresos (0-10)		p<0.001	p<0.001
0-4	344	3.2 (2.0-5.1)	5.6 (1.8-17.1)
5-6	517	2.1 (1.3-3.2)	2.8 (0.9-8.5)
7-8	822	1.4 (0.9-2.1)	2.0 (0.7-5.9)
9-10	230	1.0	1.0
Recortar gastos familiares		-	p=0.033
No	486		0.5 (0.3-1.0)
Algo	887		0.6 (0.4-0.9)
Bastante/Mucho	540		1.0
Recortar gastos profesionales		p<0.001	-
No	446	0.5 (0.4-0.7)	
Algo	962	0.7 (0.6-0.9)	
Bastante/Mucho	505	1.0	
Ingresos en próximos 12 meses		p<0.001	p<0.001
Peor	337	3.0 (2.0-4.3)	3.4 (1.7-6.6)
Igual	1217	1.7 (1.2-2.3)	1.3 (0.7-2.5)
Mejor	359	1.0	1.0
Probl.conciliar familia-trabajo		p<0.001	p<0.001
Muy frecuentemente	612	3.2 (2.3-4.6)	3.6 (1.8-7.3)
A veces	972	1.9 (1.3-2.6)	1.9 (1.0-3.8)
Nunca/Casi nunca	329	1.0	1.0

a: Con procedimiento backward basado en significación estadística (p=0.05 y p=0.10 para entrar y salir, respectivamente). Se consideraron como potenciales predictoras todas las variables de las Tablas bivariantes, y quedaron fuera (en los dos modelos) las siguientes variables: Edad (años), Nº miembros familia, Zona geográfica, Nº años ejercicio, Tipo de práctica, Especialidad, Modalidad contractual, Nº sillones, Nº trabajadores, ¿Cuenta su opinión clínica?, Número de horas/semana, Número pacientes/semana e Ingresos (%) del total familiar.

b: Odds ratio.

Tabla 15. Comentarios de los encuestados (n=1913).

Comentarios	n	% ^a
Ningún comentario	1426	75
Muestran agradecimiento por el estudio	172	9
Refieren negativamente la plétora profesional y franquicias	92	5
Esperan feedback (resultados y qué hacer)	60	3
Le interesa el estudio, pero les parece que el cuestionario es limitado	31	2
Culpan a la crisis económica	29	2
Señalan el trato con el paciente como lo peor	29	2
Se preocupan por la conciliación familiar	19	1
Se sienten felices en su profesión	19	1
Responsabilizan a los órganos de representación Colegio y/o Consejo	19	1
Están agobiados por los impuestos, y la gestión	8	0
Reclaman mayor legislación	7	0
Culpan a los dueños que no son dentistas	1	0
Les parece mal el estudio	1	0

a: Nótese que la suma de las comentarios es 1955 para n= 1913, dado que algunos han manifestado en su opinión más de un comentario.

6 DISCUSIÓN

6.1 Valoración de la validez del cuestionario y del constructo

Nuestro cuestionario (Anexo I) fue diseñado con el objetivo de valorar las variables proxy, asociadas al síndrome, para lo que escogimos preguntas sencillas, poco precisas, pero que aseguraran que la tasa de respuesta iba a ser alta. Decidimos que no fuese muy extenso y que cerciorara la protección de datos personales. La batería de preguntas de rasgos psicosociales estaban ya validadas en otros estudios sobre el ejercicio de la profesión, como el Libro Blanco de Llodra, o los estudios de Pinilla (29-31,69-71).

La prueba diagnóstica para el estudio de la reproductibilidad test-retest y la modalidad de aplicación que evidencia la precisión del instrumento fue realizada en 9 hombres y 5 mujeres no pertenecientes a la muestra principal, medidos con una separación de 1-2 semanas, siendo la primera por email y la segunda escrita, que medida en base a la escala de Landis & Koch nos arroja unos coeficientes superiores a 0.7 en la mayoría de los ítems (Tabla 2).

El envío por correo electrónico, con enlace a una plataforma para responder el cuestionario, con tres oleadas de recuerdo, permitió que los participantes pudieran acceder a la misma en cualquier momento y desde todo tipo de dispositivos con conexión a internet, disminuyendo el sesgo del entrevistador, fomentando el alcance global y la participación anónima; la colaboración del Consejo, como remitente, favoreció que no desapareciera entre el correo basura.

La fiabilidad del análisis mostró muy buenos resultados en todas las dimensiones y en todos los conceptos (79) a la vez que la convergencia de los tres componentes y las definiciones estándar de *burnout* fue moderadamente alta, sobre todo en “agotamiento”. Esta adaptación mostró buenas propiedades psicométricas, con una estructura factorial que explicaba un alto porcentaje de la varianza, replicando el diseño original (Tabla 5).

El nivel de participación, reflejado en la tasa de respuesta, es similar a la obtenida en otros estudios de estas características y su principal limitación tiene que ver con su corte transversal, dado que estos diseños sólo permiten identificar los factores de riesgo asociados y no su origen o evolución en el tiempo. Ante el debate de la comunidad científica sobre la pertinencia de usar un cuestionario adaptado al ámbito sanitario (MBI-HSS) para dentistas, o bien el genérico empleado para todo tipo de profesiones (MBI-GS) (42), hemos

optado por el segundo ya que la población objeto de estudio desarrolla su actividad en una organización privada, o como autónomos, sometidos a los criterios de rendimiento de una empresa, y gestionados como tales. Quedaron fuera del análisis los dentistas con solo ejercicio público para el Servicio Nacional de Salud. En la odontología el 80 % de la actividad es privada con implicaciones en la salud y la estética. Se cobra por acto médico y su ejercicio necesita de planes estratégicos empresariales apoyados por campañas de marketing para incrementar la actividad induciendo la demanda oculta, es decir, aquella que está respaldada por necesidades odontológicas reales. Por el contrario el personal sanitario que trabaja con provisión y financiación pública, se remunera tanto si aplica un tratamiento o no, luego su actividad es de naturaleza distinta. En otros colectivos como los médicos, el 90 % de su actividad profesional se desarrolla en los servicios con financiación y provisión pública.

Otro elemento diferencial que notamos tras nuestros encuentros con dentistas, que permite marcar diferencias con respecto a otras profesiones sanitarias, y que puede causarles gran estrés comparativamente, es que a la hora de tomar una decisión sobre un tratamiento lo hace en solitario, frente a los médicos del sistema público que trabajan en equipo y la responsabilidad se diluye en el grupo, comité u órgano colegiado de decisión. El dentista asume solo, las consecuencias de su actividad añadiendo además una gran parte de sus ocupaciones a temas económicos y de gestión (8).

El haber elegido el MBI-GS nos aparta de la concepción de *burnout* provocado por las relaciones interpersonales y nos permite comparar resultados con otras profesiones, y no solo con las del ámbito sanitario. Esta línea de pensamiento es reforzada por muchas investigaciones por ejemplo Chambel et al. (80) estudian sobre una muestra de 106 militares de un batallón en preparación para el cumplimiento de una misión de apoyo a la paz en Timor y detectan un incremento de su incidencia con el transcurrir de la misión en consonancia con la idea de que el *burnout* es un síndrome ocupacional y de las exigencias del trabajo.

Los instrumentos relacionados con la evaluación psicométrica del síndrome de *burnout* han obtenido resultados contradictorios sobre su validez y fiabilidad lo que ha contribuido a la aparición de instrumentos alternativos. Reflexionando sobre ello nos hemos decantado por el MBI-GS, que además de incorporar el modelo teórico desde el que se ha concebido, es el que sigue estando vigente como Nota Técnica de Prevención 732 del Instituto Nacional de

Seguridad e Higiene en el Trabajo; asimismo estudios como el de Montero-Marín y García-Campayo (50) que profundizan sobre el concepto de *Burnout*, y Amigo et al. (51), en el sector bancario, utilizan directamente estas herramientas.

Existe controversia a la hora de establecer puntos psicométricos de corte para realizar diagnósticos fiables, así como también diferencias en la comunidad científica sobre en cuántas dimensiones han de puntuar para estimar que existe el síndrome de *burnout*; de este modo, los resultados de los estudios sobre la prevalencia hay que tomarlos con cautela. En nuestro trabajo, en base a la Nota Técnica NTP 732 (42), hemos tomado que existe riesgo de *burnout* cuando en al menos dos dimensiones puntúa alto/muy alto (agotamiento y/o cinismo) y/o bajo/muy bajo (eficacia profesional) siguiendo la línea de Rodríguez-Veiga en su investigación sobre *burnout* en profesionales sanitarios (81). López (82), en su tesis recoge que cada vez más autores se decantan por un concepto unidimensional centrado en el agotamiento emocional. Otros expertos avalan este planteamiento como Te Brake et al. (63), que en su diseño longitudinal de dos ondas en una muestra representativa de los dentistas holandeses, examinaron la secuencia cronológica de las tres dimensiones del *Maslach Burnout Inventory*: agotamiento emocional, despersonalización y realización personal, llegando a la conclusión de que la dimensión clave es el agotamiento emocional.

Nuestra hipótesis de partida es que los cambios producidos en los factores psicosociales, provocados por la crisis económica, han favorecido la prevalencia de niveles más altos de síndrome de *burnout*. Por tanto, ante el amplio debate suscitado en el seno de nuestro grupo de investigación sobre la validez de los datos normativos para la corrección de las puntuaciones en el cuestionario de *burnout* (figura 1) de la muestra de 1963 trabajadores españoles de diversas ocupaciones utilizado por Salanova y recogidos con anterioridad al estallido de la crisis económica, tomamos la decisión de aceptarlos como adecuados dado que es precisamente la incidencia de la crisis lo que vamos a evaluar. La clasificación de los niveles de síndrome de *burnout* referenciados en nuestro estudio, es útil para ver su evolución con el tiempo y su comparación con otros colectivos (45).

6.2 Limitaciones del estudio

Sesgo de Selección

La posibilidad de que los dentistas respondientes no representen adecuadamente a la totalidad de dentistas colegiados es un potencial problema en este estudio, pues podría hipotetizarse que aquellos con más desgaste psicológico han respondido en mayor medida. No parece, no obstante, que pueda estar presente hasta el punto de invalidar los resultados habida cuenta de la distribución homogénea entre la población de dentistas y la muestra final en cuanto a edad y sexo (Tabla 1). Nótese que, como se expone en la Tabla 9, tanto edad como sexo están asociados a la puntuación *burnout*. A mayor edad hay mayor probabilidad de desarrollar *burnout* elevado, y los hombres presentan más del doble de *burnout* alto. 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.

Para evitar el posible sesgo de información seguimos la prevalencia del síndrome de quemarse en el trabajo considerando los percentiles propuestos por Maslach y Jackson (6), Gil-Monte y Peiró (83) y por Schaufeli y Van Dierendonck (84). Asimismo, como medidas añadidas para que los encuestados se sintieran seguros de su anonimato a la hora de responder como enviarlos por e-mail para resaltar el carácter privado, insistimos en la confidencialidad en la codificación de los datos personales.

6.3 Discusión de los resultados

Según nuestros resultados el síndrome de *burnout* está presente en todos los estratos, existiendo asociación con la percepción de crisis económica, mientras que las variables de desempeño de la profesión no afectan a un mayor o menor nivel de éste. Por ejemplo aquellos que no están satisfechos con los ingresos o con malas expectativas de futuro puntúan más alto (Tabla 13). Abundando en esa idea Kesner en 2011 (57) en un artículo publicado en *Dental Economic*, apunta que la odontología tiene tasas altas de este síndrome debido a que es una profesión de alta tensión y riesgo debido, entre otras causas, a las responsabilidades y tensiones que vienen de las decisiones de capital, de gastos de personal, de arrendamientos, etc., derivados de una clínica propia, sin que el retorno de la inversión se materialice. Divaris en 2012 (61) en su memoria sobre los estudiantes matriculados en la Facultad de Odontología de Atenas, ya detecta variables significativas sobre cuestiones

financieras y de inseguridad en el futuro profesional, correlacionadas con el síndrome de *burnout*, así como Gorter (62), que en su estudio longitudinal sobre dentistas recién graduados en el Centro Académico de Odontología de Amsterdam entre 1998 y 2003, ya percibe que en los dentistas recién licenciados, había puntuaciones altas de *burnout* provocadas por la gestión de la clínica. Por último Gorter y Freeman (65) en Irlanda del Norte, llega a conclusiones similares: los dentistas parecían tener más problemas con los aspectos del entorno de trabajo como la presión del tiempo y preocupaciones financieras, sin embargo como elemento diferencial identificó niveles alentadores de compromiso.

En cuanto a las variables de práctica profesional, lo más destacable son los niveles muy altos de *burnout* en clínicas con sólo 1-2 trabajadores, y aquellos que no están satisfechos con sus ingresos, han de recortar gastos y sus expectativas son peores (Tabla 11). Lee et al. (59), indican que algunos factores pueden precipitar el síndrome *burnout* en los dentistas por ejemplo, los que no tienen el apoyo interpersonal y en los que trabajan largas horas sin recompensas adecuadas. En Italia, Pirillo et al., (67), comparan especialidades y detectan estos problemas, pero a diferencia de nuestro estudio analizan especialidades, encontrando que los ortodoncistas italianos eran menos propensos a padecerlo en comparación con los generalistas. En resumen, nuestras conclusiones se alinean a las de Hakanen et al. (70) en su revisión bibliográfica, que presentan la odontología como una profesión estresante donde varios estudios han demostrado que el síndrome de *burnout* está presente entre los dentistas por las interacciones con los pacientes, la carga de trabajo y la presión del tiempo como posibles causas. Sin embargo, poco se sabe acerca de cómo dentistas se arreglan para hacer frente a su trabajo.

Si comparamos con otras profesiones podemos destacar el estudio de Amigo et al. (51) en el sector bancario español, similar al nuestro en cuanto a instrumento de medida (MBI-GS), a la forma de obtención de la respuesta (correo electrónico) y resultados obtenidos. El 55.78 % de su muestra presentaba alto riesgo de padecer el síndrome en al menos dos dimensiones, frente al 29 % de los dentistas. Los trabajadores que desarrollaban su actividad atendiendo al público mostraron un riesgo mayor. La crisis económica en ambos casos actúa con factor precipitante pero al caso de los banqueros se añaden las prácticas comerciales abusivas.

El síndrome de estar quemado por el trabajo también se evaluó por Durán (85) en los policías locales de Málaga mediante el *Maslach Burnout Inventory- Human Service Survey* (MBI-HSS) y sus conclusiones los situaron en los niveles medios y altos de las tres dimensiones:

cansancio emocional, despersonalización y realización en el trabajo, donde al igual que en nuestro colectivo los factores organizacionales se revelaron como antecedentes más sólidos.

Existe una diferencia sustancial entre los resultados obtenidos en el colectivo dentista, dónde consistentemente el riesgo de síndrome de *burnout* se deriva de la crisis económica frente al cariz que toma el síndrome entre los profesionales de emergencias (86) (bomberos, policías, sanitarios, atención extrahospitalaria, etc.) expuestos a una necesidad constante de actualización y a las dificultades propias de la tarea desempeñada, que supone decisiones constantes sobre terceras personas. Las relación con los pacientes y sus familias, las expectativas de éstos, las expectativas propias frustradas, el impacto de situaciones traumáticas, las catástrofes, la visión del sufrimiento, tienen como resultado final un estrés crónico prolongado. Pines (87) describió que los trabajadores de asistencia médica con frecuencia tenían altos niveles de agotamiento profesional. En estos profesionales los factores personales, y las relaciones interpersonales tiene un papel modulador en el síndrome. Las variables organizacionales como la sobrecarga de trabajo, el tipo de tarea, las disfunciones en los roles y las características administrativas y burocráticas de estos servicios resultan importantes no siendo significativas en nuestros resultados.

Si nos fijamos en otras profesiones no podemos dejar pasar a los médicos. Mingote et al. (88) argumenta que de entrada es una de las categorías propicias para el desarrollo de síndrome de *burnout*. La imagen del profesional médico siempre ha estado asociada a la dedicación, altruismo, alguien siempre disponible e incansable ante las batallas para vencer el dolor y la muerte. La dura realidad da lugar muchas veces a fracaso, desencanto y depresión. Tener que tratar con las limitaciones existentes, la impotencia de no poder atender todos los casos, aunque se tenga la conciencia tranquila por haber utilizado todos los recursos disponibles, muchas veces lleva a la frustración y a la insatisfacción personal. La proximidad con el contacto con el dolor y la muerte es un significativo agente estresor. Como los que acceden son los mejores también tienen en común características como el perfeccionismo, la competitividad y un acrecentado sentido de responsabilidad. Por otro lado, la baja remuneración, junto con la relación con los pacientes que es difícil porque están enfermos, aumenta la sensación de ser mal reconocidos. Se debe tener en cuenta también la posibilidad de ser acusado por error médico, lo que lleva al médico a sentirse inseguro y temeroso.

Tras un acercamiento a la profesión a través de entrevistas con profesionales del colectivo objeto de nuestro estudio, podemos consensuar que los dentistas, a la hora de ejercer su

profesión, se enfrentan a muchas de estas situaciones, agravadas por la soledad en la que desarrollan la actividad, sin respaldo de equipos a la hora de tomar decisiones y con sus propios medios (no un hospital detrás) para hacer frente a los problemas de los pacientes.

En la revisión sistemática de la literatura sobre síndrome de *burnout* en profesionales médicos realizada por Dewa et al. (89) nos encontramos los datos de los siguientes estudios: Ruitenburg et al., detectaron una tasa de agotamiento del 6% en su muestra de médicos de hospitales holandeses, Soler et al. notaron que el 43% de su muestra de médicos de familia de 12 países europeos tenía alto agotamiento emocional, el 35% alta despersonalización y el 39% baja realización personal, Siu et al. se percataron de que el 31% de su muestra de los médicos de hospitales públicos de Hong Kong experimentó agotamiento y Hoff et al. que en su muestra de médicos de hospital de Estados Unidos informaron de que el 13% de los encuestados tenía *burnout*. Se evidencian semejanzas con nuestros resultados, en la medida de confirmar la existencia del síndrome, aunque las diferencias en las puntuaciones se derivan de la utilización de distintos modelos (44).

6.4 Factores socio-profesionales que influyen en el *burnout* del dentista

Los factores psicosociales se definen como el conjunto de interacciones que tienen lugar en la empresa, entre el contenido del trabajo y el contexto en el que se desarrolla y por otra parte la persona, con sus características individuales y su entorno extralaboral, que pueden incidir negativamente sobre la seguridad, la salud, el rendimiento y la satisfacción del trabajador (90) y que consistentemente se reflejan en nuestros resultados.

La revisión de Seidler et al. (91) repasa la relación entre las condiciones psicosociales de trabajo con el *burnout* y concluye que las altas exigencias laborales juegan un papel importante en su desarrollo existiendo fuertes correlaciones entre los factores del lugar de trabajo y la aparición del síndrome. Los autores detectan también que los efectos de las intervenciones preventivas no se han medido adecuadamente aunque los estudios abogan por ellas con enfoques multidimensionales incluyendo la reducción de las exigencias del trabajo, las mejoras en la libertad de decisión y del clima social como forma para prevenir el agotamiento y el cansancio emocional que se asocian con síndrome de *burnout*.

La crisis económica es otro factor a tener en cuenta; Solberg (92) et al. hacen un estudio

transnacional, comparando una muestra de médicos islandeses y noruegos y los cambios experimentados durante la gran recesión. El resultado fue que los médicos islandeses mostraban menor satisfacción laboral que los noruegos, debido a que Noruega había sido menos afectada por la crisis económica del 2008 que Islandia; al igual que en nuestros resultados es la crisis económica la que provoca la alteración de estos factores psicosociales que llevan a padecer el síndrome.

En nuestro entorno europeo, el caso más extremo de síndrome de *burnout* en el personal lo tenemos en Grecia derivado de la severa crisis que afecta al país. En 2011 hubo informes de reducción del 40 % en el presupuesto de los hospitales públicos. Rachiotis et al. (93), encontraron que escasez de suministros médicos se asociaron significativamente con el agotamiento emocional y despersonalización. La prevalencia de agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal era 44,5%, 43,2% y 51,5%, respectivamente.

6.5 Recomendaciones para solventar el *burnout* siguiendo las notas técnicas

Las medidas preventivas que se pueden adoptar para evitar la aparición de *burnout* se pueden clasificar en tres niveles de actuación según la NTP 705 (41):

- Organizativas.
- De regulación de las interacciones que se producen en la empresa entre individuos.
- Las individuales focalizadas en el trabajador.

Todas las medidas deberían ser implementadas desde y por la organización.

A nivel organizativo, las medidas pueden ser:

- Realizar la identificación y la evaluación de los riesgos psicosociales que puedan fomentar el síndrome de *burnout* interviniendo para resolver su exposición.
- Establecer programas que permitan ajustar los objetivos de la organización y los propios del individuo.

- Poner en marcha mecanismos de *feedback* o retroinformación del resultado del trabajo.
- Fomentar el trabajo en equipo.
- Tener oportunidades de formación continua y desarrollo del trabajo.
- Incrementar el grado de autonomía en el trabajo, delegando los sistemas de control y la toma de decisiones.
- Establecer de manera clara, los roles y los contenidos de los puestos de trabajo, intentando disminuir ambigüedades y solapamiento de roles. Los objetivos deben de estar bien definidos.
- En la misma medida, se deben precisar las responsabilidades de cada uno y sus competencias, dotando de los recursos necesarios para llevarlos a cabo. Para ello también se puede impartir formación que sirva para mejorar el desempeño del trabajo.
- Definir líneas claras de autoridad y responsabilidad.
- Adecuar a las posibilidades las demandas de trabajo.
- Mejorar las redes de comunicación y fomentar la participación en la organización.
- Evitar la competitividad, promoviendo la colaboración.
- Flexibilidad horaria.
- Si persiste la fuente de riesgo de estrés, arbitrar grupos de soporte para aliviar la ansiedad y la angustia.
- Fomentar la estabilidad en el puesto de trabajo.
- Facilitar asistencia de personal especializado. También informar de los recursos que las instituciones ponen a su alcance.

A nivel interpersonal:

- Promover el trabajo en grupo, evitando el aislamiento, diseñando estrategias de colaboración en grupo.

- Planificar un apoyo social en el trabajo.
- Cuidar las formas y el estilo de dirección, que sea claro.
- Entrenar las habilidades sociales.
- Arbitrar sistemas democráticos de participación.
- La dinámica de grupo como fuente de aumentar el control sobre las demandas del trabajo.
- Supervisar a los trabajadores a nivel profesional, pero en grupo.

A nivel individual:

- Orientación profesional al inicio del trabajo.
- Diversificar tareas y rotar en las mismas.
- Programas de formación continua y reciclaje.
- Mejorar la capacidad para hacer frente a las situaciones estresantes.
- Desarrollar técnicas de resolución de conflictos, como reconocerlos y discriminarlos.
- Entrenar las habilidades para manejar la ansiedad y el estrés, en aquellas situaciones que sean inevitables en relación con el usuario.
- Entrenar la capacidad de mantener la distancia emocional con el usuario, manteniendo un equilibrio entre la sobreimplicación y la indiferencia.
- Mejorar las habilidades mediante entrenamiento sobre comunicación y negociación.
- Reconocimiento de las actividades adecuadamente finalizadas.
- Entrenar habilidades para desempeñar las actividades derivadas del puesto.

Adicionalmente se pueden desarrollar las siguientes técnicas para favorecer el control del trabajador de su puesto:

- Analizar las situaciones problemáticas, de forma que se evalúen de nuevo y se reestructuren para que dejen de serlo.

- Adiestrar en técnicas de autocontrol que eliminen o neutralicen las consecuencias del síndrome: gestionando el tiempo, delegando, habilidades sociales, asertividad, entrenamiento en resolver problemas, etc.
- Emplear técnicas de relajación.

Si el síndrome ya se ha manifestado en el trabajador hay que apoyarse en el entorno. Son los compañeros los que primero se dan cuenta de que hay un cambio de actitud, antes incluso que el propio afectado. Para no “quemarse” hay que identificar el proceso y reconocerlo para poder contrarrestarlo. Unas relaciones interpersonales de calidad moderan el nivel de síndrome de *burnout*, fomenta la satisfacción laboral y mejora la calidad de vida del trabajador.

No hay técnicas “milagrosas” para tratar de forma efectiva los efectos del síndrome. Cualquier tipo de técnica de intervención ideada para reducir el estrés puede considerarse válida. A nivel individual, es útil potenciar la autoestima, la autoeficacia personal y la percepción de control. Las técnicas cognitivas y conductuales como la terapia racional emotiva o ensayo conductual pueden resultar efectivas.

6.6 Recomendaciones futuras para la gestión y/o investigación

Riesgos psicosociales emergentes

Derivados de la gran recesión económica por la que atravesamos, aparecen nuevos riesgos en aumento (94) y tras un estudio del estado actual de la profesión de dentista, y conversaciones con profesionales en activo, destacamos los siguientes:

- Nuevas formas de contratación laboral, que se caracterizan por la aparición de contratos de trabajos precarios. Los nuevos egresados, trabajan para varias clínicas, franquiciadas, como “falsos autónomos”, con sueldos sujetos a número de pacientes tratados.
- Envejecimiento de la población laboral activa y retraso de la edad de jubilación que la hace más vulnerable a la carga mental y emocional.
- Intensificación del trabajo, caracterizado por la necesidad de manejar cantidades de información y carga de trabajo cada vez mayor bajo una mayor presión en el ámbito

laboral. Los dentistas tienden a trabajar más horas para conseguir sueldos decentes, con el consiguiente conflicto ético de inducir a la demanda, para poder facturar más.

- Fuertes exigencias emocionales en el trabajo. Los pacientes exigen tratamientos low-cost, sin valorar calidad de materiales o pericia del profesional.
- Desequilibrio y conflicto entre la vida laboral y personal debido a la falta de ajuste entre las condiciones de trabajo y contratación con la vida privada de las personas. Empleos precarios, con cargas de trabajo excesivas y horarios laborales variables o impredecibles, pueden provocar conflicto entre las exigencias de la vida profesional y la vida privada. Debido a la crisis económica las políticas de conciliación están quedando relegadas a un segundo plano. Para lograr la conciliación sería necesario ajustar la carga de trabajo al tiempo de que dispone el trabajador y a su capacidad, y de forma personal establecer prioridades y tomarse tiempo para descansar, sin llevar el trabajo a casa. Aplicar estrategias de *mindfulness* para alcanzar este equilibrio, centrándose en el rol que está desempeñando en cada momento, en lugar de centrarse en las incompatibilidades (77).

7 CONCLUSIONES

Las conclusiones de nuestro estudio son las siguientes, respecto a los dentistas con actividad privada en España:

1. Respecto a la validez del cuestionario de *burnout* MBI, todas las pruebas (test-retest, fiabilidad interna, esfericidad de Bartlett, medida de *Kaiser-Meyer-Olkin*, y estructura dimensional) indican que dicho cuestionario es válido en dentistas privados españoles.

2. El *burnout* alto afecta al 29% (IC-95% = 27%-31%) de los dentistas y muy alto al 6% (IC-95% = 5%-7%).

3. Distintas variables socio-profesionales se asocian a nivel bivariante bien a la prevalencia de *burnout* alto, muy alto o ambas. Así a mayor edad mayor *burnout* muy alto, mayor *burnout* muy alto en varones, mayor *burnout* alto en práctica generalista frente a especializada, mayor *burnout* alto en poblaciones de tamaño menor a 20 mil habitantes, mayor *burnout* muy alto en clínicas con pocos trabajadores, mayor *burnout* alto en los casos en que la opinión clínica y/o de gestión del dentista cuenta poco o mayor *burnout* alto cuando se atienden pocos pacientes/semana.

4. Distintas variables proxy-económicas se asocian a nivel bivariante a la prevalencia de *burnout* alto y muy alto. Mayor *burnout* cuando hay menor satisfacción con los ingresos, en casos en que el dentista ha tenido que recortar gastos profesionales o familiares, cuando hay percepción subjetiva de menores ingresos en los próximos 12 meses, o cuando hay problemas frecuentes para conciliar la vida familiar y profesional.

5. A nivel multivariante, los modelos que explican *burnout* alto y muy alto, incluyen variables proxy económicas, de modo que hay mayor *burnout* en los casos de percepción económica más desfavorable.

8. BIBLIOGRAFÍA

8 Bibliografía

1. Manual del sistema de gestión de prevención de riesgos laborales. Granada: Universidad de Granada; 2008.
2. Morán C. Estrés, burnout y mobbing. Salamanca: Amarú; 2009.
3. Matteson MT, Ivancevich JM. Estrés y trabajo. Una perspectiva general. México: Trillas; 1985.
4. Maslach C, Schaufeli W, Leiter M. Job *burnout*. Annual Review of Psychology 2001;52:397-422.
5. Fidalgo M. Síndrome de estar quemado por el trabajo "*Burnout*" (I) Definición y proceso de generación. Nota Técnica de Prevención 704. Nota Técnica de Prevención. Madrid: Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo; 2006.
6. Maslach C, Jackson SE. The measurement of experienced burnout. Journal of Occupational Behaviour 1981;2:99-113.
7. Barrios R, Rosel E, Bravo M. Crisis económica y Odontología en España. Propuesta de soluciones por grupo nominal de dentistas. RCOE 2011;16:107-114.
8. Pinilla J. El futuro de la profesión de dentista en España: expectativas laborales de los nuevos egresados. Madrid: Ilustre Consejo General de Odontólogos y Estomatólogos de España; 2013.
9. Landis JR, Kock GG. The measurement of observer agreement for categorical data. Biometrics 1977;33:159-174.
10. Navarro V, Torres J, Garzón A. Hay alternativas. Propuestas para crear empleo y bienestar social en España. Madrid: Sequitur; 2011.
11. Ramonet I. Conclusiones. Cambiar el sistema. En: El Atlas Financiero de Le Monde Diplomatique. Madrid: Cybermonde; 2012; pp 190-191.
12. González A, Orsi R. La Economía a la intemperie. Barcelona: Deusto; 2015.
13. Encuesta de población activa (sitio en internet). Instituto Nacional de Estadística (INE). Disponible en:
http://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176918&menu=ultiDatos&idp=1254735976595. Acceso el 27 de noviembre 2015.
14. Encuesta de población activa (sitio en Internet). Instituto Nacional Estadística. Disponible en: <http://www.ine.es/jaxiT3/Datos.htm?t=4111>. Acceso el 27 de noviembre 2015.

15. Boletín Estadístico (sitio en internet). Banco de España. Disponible en: <http://www.bde.es/webbde/es/estadis/infoest/a1105.pdf>. Acceso el 27 de noviembre 2015.
16. Díaz-Cardiel J. Recuperación económica y grandes empresas Madrid: Ediciones Internacionales Universitarias; 2015.
17. Naredo J. La Cara oculta de la crisis. El fin del boom inmobiliario y sus consecuencias. Revista de Economía Crítica 2009;7:119-133.
18. Boletín estadístico (sitio en internet). Banco de España. Disponible en: <http://www.bde.es/webbde/es/estadis/infoest/bolest.html>. Acceso el 27 de noviembre 2015.
19. Naredo JM. La economía en evolución. 4ª ed. Madrid: Siglo XXI; 2015.
20. Naredo JM. Economía, poder y política Madrid: Díaz & Pons; 2015.
21. Georgescu-Roegen N. Ensayos Bioeconómicos Madrid: Los libros de la Catarata; 2007.
22. Piketty T. El capital en el siglo XXI Madrid: FCE; 2014.
23. Stiglitz JE. El precio de la desigualdad Madrid: Santillana ediciones generales; 2012.
24. Conill J, Castells M, Cárdenas A, Servon L. Más allá de la crisis: la aparición de prácticas económicas alternativas. En Castells M, Caraça J, Cardoso G. Después de la crisis. Madrid: Alianza; 2013; pp 288-294.
25. Krugman P. El retorno de la economía de la depresión y la crisis actual. 6ª ed. Barcelona: Crítica; 2009.
26. Krugman P. ¡Acabad ya con esta crisis! Barcelona: Crítica; 2012.
27. Piketty T. La economía de las desigualdades. Barcelona: Anagrama; 2015.
28. Sampedro JL. Economía humanista: algo más que cifras. 4ª ed. Barcelona: Debolsillo; 2013.
29. Díaz J. Recuperación económica y grandes empresas. Madrid: Ediciones Internacionales Universitarias; 2015.
30. Bravo M, Barrios R, San Martín L, Anaya RM. Crisis económica y odontología en España. En Castaño A, Ribas D. Odontología Preventiva y comunitaria. Sevilla: Fundación Odontología Social; 2012; pp 603-607.
31. Pinilla J. Futuro incierto de la profesión de dentista en España. Gaceta Sanitaria 2012;26:495-496.

32. Llodra JC, Bourgeois D. Estudio prospectivo delphi. La salud bucodental en España 2020. Tendencias y Objetivos de Salud Oral. Madrid: Fundación Dental Española; 2009.
33. Coscolín E, Llodra JC, Bravo M, Diz P, López JA, Seoane JM, et al. Libro Blanco. Encuesta poblacional: la salud bucodental en España. Barcelona: Lacer S.A.; 2010.
34. Pinilla J. Dominio de las aseguradoras en el mercado español de servicios de salud oral. Perjuicios para la competencia derivados de la comercialización de seguros que no realizan actividad aseguradora. Madrid: Fundación Dental Española; 2009.
35. Pinilla J, Petrova A. Nuevas formas de organización empresarial en el mercado español de servicios dentales. *Revista de Administración Sanitaria* 2008;6:339-356.
36. Los perfiles de la oferta de empleo. Odontólogos y Médicos estomatólogos (sitio en internet). Servicio Público de Empleo Estatal (SEPE). Disponible en: https://www.sepe.es/contenidos/observatorio/perfiles/pdf/Odontologos_Medicos_Estomatologos.pdf. Acceso el 5 septiembre 2015.
37. Ribas D, Castaño A. Odontología preventiva y comunitaria. La odontología social. Un deber, una necesidad, un reto. Sevilla: Fundación Odontología Social; 2012.
38. Bravo M, Casals E, Sánchez A. Salud pública dental. En Martínez MA, editor. *Conceptos de salud pública y estrategias preventivas*. Barcelona: Elsevier; 2013;pp 463-468.
39. Oriol A, Cuenca E. Sociedad y odontología. En Cuenca E, Baca P. *Odontología preventiva y comunitaria. Principios y métodos*. Barcelona: Elsevier; 2013; pp 276-277.
40. Gil-Monte PR. *Burnout syndrome: ¿Síndrome de quemarse por el trabajo, desgaste profesional, estrés laboral o enfermedad de Tomás?* *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones* 2003;2:181-197.
41. Fidalgo M. Síndrome de estar quemado por el trabajo "*Burnout*" (II): Consecuencias, evaluación y prevención. Nota Técnica de Prevención 705. Madrid: Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo; 2006.
42. Bresó S, Salanova M, Schaufeli W, Nogareda C. Síndrome de estar quemado por el trabajo "*Burnout*" (III) (sitio en internet). Centro nacional de condiciones en el trabajo. Disponible en: http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/FichasTecnicas/NTP/Ficheros/701a750/ntp_732.pdf. Acceso el 21 de septiembre 2015.

43. Gil-Monte PR, Moreno-Jiménez B. El síndrome de quemarse por el trabajo (*burnout*) Madrid: Pirámide; 2007.
44. Maslach C, Jackson SE, Leiter MP. Maslach *Burnout* Inventory. 2ª ed. Palo Alto CA: Consulting Psychologists Press; 1996.
45. Te Brake JH, Bouman AM, Gorter RC, Hoogstraten J, Eijkman MA. Using the Maslach *Burnout* Inventory among dentists: *burnout* measurement and trends. Community Dental Oral Epidemiology 2008;36:69-75.
46. Schaufeli WB, Leiter MP, Maslach C, Jackson SE. The MBI-General Survey. En Maslach C, Jackson SE, Leiter M, (coords.). Maslach *Burnout* Inventory. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press; 1996; pp 19-26.
47. Salanova M, Schaufeli WB, Llorens S, Peiro JM, Grau R. Desde el "*burnout*" al "*engagement*" ¿una nueva perspectiva? Revista de Psicología del Trabajo y las Organizaciones 2000;16:117-134.
48. Schaufeli WB, Salanova M, González-Romá V, Bakker WB. The measurement of *burnout* and engagement: A confirmative analytic approach. Journal of Happiness Studies 2002;3:71-92.
49. Varela-Centelles PI, Fontao LF, Martínez AN, Pita A, Valín MC. Desgaste profesional entre los odontólogos y estomatólogos del Servicio Gallego de Salud. Atención Primaria 2005;6:301-305.
50. Montero-Marín J, García-Campayo J. A newer and broader definition of *burnout*. Validation of the "Burnout Clinical Subtype Questionnaire (BCSQ-36)". BCM Public Health 2010;10:302.
51. Amigo I, Asensio E, Menéndez I, Redondo S, Ledesma JA. Working in direct contact with the public as a predictor of *burnout* in the banking sector. Psicothema 2014;26:222-226.
52. Kalliath T, O'driscoll MP, Guillespie DF, Bluedorn AC. A test of the Maslach *Burnout* Inventory in three samples of healthcare professionals. Work & Stress 2000;14:35-50.
53. Tejero R, González D, Delgado S. El *burnout* como forma de estrés laboral y su dimensión forense. Revista Cubana de Salud y Trabajo 2013;14:51-66.
54. Lista de enfermedades profesionales (revisada 2010) . Recomendación 194 (sitio en internet) Organización Internacional del Trabajo (OIT). Disponible en: http://www.ilo.org/dyn/normlex/en/f?p=NORMLEXPUB:12100:0:NO:P12100_ILO_CO

DE:R194. Acceso el 10 de agosto 2015.

55. Alemany A, Berini L, Gay C. The burnout syndrome and associated personality disturbances. *Medicina Oral Patología Oral y Cirugía Bucal* 2008;1:444-450.
56. Badran DH, Al-Ali MH, Duaibis RB, Amin WM. Burnout among clinical dental students at Jordanian universities. *Eastern Mediterranean Health Journal* 2010;16:434-437.
57. Kesner M. Burnout in dentistry: the cause and the cure (sitio en internet). *Dental economic*. Disponible en: <http://dentaleconomic.com>. Acceso el 7 de septiembre 2015.
58. Ahola K, Hakanen J. Job strain, burnout, and depressive symptoms: A prospective study among dentist. *Journal of Affective Disorders* 2007;104:103-110.
59. Lee SC, Oguinenko O, Sunderji S, Wong J, Zhao X, Versloot J, et al. Risk Factors for Burnout Among Dentists: An Evidence-Based Study of the literature. Toronto: University of Toronto, Faculty Of Dentistry; 2011.
60. Alpoz E, Güneri P, Sürgevil O, Cankaya H. Burnout Syndrome in a Dentistry Faculty: Effect of Sociodemographic and Academic Factors. *Hacettepe D Hekimliği Fakültesi Dergisi* 2008;32:18-28.
61. Divaris K, Polychronopoulou A, Taoufik K, Katsaros C, Eliades T. Stres and burnout in postgraduate dental education. *European Journal of Dental Education* 2012;16:35-42.
62. Gorter R, Storm MK, Te Brake JH, Kersten HW, Eijkman MA. Outcome of career expectancies and early professional burnout among newly qualified dentists. *International Dentist Journal* 2007;57:279-285.
63. Te Brake H, Smits N, Wicherts JM, Gorter RC, Hoogstraten J. Burnout development among dentists: a longitudinal study. *European Journal of Oral Sciences*. 2008 Diciembre;(116): p. 545-51.
64. Hakanen JJ, Schaufeli WB. Do burnout and work engagement predict depressive symptoms and life satisfaction? A three-wave seven-year prospective study. *Journal of Affective Disorders* 2012;10:415-24.
65. Gorter R, Freeman R. Burnout and engagement in relation with job demands and resources among dental staff in Northern Ireland. *Community Dental Oral Epidemiology* 2011; 39:87-95.
66. Vered Y, Zaken Y, Ovadia-Gonen H, Mann J, Zini A. Professional burnout: Its relevance and implications for the general dental community. *Quintessence International* 2014;45:87-90.

67. Pirillo M, Caracciolo S, Sciliani G. The orthodontist burnout. *Progress in Orthodontics* 2011;12:87-90.
68. Gorter RC, Eijkman MA. Career expectations and the type of dentist in the light of burnout. *Ned Tijdschr Tandheelkd* 2002;109:212-6.
69. Gorter RC. *Burnout* among dentists: a question of coping. *Ned Tijdschr Tandheelkd* 2001;108:458-61.
70. Hakanen JJ, Bakker AB, Demerouti E. How dentists cope with their job demands and stay engaged: the moderating role of job resources. *European Journal of Oral Sciences* 2005;113:479-87.
71. Ríos-Santos JV, Reyes-Torres M, López-Jiménez A, Morillo-Velázquez JM, Bullón P. Burnout and depression among Spanish periodontology practitioners. *Medicina Oral Patología Oral y Cirugía Bucal* 2010;15:E813-E819.
72. Peiro JM. Valoración de riesgos psicosociales y estrategias de prevención: el modelo "AMIGO" como base de la metodología "Prevenlab/Psicosocial". *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones* 1999;15:267-314.
73. Ortega C, López F. El burnout o síndrome de estar quemado en los profesionales sanitarios: revisión y perspectivas. *Journal of Clinical and Health Psychology* 2004;4:137-160.
74. Cabezas SB. El papel del dentista en el tratamiento del tabaquismo en España. Situación actual y perspectivas futuras (tesis doctoral). Oviedo. Universidad de Oviedo; 2014.
75. Almerich-Silla JM, Montiel-Company JM, Rivera-Vega MI. Informe técnico de la profesión odontológica en la provincia de Valencia. Valencia: Facultat de Medicina i Odontologia. Universitat de Valencia, Departament d'Estomatologia; 2014.
76. Spencer J. Longitudinal Study of Dentists' Practice Activity. *AIHW Dental Statistics and Reserach Unit the University of Adelaide* 1995;VI:1-4.
77. Moreno B, Garrosa E. *Salud Laboral. Riesgos laborales psicosociales y bienestar laboral* Madrid: Pirámide; 2013.
78. López M, Andrés R. *Ergonomía y psicociología aplicada*. Valencia: ISTAS; 2008.
79. García E, Gil J, Rodríguez G. *Análisis Factorial* . Madrid: La Muralla; 2000.
80. Chambel MJ, Oliveira-Cruz F. Breach of psychological contract and the development of burnout and engagement: A longitudinal study among soldiers on a peacekeeping

- mission. *Military Psychology* 2010;22:110-127.
81. Rodríguez-Veiga D. Síndrome de burnout en profesionales sanitarios: prevalencia y determinantes situacionales y cognitivos (trabajo fin de máster). La Coruña: Universidad de La Coruña; 2012.
 82. López Montesinos MJ. Consecuencias psicosociales del Trabajo en personal de enfermería como indicadores subjetivos de rendimiento desde el enfoque de la gestión de recursos humanos (tesis doctoral). Murcia: Universidad de Murcia; 2009.
 83. Gil-Monte PR, Peiro JM. Un estudio comparativo sobre criterios normativos y diferenciales para el diagnóstico del síndrome de quemarse por el trabajo (burnout) según el MBI-HSS en España. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones* 2000;16:135-149.
 84. Schaufeli WB, Dierendonck DV. The construct validity of two burnout measures. *Journal of Organizational Behavior* 1993;14:631-647.
 85. Durán Durán MA. El Síndrome de Burnout en organizaciones policiales: Una aproximación secuencial (tesis doctoral). Málaga: Universidad de Málaga; 2001.
 86. Morett N, Morante ME, Rodríguez A, Rodríguez-Carvajal R. El síndrome de burnout en los profesionales de emergencias. En Gil-Monte PR, Montero-Jiménez B. *El Síndrome de quemarse por el trabajo (Burnout)*. Madrid: Pirámide; 2007; pp 149-161.
 87. Pines AM. Burnout: An existential perspective. En Schaufeli WB, Maslach C, Marek T, (eds.). *Professional burnout: Recent developments in theory and research*. Londres: Taylor & Francis;1993; pp 33-51.
 88. Mingote JC, Moreno-Jiménez B, Gálvez Herrer M. Desgaste profesional y salud de los profesionales médicos: revisión y propuestas de prevención. *Medicina Clínica* 2004;123:265-270.
 89. Dewa CS, Loong D, Bonato S, Thanh NX, Jacobs P. How does burnout affect physician productivity? A systematic literature review. *BCM Health Services Reserach* 2014;14:325.
 90. Cortés JM. *Técnicas de prevención de riesgos laborales*. Madrid: Tébar; 2007.
 91. Seidler A, Thinschmidt M, Deckert S, Then F, Hegewald J, Nieuwenhuijsen K, et al. The role of psychosocial working conditions on burnout and its core componet emotional exhaustion - a systematic review. *Journal of Occupational Medicine and Toxicology* 2014; 9:10.

92. Soldberg IB, Tomasson K, Aasland O, Tyssen R. Cross-national comparison of job satisfaction in doctors during economic recession. *Occupational Medicine-Oxford*. 2014;64:595-600.
93. Rachiotis G, Kourousis C, Kamilaraki M, Symvoulakis EK, Dounias G, Hadjichristodoulou C. Medical Supplies Shortages and Burnout among Greek Health Care Workers during Economic Crisis: a Pilot Study. *International Journal of Medical Science* 2014;11:442-447.
94. Gil-Monte P. *Manual de psicología aplicada al trabajo y a la prevención de los riesgos laborales*. Madrid: Pirámide; 2014.
95. Shaufeli WB, Enzman D. *The burnout companion to study and practice. A critical analysis*. Londres: Taylor & Francis; 1998.

ANEXO I

Burn-Out

Encuesta dirigida a dentistas privados de España.

Cualquier profesional con una gran vocación y que desarrolla su trabajo centrado en el trato a los demás puede desarrollar Burn-Out (estar "quemado" en el trabajo).

Esta encuesta (de 5 minutos de duración) está diseñada para analizar los factores psicosociales de riesgo que pueden desencadenar este síndrome. Va dirigida sólo a dentistas con actividad privada en España y todas las preguntas están relacionadas con su actividad profesional como dentista privado.

Por supuesto, toda la información será tratada con confidencialidad.

Hay 29 preguntas en esta encuesta

Bienvenida

[] Esta encuesta está dirigida exclusivamente a dentistas. Por favor, responda a lo siguiente ¿trabaja usted como dentista privado? *

Por favor seleccione **sólo una** de las siguientes opciones:

- SI, trabajo como dentista privado
- Soy dentista, pero no trabajo como dentista privado
- No soy dentista

Información personal

Información relativa al encuestado, pero totalmente anónima.

[] Año de nacimiento *

Sólo conteste esta pregunta si se cumplen las siguientes condiciones:

La respuesta fue 'SI, trabajo como dentista privado' en la pregunta '1 [q00]' (Esta encuesta está dirigida exclusivamente a dentistas. Por favor, responda a lo siguiente ¿trabaja usted como dentista privado?)

Sólo se pueden introducir números en este campo.

Por favor, escriba su respuesta aquí:

[] Sexo *

Sólo conteste esta pregunta si se cumplen las siguientes condiciones:

La respuesta fue 'SI, trabajo como dentista privado' en la pregunta '1 [q00]' (Esta encuesta está dirigida exclusivamente a dentistas. Por favor, responda a lo siguiente ¿trabaja usted como dentista privado?)

Por favor seleccione **sólo una** de las siguientes opciones:

- Femenino
 Masculino

[] Número de miembros de su unidad familiar *

Sólo conteste esta pregunta si se cumplen las siguientes condiciones:

La respuesta fue 'SI, trabajo como dentista privado' en la pregunta '1 [q00]' (Esta encuesta está dirigida exclusivamente a dentistas. Por favor, responda a lo siguiente ¿trabaja usted como dentista privado?)

Sólo se pueden introducir números en este campo.

Por favor, escriba su respuesta aquí:

Práctica profesional

Preguntas relacionadas al desarrollo de su trabajo en el ámbito profesional.

[] ¿Cuántos años lleva de ejercicio profesional como dentista privado? *

Sólo conteste esta pregunta si se cumplen las siguientes condiciones:

La respuesta fue 'SI, trabajo como dentista privado' en la pregunta '1 [q00]' (Esta encuesta está dirigida exclusivamente a dentistas. Por favor, responda a lo siguiente ¿trabaja usted como dentista privado?)

Sólo se pueden introducir números en este campo.

Por favor, escriba su respuesta aquí:

[] ¿Cómo define su práctica profesional como dentista privado? *

Sólo conteste esta pregunta si se cumplen las siguientes condiciones:

La respuesta fue 'SI, trabajo como dentista privado' en la pregunta '1 [q00]' (Esta encuesta está dirigida exclusivamente a dentistas. Por favor, responda a lo siguiente ¿trabaja usted como dentista privado?)

Por favor seleccione **sólo una** de las siguientes opciones:

- Básicamente generalista, sin/con orientación especializada.
- Práctica especializada exclusiva.

[] En caso de práctica especializada exclusiva, indique cuál / les: *

Sólo conteste esta pregunta si se cumplen las siguientes condiciones:

La respuesta fue 'Práctica especializada exclusiva.' en la pregunta '6 [qb2]' (¿Cómo define su práctica profesional como dentista privado?)

Por favor, escriba su respuesta aquí:

[] ¿En cuántas clínicas privadas diferentes trabaja Vd.? *

Sólo conteste esta pregunta si se cumplen las siguientes condiciones:

La respuesta fue 'SI, trabajo como dentista privado' en la pregunta '1 [q00]' (Esta encuesta está dirigida exclusivamente a dentistas. Por favor, responda a lo siguiente ¿trabaja usted como dentista privado?)

Sólo se pueden introducir números en este campo.

Por favor, escriba su respuesta aquí:

[] ¿Bajo qué modalidad contractual trabaja Vd. como dentista privado? Si trabaja en más de una clínica, por favor, responda respecto a la clínica que más ingresos le reporte a Vd. *

Sólo conteste esta pregunta si se cumplen las siguientes condiciones:

La respuesta fue 'SI, trabajo como dentista privado' en la pregunta '1 [q00]' (Esta encuesta está dirigida exclusivamente a dentistas. Por favor, responda a lo siguiente ¿trabaja usted como dentista privado?)

Por favor seleccione **sólo una** de las siguientes opciones:

- Autónomo en clínica privada propia
- Autónomo a comisión en clínica/s ajena/s privada/s
- Contratado asalariado fijo+comisión en clínica privada

[] Responda a lo siguiente respecto a la clínica en la que Vd. trabaja. Si trabaja en más de una clínica, por favor, responda respecto a la clínica que más ingresos le reporte a Vd.

Sólo conteste esta pregunta si se cumplen las siguientes condiciones:

La respuesta fue 'SI, trabajo como dentista privado' en la pregunta '1 [q00]' (Esta encuesta está dirigida exclusivamente a dentistas. Por favor, responda a lo siguiente ¿trabaja usted como dentista privado?)

[] ¿En qué provincia está? *

Sólo conteste esta pregunta si se cumplen las siguientes condiciones:

La respuesta fue 'SI, trabajo como dentista privado' en la pregunta '1 [q00]' (Esta encuesta está dirigida exclusivamente a dentistas. Por favor, responda a lo siguiente ¿trabaja usted como dentista privado?)

Por favor, escriba su respuesta aquí:

[] ¿Con qué población cuenta aproximadamente la localidad donde se encuentra esa clínica? ***Sólo conteste esta pregunta si se cumplen las siguientes condiciones:**

La respuesta fue 'SI, trabajo como dentista privado' en la pregunta '1 [q00]' (Esta encuesta está dirigida exclusivamente a dentistas. Por favor, responda a lo siguiente ¿trabaja usted como dentista privado?)

Por favor seleccione **sólo una** de las siguientes opciones:

- < 20 mil
- 20 - 100 mil
- > 100 mil

[] ¿Cuántos sillones dentales tiene? ***Sólo conteste esta pregunta si se cumplen las siguientes condiciones:**

La respuesta fue 'SI, trabajo como dentista privado' en la pregunta '1 [q00]' (Esta encuesta está dirigida exclusivamente a dentistas. Por favor, responda a lo siguiente ¿trabaja usted como dentista privado?)

Sólo se pueden introducir números en este campo.

Por favor, escriba su respuesta aquí:

[] ¿Cuántas personas diferentes y de todas las categorías (incluyéndolo a Vd) trabajan? ***Sólo conteste esta pregunta si se cumplen las siguientes condiciones:**

La respuesta fue 'SI, trabajo como dentista privado' en la pregunta '1 [q00]' (Esta encuesta está dirigida exclusivamente a dentistas. Por favor, responda a lo siguiente ¿trabaja usted como dentista privado?)

Sólo se pueden introducir números en este campo.

Por favor, escriba su respuesta aquí:

[] ¿Cuenta su opinión en la toma de decisiones clínicas? ***Sólo conteste esta pregunta si se cumplen las siguientes condiciones:**

La respuesta fue 'SI, trabajo como dentista privado' en la pregunta '1 [q00]' (Esta encuesta está dirigida exclusivamente a dentistas. Por favor, responda a lo siguiente ¿trabaja usted como dentista privado?)

Por favor seleccione **sólo una** de las siguientes opciones:

- Poco / Casi nunca
- A veces
- Mucho / Siempre

[] ¿Cuenta su opinión en la toma de decisiones de gestión? *

Sólo conteste esta pregunta si se cumplen las siguientes condiciones:

La respuesta fue 'SI, trabajo como dentista privado' en la pregunta '1 [q00]' (Esta encuesta está dirigida exclusivamente a dentistas. Por favor, responda a lo siguiente ¿trabaja usted como dentista privado?)

Por favor seleccione **sólo una** de las siguientes opciones:

- Poco / Casi nunca
- A veces
- Mucho / Siempre

Cargas de trabajo

Preguntas relacionadas con las cargas de trabajo en su ámbito laboral

[] ¿Cuántas horas trabaja aproximadamente a la semana como dentista privado, considerando todas las clínicas en que trabaja? *

Sólo conteste esta pregunta si se cumplen las siguientes condiciones:

La respuesta fue 'Sí, trabajo como dentista privado' en la pregunta '1 [q00]' (Esta encuesta está dirigida exclusivamente a dentistas. Por favor, responda a lo siguiente ¿trabaja usted como dentista privado?)

Sólo se pueden introducir números en este campo.

Por favor, escriba su respuesta aquí:

[] ¿Cuántos pacientes atiende aproximadamente a la semana como dentista privado? *

Sólo conteste esta pregunta si se cumplen las siguientes condiciones:

La respuesta fue 'Sí, trabajo como dentista privado' en la pregunta '1 [q00]' (Esta encuesta está dirigida exclusivamente a dentistas. Por favor, responda a lo siguiente ¿trabaja usted como dentista privado?)

Sólo se pueden introducir números en este campo.

Por favor, escriba su respuesta aquí:

Economía

Preguntas relacionadas con la economía

[] De todos los ingresos de la unidad familiar, ¿qué porcentaje considera Vd. que representa su trabajo como dentista privado? *

Sólo conteste esta pregunta si se cumplen las siguientes condiciones:

La respuesta fue 'SI, trabajo como dentista privado' en la pregunta '1 [q00]' (Esta encuesta está dirigida exclusivamente a dentistas. Por favor, responda a lo siguiente ¿trabaja usted como dentista privado?)

Por favor seleccione **sólo una** de las siguientes opciones:

- < 25%
- 25-50%
- 50-75%
- > 75%

[]

¿Qué nivel de satisfacción tiene Vd. con sus ingresos como dentista privado? (Poner escala, de 0 a 10)

0 (nada satisfecho)... a 10 (plenamente satisfecho) *

Sólo conteste esta pregunta si se cumplen las siguientes condiciones:

La respuesta fue 'SI, trabajo como dentista privado' en la pregunta '1 [q00]' (Esta encuesta está dirigida exclusivamente a dentistas. Por favor, responda a lo siguiente ¿trabaja usted como dentista privado?)

Por favor, seleccione la respuesta apropiada para cada concepto:

- | | | | | | | | | | | | |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| Nivel de satisfacción | <input type="radio"/> |

[] Derivado de la crisis económica que vive el país, ¿Ha tenido Vd. que recortar gastos en su ámbito profesional como dentista privado? *

Sólo conteste esta pregunta si se cumplen las siguientes condiciones:

La respuesta fue 'SI, trabajo como dentista privado' en la pregunta '1 [q00]' (Esta encuesta está dirigida exclusivamente a dentistas. Por favor, responda a lo siguiente ¿trabaja usted como dentista privado?)

Por favor seleccione **sólo una** de las siguientes opciones:

- No
- Algo
- Bastante / Mucho

[] Derivado de la crisis económica que vive el país, ¿ha tenido Vd. que recortar gastos en su ámbito familiar / personal? ***Sólo conteste esta pregunta si se cumplen las siguientes condiciones:**

La respuesta fue 'SI, trabajo como dentista privado' en la pregunta '1 [q00]' (Esta encuesta está dirigida exclusivamente a dentistas. Por favor, responda a lo siguiente ¿trabaja usted como dentista privado?)

Por favor seleccione **sólo una** de las siguientes opciones:

- No
- Algo
- Bastante / Mucho

[] ¿Cómo cree que irá en los próximos 12 meses su nivel de ingresos como dentista privado? ***Sólo conteste esta pregunta si se cumplen las siguientes condiciones:**

La respuesta fue 'SI, trabajo como dentista privado' en la pregunta '1 [q00]' (Esta encuesta está dirigida exclusivamente a dentistas. Por favor, responda a lo siguiente ¿trabaja usted como dentista privado?)

Por favor seleccione **sólo una** de las siguientes opciones:

- Peor
- Igual
- Mejor

Burn-Out

Cuestionario Burn-Out

[] Respecto a conciliar la vida laboral y familiar, ¿le ocurre que hay momentos en que necesitaría estar simultáneamente en casa y en su trabajo? *

Sólo conteste esta pregunta si se cumplen las siguientes condiciones:

La respuesta fue 'Sí, trabajo como dentista privado' en la pregunta '1 [q00]' (Esta encuesta está dirigida exclusivamente a dentistas. Por favor, responda a lo siguiente ¿trabaja usted como dentista privado?)

Por favor seleccione **sólo una** de las siguientes opciones:

- Nunca / Casi nunca
- A veces
- Muy frecuentemente

[]

A continuación, por favor, responda a este cuestionario de 15 preguntas sobre burn-out (estar quemado en el trabajo). Debe utilizar la siguiente escala:

- **0 - Nunca / Ninguna vez**
- **1 - Casi nunca / Pocas veces al año**
- **2 - Algunas veces / Una vez al mes o menos**
- **3 - Regularmente / Pocas veces al mes**
- **4 - Bastantes veces / Una vez por semana**
- **5 - Casi siempre / Pocas veces por semana**
- **6 - Siempre / Todos los días**

*

Sólo conteste esta pregunta si se cumplen las siguientes condiciones:

La respuesta fue 'SI, trabajo como dentista privado' en la pregunta '1 [q00]' (Esta encuesta está dirigida exclusivamente a dentistas. Por favor, responda a lo siguiente ¿trabaja usted como dentista privado?)

Por favor, seleccione la respuesta apropiada para cada concepto:

	0	1	2	3	4	5	6
Estoy emocionalmente agotado por mi trabajo	<input type="radio"/>						
Estoy "consumido" al final de un día de trabajo	<input type="radio"/>						
Estoy cansado cuando me levanto por la mañana y tengo que afrontar otro día en mi puesto de trabajo	<input type="radio"/>						
Trabajar todo el día es una tensión para mí	<input type="radio"/>						
Puedo resolver de manera eficaz los problemas que surgen en mi trabajo	<input type="radio"/>						
Estoy quemado por el trabajo	<input type="radio"/>						
Contribuyo efectivamente a lo que hace mi organización	<input type="radio"/>						
He perdido interés por mi trabajo desde que empecé en este puesto	<input type="radio"/>						
He perdido entusiasmo por mi trabajo	<input type="radio"/>						
En mi opinión soy bueno en mi puesto	<input type="radio"/>						
Me estimula conseguir objetivos en mi trabajo	<input type="radio"/>						
He conseguido muchas cosas valiosas en este puesto	<input type="radio"/>						
Me he vuelto más	<input type="radio"/>						

20/9/2015

Encuestas - Burn-Out

cínico respecto a la utilidad de mi trabajo	<input type="radio"/>						
Dudo de la trascendencia y valor de mi trabajo	<input type="radio"/>						
En mi trabajo tengo la seguridad de que soy eficaz en la finalización de las cosas	<input type="radio"/>						

Despedida

¡Ya casi hemos terminado!

[] Este estudio está orientado únicamente a profesionales que ejercen como dentistas privados. Al no ser su caso, no tiene por qué realizar la encuesta.

Sólo conteste esta pregunta si se cumplen las siguientes condiciones:

La respuesta fue 'No soy dentista' en la pregunta '1 [q00]' (Esta encuesta está dirigida exclusivamente a dentistas. Por favor, responda a lo siguiente ¿trabaja usted como dentista privado?)

[] De forma totalmente voluntaria, si lo desea, puede indicarnos su dirección de correo electrónico donde estaremos encantados de enviarle los resultados del estudio.

Por favor, escriba su respuesta aquí:

[] ¿Quiere dejarnos algún comentario respecto al estudio?

Por favor, escriba su respuesta aquí:

[] Por favor, no olvide pulsar el botón "Enviar" para que nos lleguen sus respuestas, sea usted dentista privado o no.

20/9/2015

Encuestas - Burn-Out

Muchísimas gracias por su colaboración que es esencial para la validez del estudio.

Enviar su encuesta.
Gracias por completar esta encuesta.

ANEXO II

El Comité Central de Ética del Consejo General de Dentistas de España

Informa:

Que el proyecto de Investigación, cuyos datos figuran más abajo, y que fue presentado el 14-diciembre-2014 por D. Manuel Bravo Pérez, como investigador responsable, catedrático de la Universidad de Granada, fue informado favorablemente el 25 de enero de 2015, por cumplir con los requisitos de investigación de la Declaración de Helsinki y sus actualizaciones. En esencia se realiza un cuestionario on-line sobre burn-out dirigido a dentistas colegiados de España.

Proyecto presentado

Título: EL SÍNDROME DE BURNOUT EN LOS DENTISTAS EN ESPAÑA

Investigador principal: Manuel Bravo Pérez. Catedrático de Universidad. Departamento de Estomatología. Universidad de Granada.

Otros Investigadores: Javier Montero Martín (Universidad de Salamanca), Rosa Anaya Aguilar (Universidad de Málaga), Rocío Barrios Rodríguez (Universidad de Granada) y Carmen Anaya Aguilar (Universidad de Salamanca, alumna de doctorado).

Lo que firmo en Madrid, y para que conste donde proceda.

Fdo. Dr. Carlos Cañada Peña
Presidente del Comité Central de Ética del Consejo General de Dentistas de España.



P.D. Resumen del Proyecto presentado.

Proyecto: EL SÍNDROME DE BURNOUT EN LOS DENTISTAS EN ESPAÑA

Investigador principal: Manuel Bravo Pérez. Catedrático de Universidad. Departamento de Estomatología. Universidad de Granada.

Otros Investigadores: Javier Montero Martín (Universidad de Salamanca), Rosa Anaya Aguilar (Universidad de Málaga), Rocío Barrios Rodríguez (Universidad de Granada) y Carmen Anaya Aguilar (Universidad de Salamanca, alumna de doctorado).

Objetivo: Analizar los factores socioprofesionales de riesgo que pueden desencadenar el síndrome de burnout en los dentistas con actividad privada en España.

Metodología: Se diseña profesionalmente un cuestionario web de respuestas a un cuestionario con preguntas socioprofesionales y de burn-out (el MBI-GS) que se envía a una base de datos de 6500 emails de dentistas españoles. El listado de emails ha sido facilitado por el Consejo General de Dentistas de España. Las respuestas son totalmente anónimas (inidentificables) y voluntarias. El marco muestral es toda España.

Temporalización: Envío de los cuestionarios entre mayo-junio de 2015. Posterior análisis, discusión y elaboración del informe final.



C/ Alcalá, 79 2º Madrid - 28009 T + 34 91 426 44 10 F + 34 91 577 06 39
www.consejodentistas.es

