

Burnout y Osteopatía en Catalunya

Autor: Raül Castillo Acosta

Escola d'Osteopatia de Barcelona 31 / 1 / 2013

Tutor: Pere Masjuan Queralt

AGRADECIMIENTOS:

- A Pere Masjuan Queralt, sin su ayuda, consejos y seguimiento este trabajo no hubiera sido posible.
- A Lluís Costa, por su inestimable ayuda con la estadística.
- A Anna Casanovas, Myriam Ramírez i Josep Bassa por su presteza en echarme una mano con cuestiones técnicas.
- A Jordi Cid, Juan Carlos Díaz y Eva Veloso y por su amistad, presencia real y palabras de ánimo en momentos difíciles.

RESUMEN:

Desde 1974, año en que fue descrito el síndrome de *burnout*, se han realizado numerosos estudios al respecto, pero existe un gran vacío de conocimiento acerca de este síndrome en el colectivo de osteópatas españoles.

En este trabajo se ha realizado un estudio descriptivo observacional transversal en el que se le ha enviado un test vía e-mail a los 167 osteópatas registrados en el Registro de Osteópatas de España (ROE) y que trabajan en *Catalunya*. El test constaba de dos partes; la primera eran preguntas socio-demográficas y laborales así como técnicas osteopáticas más practicadas, y la segunda era el test validado Maslach Burnout Inventory (MBI) para medir el síndrome de burnout. Entre los tests contestados (n=86) se ha analizado la prevalencia del síndrome y han buscado las correlaciones entre las dos partes del test. Después de ello se concluye que la mayoría de población en estudio no presenta síndrome o lo hace de forma moderada, siendo más presente en hombres que en mujeres. También se ha constatado que algunas variables socio-demográficas y laborales tienen una influencia leve o moderada en los resultados del MBI, pero no afectan de forma determinante en el nivel de *burnout* de los encuestados.

Palabras clave: síndrome, burnout, osteopatía, catalunya, españa

ABSTRACT:

Since 1974, year in which the *burnout* syndrome was described, numerous studies on that subject have been done, even though the Spanish osteopathic collective seem to present a lack of information around it.

In this work a descriptive observational transversal study has been done where a test was send via e-mail to the 167 registered osteopaths of the Spanish Register of Osteopaths (ROE) who live in *Catalunya*. Such test comprised 2 parts; the first were socio-demographical and relating to work questions, as well as which are the more practiced kind of techniques, and the second part was the validated test Maslach Burnout Inventory (MBI) to measure the burnout syndrome. Between the answered tests (n=86) the prevalence of the syndrome was analyzed and correlations between both parts of the test were sought. Afterwards conclusion was drawn that the most of the studied osteopaths doesn't present the syndrome or have moderately syntoms with a higher prevalence between men than women. As well, it has been seen that some of the socio-demographical and relating to work features have a mild to moderate influence in the results of the MBI, but are not determinant to the *burnout* level between the survey respondent.

Key word: Burnout, Syndrome, Osteopathy, Cataluña, Spain.

INDICE GENERAL:

Contenidos:

Página de título	I
Agradecimientos	II
Resumen	III
Abstract	IV

Introducción	1
Material y método	6
Planificación de la investigación	18
Resultados	20
Discusión	34
Conclusiones	48
Bibliografía	50

Lista de tablas:

Tabla 1: Baremo de puntuación del test de <i>burnout</i>	12
Tabla 2: Resultados del test MBI por subescalas (%)	20
Tabla 3: Resultados subescala de Agotamiento Emocional (%)	21
Tabla 4: Resultados subescala de Despersonalización (%)	22
Tabla 5: Resultados subescala de Realización Personal (%)	23
Tabla 6: Resultados estudio Serrano Gisbert <i>et al</i> (2008) con Fisioterapeutas españoles	24
Tabla 7: Resultados Tesina Webbe Rick (1999) con	

Osteópatas británicos	25
Tabla 8: Individuos con nivel de <i>burnout</i> medio o alto en alguna subescala	26
Tabla 9: Individuos con nivel de <i>burnout</i> alto en alguna subescala	27
Tabla 10: Niveles de <i>burnout</i> según el género	29
Tabla 11: Tanto por ciento de hombres y de mujeres que presentan nivel medio o alto de burnout	30

Lista de Histogramas:

Histograma 1: Agotamiento Emocional categorizado	21
Histograma 2: Despersonalización categorizada	22
Histograma 3: Realización Personal categorizada	23
Histograma 4: Nivel medio o alto de <i>burnout</i> en alguna subescala	26
Histograma 5: Nivel alto de <i>burnout</i> en alguna subescala	27

LISTA DE ABREVIACIONES:

ROE: Registro de Osteópatas de España

MBI: Maslach Burnout Inventory

P1-P14: Preguntas socio-demográficas y laborales (primera parte del test)

AE: Agotamiento Emocional

DP: Despersonalización

RP: Realización Personal

DO: Diploma en Osteopatía

Dt: Desviación típica

INTRODUCCIÓN:

El psicoanalista alemán residente en Nueva York Herbert Freudenberger (1927-1999) es la primera persona a quien se le atribuye, en 1974, el uso de la palabra *burnout* para referirse al agotamiento emocional que se da en profesionales cuyo trabajo se caracteriza por las relaciones de ayuda¹.

Freudenberger, que trabajaba en un proyecto con toxicómanos, observó que al cabo de un año de empezar el proyecto la mayoría de profesionales que trabajaban en él empezaban a acusar una gradual pérdida de energía, fenómeno que describió como “un estado de fatiga o frustración que aparece como resultado de la dedicación a una causa, forma de vida o relación que no produce las recompensas esperadas”¹.

Él mismo observó que estos profesionales de la salud se volvían menos sensibles y comprensivos, hasta incluso agresivos en la relación con los pacientes y con tendencia a culparlos a ellos de los problemas que los propios profesionales tenían. Y describía el síndrome como “una sensación de fracaso, de agotamiento existencial, como resultado de una sobrecarga en las exigencias de energía, de recursos personales o de fuerza espiritual”¹. Uno de los puntos que enfatizaba Freudenberger acerca de este síndrome es que no se trata de un mero cansancio físico por exceso de trabajo que pueda curarse tomando unas vacaciones, sino que es una especie de “erosión del espíritu”, que implica una pérdida de la fe en la empresa de ayudar a otros². Freudenberger nombró este fenómeno como síndrome de *burnout*.

En 1980 Cherniss, C. J. demostró que el *burnout* tiene una presencia continua y fluctuante en el tiempo, y también apuntaba como causa principal el estrés laboral³.

Pines, A., Aarons, E. y Kafry, D., en 1981 propusieron una visión más amplia del burnout, no restringida a profesiones de ayuda, describiéndolo como “un estado de agotamiento mental, físico y emocional provocado por involucrarse de forma crónica a un trabajo con situaciones emocionalmente demandantes”⁴.

La siguiente aportación a tener en cuenta, y quizá la más relevante desde el 1980 hasta el día de hoy, comprende los trabajos realizados por Maslach, C. y Jackson, S. E., de la Universidad de California, titulados “The measurement of experienced burnout” (1981)⁵ y “Maslach Burnout Inventory” (1986)⁶. En estos estudios, además de ayudar a definir el síndrome de *burnout*, crearon y validaron un test para medir su frecuencia e intensidad, el *Maslach Burnout Inventory (MBI)*. Dicho test es la

herramienta para el estudio del síndrome utilizada en todos los estudios descriptivos publicados sobre el tema hasta la fecha.

Desde Maslach, C. y Jackson, S.E., se han realizado más de 1500 publicaciones sobre el síndrome de *burnout* en un gran número de profesiones, para describir la prevalencia del síndrome así como para intentar dilucidar cuáles son las causas que lo provocan y sus factores asociados. Estos estudios han abarcado la mayoría de profesiones en las que se establecen relaciones de ayuda. Ejemplos de ellos son los estudios de Gil-Monte, P.R., Peiró, J.M. y Varcárcel, P. en 1993⁷, y 1997⁸ y los trabajos realizados por Gil-Monte, P.R. en 2002⁹, 2005¹⁰ y 2008¹¹, todos ellos relevantes en el campo de la enfermería.

El primer estudio de *burnout* en fisioterapeutas fue realizado por Wolf, G.A. en 1981. Su estudio es un trabajo interpretativo del síndrome, de sus antecedentes, sus manifestaciones y mecanismos de afrontamiento¹². Después de él se han hecho numerosos estudios descriptivos transversales en fisioterapeutas. Shuster *et al* (1984), con una muestra de 160 fisioterapeutas, llega a las conclusiones de que un déficit de preparación profesional en el fisioterapeuta es una de las causas potenciales de burnout¹³. También en el mismo estudio se concluye que aspectos de naturaleza personal y organizativa (tales como la falta de comunicación y confianza entre compañeros y superiores, la baja autoestima, el exceso de demandas y alteraciones de organización) son elementos que de forma significativa preceden a síntomas de burnout en este colectivo. Este estudio también señala que en el colectivo de fisioterapeutas hay una mayor presencia de *burnout* entre los profesionales que tienen más de cinco años de experiencia¹³.

Deckard y Present (1989), a partir de una muestra de 187 fisioterapeutas concluye que la percepción inadecuada del tiempo, personal y recursos junto con la recepción de demandas incompatibles son factores que predicen de la aparición del síndrome¹⁴.

Donohe *et al* (1993), en su estudio con 129 fisioterapeutas, afirma que “la comunicación y conexión con los compañeros de trabajo, el éxito profesional y la presión del tiempo son factores asociados con un nivel moderado de burnout en fisioterapeutas”¹⁵.

El último estudio de burnout en fisioterapeutas consultado, realizado por Serrano Gisbert, M.F., Garcés de los Fayos, E.J e Hidalgo Montesinos, M.D. (2008), se muestra como especialmente relevante por varios motivos: porque su muestra es más amplia

(261 cuestionarios contestados), porque es el más reciente y porque el colectivo es más cercano al del presente estudio (fisioterapeutas de la comunidad valenciana y murciana). Este trabajo se realizó comparando los resultados del test MBI con las respuestas de otro cuestionario que incluía datos socio-demográficos. Se obtuvo como resultado que el 4% de los encuestados presentaba un burnout severo, y del estudio de estos sujetos se extrajeron las conclusiones de que el *burnout* extremo se da con mayor tendencia en fisioterapeutas en edades laborales iniciales (de 21 a 35 años de edad) y finales (de los 46 a los 62) y sin diferencias entre el ámbito laboral público o privado¹⁶.

El único estudio disponible sobre el *burnout* en osteópatas es la tesina de Webbe Rick (1999) de la British School of Osteopathy,. En su estudio pasó el test MBI junto con un test de datos socio-demográficos y laborales a una muestra de 168 osteópatas británicos. A partir de ahí describió la presencia de *burnout* en los osteópatas de dicho país y analizó las relaciones entre las puntuaciones del MBI y los datos preguntados y en el segundo test. Sus conclusiones fueron que la prevalencia de burnout era inferior en osteópatas que en otras profesiones sanitarias en el Reino Unido, y que ninguna de las variables preguntadas en el segundo test tenía una relación estadísticamente significativa con los resultados del test de *burnout*. Este segundo test contenía preguntas demográficas relacionadas con la carga laboral y la formación continuada¹⁷.

En toda la bibliografía consultada no se ha encontrado ningún estudio que describa la presencia del síndrome de burnout en osteópatas españoles. Tampoco existe ningún estudio sobre el tema en la comunidad osteopática en el que se analicen posibles relaciones entre los resultados del MBI y el ambiente laboral, ni acerca del contacto con colegas de profesión (elementos que se han visto indicadores de burnout en fisioterapeutas). Tampoco se ha estudiado si hay algún tipo de técnica o abordaje osteopático que pueda ayudar o perjudicar al bienestar de los osteópatas en su puesto de trabajo. Este trabajo pretende aportar respuestas a este vacío de conocimiento.

El presente trabajo es un estudio descriptivo observacional transversal en el que se ha enviado un test vía e-mail, a los 167 osteópatas que están registrados en el Registro de Osteópatas de España a día 1 de marzo del 2012 y que trabajan en Catalunya. El test enviado consta de dos partes: la primera es un conjunto de 14 preguntas de datos socio-demográficos y laborales, en los que se ha preguntado acerca de las mismas temáticas que Webbe Rick; género, edad, preguntas acerca de la carga laboral y de formación continuada¹⁷. Pero además, en este trabajo se han incluido

preguntas acerca del ambiente laboral, del tipo de lugar donde trabajan, de la compañía profesional en sus consultas, de la frecuencia de contacto con otros osteópatas y acerca del tipo de técnicas y abordajes osteopáticos que realizan diariamente. Cabe destacar que éste es el primer estudio realizado sobre el *burnout* en osteópatas que incluye preguntas acerca de estas últimas temáticas nombradas; la segunda parte del test enviado es el test Maslach Burnout Inventory (MBI)¹⁸. Este test mide la frecuencia y la intensidad del síndrome de *burnout*. Maslach, C. y Jackson S.E. definieron el síndrome como una suma de tres factores: Agotamiento Emocional (AE), Despersonalización (DP), y Realización Personal (RP), estableciendo así tres subescalas de medición del síndrome. AE se refiere al cansancio o fatiga emocional por parte del profesional, DP se refiere a la pérdida de interés por parte del profesional acerca de la mejoría o no del paciente, después de su intervención y RP se refiere al grado de sensación de Realización Personal del individuo en su lugar de trabajo. El test MBI consta de 22 ítems. Cada ítem hace referencia a uno de los tres factores citados y cada opción de respuesta posible en cada ítem aporta una puntuación a la subescala a la cual pertenece. Finalmente se sumarán por separado las puntuaciones de los ítems que corresponden a cada una de las subescalas, para obtener una puntuación final del burnout en cada una de sus tres manifestaciones (o subescalas) por separado. En ningún caso se mezclarán los resultados de una subescala con otra, de tal forma que un individuo puede presentar un nivel alto de burnout en una subescala, y a la vez puede presentar nivel bajo en otra.

El test, conformado por las dos partes descritas, se ha enviado a los osteópatas registrados en el ROE que trabajan en Catalunya vía e-mail, a través del programa *Google Docs*, que asegura la privacidad y el anonimato de las respuestas. Una vez acabado el período de recepción de respuestas, se ha constatado que han sido 86 los tests contestados. Esta cifra es la muestra (*n*) de este estudio. A partir de aquí se ha procedido al análisis estadístico de las respuestas con el fin de materializar los objetivos de este trabajo.

Los objetivos de este estudio son dos: el primero es cuantificar la prevalencia del síndrome de burnout en el colectivo de osteópatas que trabajan en Catalunya: el segundo es determinar si existen relaciones estadísticamente significativas entre las características socio-demográficas y laborales de los individuos encuestados y las puntuaciones obtenidas en el test MBI.

Comparando los propósitos de este trabajo con la bibliografía existente parece claro que el presente manuscrito puede realizar una aportación novedosa y útil para la comunidad osteopática en general y especialmente a los osteópatas que trabajan en Catalunya.

MATERIAL Y MÉTODO:

Este trabajo de investigación tiene dos objetivos: el primero es cuantificar la prevalencia del síndrome de *burnout* entre los osteópatas que trabajan en Catalunya, y el segundo es determinar si existen relaciones estadísticamente significativas entre este síndrome y las características socio-demográficas y laborales de los individuos encuestados.

Cabe resaltar que éste es el primer estudio sobre el tema en el que se incluyen, dentro de los datos laborales, preguntas acerca del tipo de técnicas osteopáticas que realizan los encuestados y sobre el enfoque osteopático que practican.

Para poder materializar dichos objetivos, han sido utilizados los siguientes materiales y métodos:

Test:

El test utilizado (Anexo 1) consta de 2 partes, una primera parte sobre las características socio-demográficas y laborales de los encuestados, y la segunda parte sobre el test de *burnout* (MBI) versión española validada.

Datos socio-demográficos y laborales:

Ésta primera parte del test ha constado de 14 preguntas, y ha sido diseñada específicamente para la ocasión con la intención de extraer información social y laboral de los encuestados. En estudios anteriores con otros profesionales sanitarios se ha visto que estos factores tienen una relación significativa respecto al síndrome de *burnout*.

Tal y como afirma Pedret Yerba. R, y su equipo en el material de estudio de la Universitat Oberta de Catalunya (UOC) acerca de técnicas cuantitativas para la obtención de información; a veces es necesario plantear diversas preguntas para dar respuesta a una única necesidad de información ¹⁹. Así pues, según su motivación, podemos dividir las preguntas en 4 subgrupos (Anexo 1).

1ª Datos demográficos:

- **Pregunta 1 (P1)¹: Género.**
- **P2: Edad.**

Aunque en estudios similares al presente no hay influencia significativa entre *burnout* y género o edad (Serrano Gisbert.M.F en 2008 entre fisioterapeutas españoles ¹⁶ y Webbe Rick en 1999 entre osteópatas ingleses¹⁷) éstas variables han sido incluidas como datos demográficos de interés en una encuesta ¹⁹.

2ª Datos relacionados con la experiencia profesional y la carga laboral:

- **P3: Años que hace que trabajas como osteópata.**

Pregunta de interés, dado que Shuster *et al*, en su estudio entre fisioterapeutas en 1984 señala que los síntomas de *burnout* que aparecen en dicha profesión se dan a partir de una antigüedad laboral de mas de 5 años¹³. En su tesina, Webbe Rick también hace esta pregunta y no encuentra relación significativa con el *burnout*¹⁷.

Las preguntas 4, 5, 6, y 7 son preguntas destinadas a definir la carga laboral del encuestado:

- **P4: Número de visitas que realizas a la semana (de media).**
- **P5: Cantidad de tiempo que sueles dedicar a cada visita (en minutos).**
- **P6: Número de días que trabajas a la semana.**
- **P7: Número de semanas de vacaciones (o de baja laboral de cualquier tipo) que has tenido los últimos 12 meses.**

Son numerosos los estudios que relacionan la sobrecarga laboral como un precursor importante del síndrome estudiado; Wolfe (1981)¹², Deckard y Present (1989)¹⁴, Serrano Gisbert.M.F (2008) ¹⁶, todos ellos realizados entre fisioterapeutas. Es significativo el estudio realizado por Gil Monte, R.; García-Jueas. J.A (2008) en el colectivo de enfermería. En dicho estudio vieron influencia estadísticamente significativa entre sobrecarga laboral y Agotamiento Emocional (AE)¹¹, uno de los tres factores de *burnout* que serán descritos en las siguientes páginas.

¹ En lo siguiente, referimos a las preguntas del test como **P** acompañada de número que indica el número de pregunta correspondiente del test (Anexo 1).

En el trabajo de Webbe Rick en 1999, entre 168 osteópatas británicos, no se evidencia ninguna influencia significativa entre las preguntas laborales y ninguno de los 3 componentes de *burnout*¹⁷.

3ª Datos relacionados con el lugar de trabajo, la relación con otros profesionales y la formación continuada:

- **P8: Respecto al lugar donde trabajas como osteópata** (destinada a saber si el encuestado trabaja siempre en el mismo lugar o en diferentes consultas)
- **P9: Respecto a la presencia de más profesionales de la salud en tu lugar de trabajo:** (formulada para saber si el encuestado trabaja sólo o coincide con otros profesionales de la salud)

Estas dos preguntas pretenden identificar aspectos significativos del ambiente laboral del osteópata. Donohe *et al*, (1993) en su estudio en fisioterapeutas determina que la comunicación y la conexión con la gente en el puesto de trabajo es uno de los factores asociados con el nivel de *burnout* en este colectivo ¹⁵. Boada *et al* (2004) analiza la sintomatología psicosomática como consecuencia del clima y las cuestiones organizacionales del ambiente laboral²⁰.

- **P10: Frecuencia con la que hablas o compartes con otros osteópatas, acerca de la osteopatía o de tu práctica laboral. T**

Tiene su motivación en el estudio de Donohe *et al* (1993) nombrado en el párrafo anterior, ya que un osteópata puede compartir consulta con otros osteópatas pero no tener comunicación con ellos.

- **P11: Número de seminarios de formación a los que has asistido los últimos 12 meses.**

Tiene su fundamento en varios estudios: de Shuster *et al* (1984), que señala que la preparación profesional del fisioterapeuta como una de las causas potenciales de *burnout* en este colectivo¹³. Así mismo, Gil Monte, R. *et al* (2008), en su estudio hecho en el colectivo de enfermería, concluye que la *autoeficiencia* (“conjunto de creencias sobre las propias capacidades para organizar y ejecutar los cursos de acción requeridos, que producirán determinados logros o resultados”) influye significativamente en los resultados del test de *burnout* en su tercer ítem: Realización Personal.

4ª Datos relacionados con el tipo de procedimientos osteopáticos y la frecuencia con la que el encuestado los realiza.

Éste constituye el primer estudio en el que se ha pretendido ver si hay alguna relación estadística significativa entre algún tipo de procedimiento osteopático y los resultados de *burnout*. Para ello se han realizado tres preguntas:

- **P12: Procedimientos que usas a diario.**

A continuación el encuestado encontraba una lista de los 13 tipos de procedimientos más usados en la práctica osteopática, seguidos de una casilla de “otros”, y debía marcar tantas casillas como se adecuasen a su realidad laboral. Esta pregunta puede desvelar una relación directa entre una técnica y los resultados del test de *burnout*.

- **P13: Procedimientos que, aunque no usas a diario, si sueles usar en el transcurso de la semana o varias veces al mes.**

Ésta pregunta ha sido puesta para complementar la información extraída en P12, dado que nos ayuda a concluir con qué frecuencia realiza el encuestado cada abordaje osteopático.

- **P14: Enfoque que más uso.**

En esta cuestión se daba a elegir entre tres opciones: Enfoque maximalista, minimalista o mixto. Así nos asegurábamos de abarcar todas las posibilidades.

Las 14 preguntas de la primera parte del test han sido elaboradas siguiendo los criterios de claridad en la formulación que propone Pedret Yerba.R, en su material didáctico de la UOC¹⁹, entre ellos, se han usado pequeñas explicaciones después de cada pregunta, para que en el tipo de respuesta requerida y las opciones de la misma no hubiera lugar a confusión.

Test de Burnout (MBI) Versión española validada (20):

Esta segunda parte del test se centra en el estudio sistemático del síndrome de *burnout* en sus tres ítems. Para evaluar dicho síndrome en los encuestados, ha sido utilizado el test *Maslach Burnout Inventory* (MBI), versión española validada por la Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria¹⁸, (Anexo 1).

En la bibliografía consultada se muestra cierta disparidad de matices y modificaciones que los diferentes autores han aplicado al test MBI, Gil-Monte.P.R i Moreno-Jiménez.B (Coord) (2007), en su libro de *burnout* en diferentes profesiones²² aplican modificaciones en las escalas de medición diferentes a las de Serrano Gisbert M.F (2008), en su estudio con fisioterapeutas españoles¹⁶, y éstas a su vez son diferentes a las que aplica Webbe Rick (1999) en su estudio con osteópatas británicos¹⁷.

Dada esta disparidad y teniendo en cuenta que el marco de referencia son los osteópatas españoles, se ha optado por usar la versión española validada por la Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria¹⁸, las diferencias nombradas hacen difícil una comparación unívoca de los resultados de esta tesina con respecto a los resultados de los trabajos anteriores. Pero dado que los estudios citados han sido hechos en profesiones con una actividad, ambiente y ritmo laboral diferentes y el único hecho con osteópatas se refiere a otro país en el que la osteopatía posee otro status (y con trece años de diferencia respecto al presente estudio) las comparaciones unívocas con los resultados del resto de estudios no son significativas de igual modo. Por otro lado, usando éste criterio válido en España, se pretende sentar la base para futuros estudios sobre el tema en osteópatas de este país.

El test *MBI* mide la frecuencia e intensidad del síndrome de *burnout*. Consta de 22 ítems que miden a su vez, los tres factores o dimensiones que conforman el síndrome¹⁸, (Ver tabla 1):

- **Agotamiento Emocional (AE):** conformado por los ítems 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16 y 20. Su puntuación es directamente proporcional a la intensidad del síndrome; es decir, a mayor puntuación en esta subescala mayor es el nivel de *burnout* experimentado por el sujeto.

- **Despersonalización (DP):** Constituida por los ítems 5, 10, 11, 15 y 22. Su puntuación también guarda proporción directa con la intensidad del *burnout*.

- **Realización personal (RP):** La conforman los ítems 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19 y 21. En este caso la puntuación es inversamente proporcional al grado de *burnout*; es decir, a menor puntuación en esta escala, mayor es el *burnout* del sujeto.

Para evaluar las 3 subescalas del MBI se emplea un sistema de respuestas que puntúa la frecuencia con que el sujeto experimenta los sentimientos enunciados en cada ítem. El sistema utiliza el tipo de puntuación de Likert, con siete niveles, en los que el encuestado solo puede marcar una casilla:

0. Nunca.
1. Pocas veces al año.
2. Una vez al mes o menos.
3. Pocas veces al mes.
4. Una vez a la semana.
5. Varias veces a la semana.
6. Diariamente.

El número escrito anteriormente en cada opción marca el número de puntos que suma la respuesta de éste ítem en la subescala de *burnout* a la que pertenece la pregunta.

De este modo, sumando por separado las puntuaciones de las preguntas que pertenecen a cada subescala de *burnout*, se obtiene la puntuación que el sujeto tiene en cada subescala. En ningún caso se mezclarán los resultados de las diferentes subescalas. A modo de ejemplo; un individuo puede presentar burnout alto en una de las tres subescalas, y niveles bajos en las otras dos.

La relación entre puntuación y grado de burnout es dimensional. No existe un punto de corte que indique si existe tal entidad. La Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN) propone distribuir los rangos de las puntuaciones totales de cada subescala en tres tramos que definen el nivel de burnout según sea **Bajo, medio o alto**:

Tabla 1: Rangos de puntuación test MBI

	Nivel Bajo	Nivel Medio	Nivel Alto
Agotamiento Emocional	< 18	19-26	>27
Despersonalización	< 5	6-9	>10
Realización Personal	>40	34-39	<33

Población y muestra:

La población objetivo de este estudio es el conjunto de osteópatas que ejercen dicha profesión en *Catalunya*, y que tienen una formación de acuerdo con los criterios del Registro de Osteópatas de España (ROE).

Dado que en la actualidad no existe ningún otro censo de osteópatas con dicho nivel de formación activo en *Catalunya*, el criterio de exclusión para obtener la muestra ha sido: osteópatas que son miembros del ROE y trabajan en dicha comunidad.

Para obtener los contactos de los 167 osteópatas que trabajaban en Catalunya y pertenecían al ROE a fecha de 1 de marzo del 2012, se ha usado la página web de dicho registro²¹.

En esta página web se han obtenido directamente los e-mails de 109 individuos y los teléfonos de contacto de los 58 restantes, a los cuales se les ha pedido el correo electrónico vía telefónica (sin desvelar en ningún caso el tema de este estudio).

Al finalizar el plazo para responder la encuesta, un total de 86 individuos han respondido y enviado los tests satisfactoriamente. Así pues, la muestra de éste estudio es de $n=86$.

Elaboración y envío del test:

El test ha sido escrito y enviado a través del software *Google Docs*. Este programa asegura el total anonimato de las respuestas y el desconocimiento por parte del autor del estudio sobre las identidades de las personas que han contestado.

El Formulario ha sido enviado a través de un *Link* adjunto en un email informativo que ha sido enviado a la población descrita anteriormente (167 osteópatas registrados en el ROE que trabajan en Catalunya).

En dicho e-mail se ha informado del presente estudio y se ha explicado quien es el autor y la naturaleza del mismo (tesina para adquirir el título de Diplomado en Osteopatía (DO)) (Anexo2). Webbe Rick en 1999 hizo el mismo procedimiento, con la diferencia de que dicha información fue enviada por correo postal ¹⁷.

Tal y como se muestra en el anexo 2, en el e-mail enviado junto al test se ha informado del total anonimato en las respuestas y del plazo de recepción de las mismas. También se ha destacado la facilidad para la respuesta con la que el test ha sido diseñado (con el objetivo de animar a la respuesta) y el tiempo aproximado en el que podía ser complementado (comprobado anteriormente por el autor del estudio en una prueba piloto).

Por último se ha subrayado en dicho correo la importancia de que cada sujeto sólo contestase una vez, para prevenir las dobles respuestas.

Dicho correo electrónico fue enviado en lengua catalana y castellana, y por motivos de validación del MBI, el test sólo fue enviado y respondido en lengua castellana.

E-mails recordatorios:

El período para contestar y enviar el formulario ha sido de dos meses (nueve semanas). A lo largo de este tiempo se han enviado dos e-mails recordatorios, uno a la mitad del tiempo estipulado (a las 4 semanas del primer e-mail) (Anexo 3), y otro una semana antes de que expirase el plazo (al cabo de 8 semanas del primer e-mail) (Anexo 4).

Cuestiones éticas y medidas para evitar el sesgo en los resultados:

Cabe resaltar que en todo el proceso de elaboración y envío del test, los sujetos encuestados en ningún caso han recibido información acerca de la temática del presente estudio antes de responder al test enviado (ni en el proceso de obtención de los correos electrónicos, ni en las pruebas piloto del test, ni en el primer e-mail informativo -que contenía el test- ni en ninguno de los e-mails recordatorios).

De esta forma, y junto con el resto del método utilizado, se han garantizado las tres premisas que marca la Asociación Española de Médicos de Atención Primaria para pasar el test MBI ¹⁸:

- Privacidad: los sujetos han recibido el test de forma privada en su correo electrónico.
- Confidencialidad: a través del programa *Google Docs* se ha garantizado el anonimato en la identidad de los osteópatas que han contestado el test.
- Evitar la sensibilización al *burnout*: para minimizar el efecto de las creencias y expectativas del sujeto es importante que los entrevistados no conozcan de antemano que están contestando un cuestionario sobre el estrés profesional¹⁸.

Recepción de respuestas:

Mediante el mismo programa *Google Docs*, una vez respondidos los tests, las respuestas se han recopilado en una tabla en la que, tal y como se ha comentado, no ha figurado ningún dato acerca de la identidad del autor. Una vez cumplido el plazo para la respuesta, 86 individuos habían contestado, conformando así la muestra (*n*) del estudio.

Se ha constatado que no ha habido dos respuestas con la misma puntuación, de tal forma que podemos deducir que los 86 tests respondidos corresponden a 86 individuos.

Gestión y análisis de los resultados:

Una vez finalizado el plazo de entrega de resultados se ha procedido a pasar las tablas de los resultados (obtenidos mediante el citado programa *Google Docs*) al programa *microsoft excel* (en este caso perteneciente a *Microsoft Office, Windows 2003*). En el citado programa, los datos han sido preparados y ordenados convenientemente para ser analizados por el software *IBM-SPSS 20.0*. Éste último ha sido el programa usado en todos los procedimientos de análisis de resultados que se han realizado en el presente estudio. Dichos procedimientos se describen a continuación:

- Respecto a la primera parte del test, se ha realizado un análisis descriptivo de los datos calculando la media aritmética, desviación estándar, mediana y amplitud inter-cuartil de las preguntas cuyas respuestas son variables cuantitativas (respuestas de P2, P3, P4, P5, P6, P7 y P11), (Anexo1).
- También respecto a la primera parte del test, se ha hecho un recuento de frecuencias y se han calculado los porcentajes de las preguntas cuyas respuestas son variables cualitativas (respuestas de P8, P9, P10, P12, P13 y P14), (Anexo 1).
- Respecto a la segunda parte del test (test de *burnout MBI*), se ha hecho un recuento de puntuación de respuestas en cada una de las subescalas (Agotamiento Emocional: preguntas 1,2,3,6,8,13,14,16 y 20; Despersonalización: preguntas 5, 10, 11, 15 y 22 y Realización Personal: preguntas 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19 y 21). Una vez sumada la puntuación de cada individuo en cada subescala de *burnout*, se ha adjudicado a cada puntuación la mención del nivel de *burnout* (bajo, medio o alto) de cada sujeto en cada subescala.
- Una vez concretados los niveles de burnout de los sujetos se ha procedido a calcular los porcentajes del total de individuos que según el test presentan nivel bajo, medio o alto de *burnout* en cada una de las subescalas. Ésta es la forma con la que se han descrito los niveles de burnout, tanto por Webbe Rick 1999 en

osteópatas¹⁷, como por el de Serrano Gisbert, M.F en fisioterapeutas¹⁶, como en los numerosos estudios de Gil Monte.P.R, en los que se evalúa dicho síndrome en numerosas profesiones de riesgo^{7 8 9 10 11 22}.

- A continuación se ha realizado el análisis porcentual de los resultados del *MBI* por individuos, esto es: El porcentaje de Osteópatas que tienen nivel bajo en los tres ítems - porcentaje de individuos que presentan nivel medio o alto en alguno de las tres subescalas, porcentaje que tiene nivel alto el alguno de los 3 ítems, así como cantidad y porcentajes de los individuos que han sacado niveles medios o altos en mas de una subescala, describiendo los resultados en cada una de las combinaciones posibles. Esta última forma de analizar los datos por individuos no está presente en los estudios de *burnout* consultados en la bibliografía, pero dada la distribución de las respuestas, a juicio del autor, ha resultado interesante incluir esta visión para poder objetivar como están distribuidas las tres manifestaciones del síndrome a lo largo de toda la muestra de osteópatas. Sin ella no podríamos concluir si pocos individuos presentan todos los niveles altos, o si son muchos los sujetos que presentan algún nivel medio o alto. Se espera que en próximos estudios se pueda realizar una comparación a partir de un análisis descriptivo de los resultados, también desde esta perspectiva.

- Una vez hecho el análisis descriptivo de la prevalencia del síndrome, se ha evaluado si existen relaciones estadísticamente significativas entre las respuestas de la primera parte del test (datos socio-demográficos y laborales) y las puntuaciones de los sujetos en las tres subescalas del test *MBI*.

En todo el presente estudio, tanto para variables cualitativas como cuantitativas, se han considerado como resultados significativos únicamente aquellos en los que el nivel de significación es $P < 0,05$.

Los métodos, según el tipo de variables de las preguntas evaluadas han sido los siguientes:

1. Evaluación de variables cualitativas (P1, P8, P9, P10, P12, P13 y P14): Se han dividido en 4 grupos según el método de análisis:
 - a) Para P1 (Género) se ha hecho un estudio descriptivo de los niveles de *burnout* según el género. Se ha buscado la media y las desviaciones

típicas de las puntuaciones obtenidas por cada género en cada subescala del síndrome.

También se ha contabilizado el tanto por ciento de hombres y de mujeres que presentan nivel medio y alto de burnout en cada subescala, respecto al 100% de individuos hombres (n=46) y mujeres (n=39) que han contestado el cuestionario.

Por último, también en relación con el género, se ha realizado una correlación lineal bivariada (*R de Pearson*) para comprobar si existen relaciones entre las puntuaciones de unas subescalas de *burnout* y otras en función del género.

b) P8 se ha realizado la prueba *T de Student*, dado que esta pregunta consta de dos opciones de respuesta a elegir.

c) Para las preguntas P12 y P13 se ha realizado una Regresión múltiple (o análisis factorial) para detectar si alguna de las técnicas osteopáticas propuestas influye significativamente en la puntuación de cada una de las escalas de burnout, y si en algún caso el nivel de significación es $P < 0,05$, poder describir cuanta es la influencia.

d) En las preguntas P9, P10, y P14 se ha realizado la prueba ANOVA, para cada pregunta, entre los resultados en cada una de las opciones de respuesta y la media de puntuación de los sujetos en cada subescala de burnout.

2. Evaluación de variables cuantitativas (P2, P3, P4, P5, P6, P7 y

P11): Se ha realizado la técnica de correlación lineal bivariada (*R de Pearson*) para ver si existe una relación estadísticamente significativa entre el resultado de cada una de las preguntas nombradas (también si hay relación entre ellas) y los resultados en cada una de las tres subescalas de *burnout*. En el caso de detectar una respuesta que influye significativamente en los resultados del burnout, también podremos saber en qué tanto por ciento la influye calculando la R^2 . El tanto por ciento de influencia total es la proporción de R^2 respecto al número 1.

PLANIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN:

Una vez aceptado el protocolo de investigación por parte de la Escuela de Osteopatía de Barcelona:

- Elaboración y redacción del test en el programa *Google docs*. Del 1 de febrero al 28 de febrero del 2012.
- Recopilación de e-mails de los osteópatas miembros del Registro de Osteópatas de España que trabajan en *Catalunya*. Del 1 al 19 de marzo del 2012.
- Envío del test vía email junto con el e-mail explicativo (Anexo 2). 20 de marzo del 2012.
- Envío del primer e-mail recordatorio (Anexo3). 19 de abril del 3012.
- Envío del segundo e-mail recordatorio (Anexo 4). 16 de mayo del 2012.
- Período de recepción de tests respondidos. Del 20 de marzo al 23 de mayo del 2012.
- Preparación de los datos obtenidos para ser introducidos en el programa de análisis estadístico (*IBM-SPSS 20.0.*). Del 24 de mayo al 10 de junio de 2012.
- Análisis estadístico. Del 11 de junio de 2012 al 8 de julio de 2012.
- Análisis, comprensión y elaboración de conclusiones respecto a los resultados estadísticos. Del 9 de julio al 30 de septiembre del 2012.
- Planificación de la redacción del trabajo. Del 1 de octubre al 31 de octubre del 2012.

- Redacción del manuscrito. Del 1 de noviembre de 2012 al 25 de diciembre del 2012.
- Entrega de la tesina en la Fundació Escola d'Osteopatia de Barcelona. 31 de enero del 2013.

RESULTADOS:

Los resultados obtenidos en el presente trabajo serán expuestos a continuación, de tal forma que primero se expondrán los resultados obtenidos en el test MBI y después se mostrarán las relaciones encontradas entre las variables socio-demográficas y laborales preguntadas en la primera parte del test y las puntuaciones en el test de *burnout*.

Resultados test de *burnout*: *Maslach burnout Inventory (MBI)*:

Tal y como se ha expresado anteriormente, en cada una de las subescalas, la *n* del presente estudio es *n*= 86 (Anexo 6).

En el siguiente cuadro se expresa el tanto por ciento de osteópatas que han obtenido cada uno de los resultados posibles (bajo, medio o alto), en cada una de las subescalas de *burnout* (Agotamiento Emocional, Despersonalización y Realización Personal):

Tabla 2: Resultados del test MBI por subescalas (en tantos por ciento)

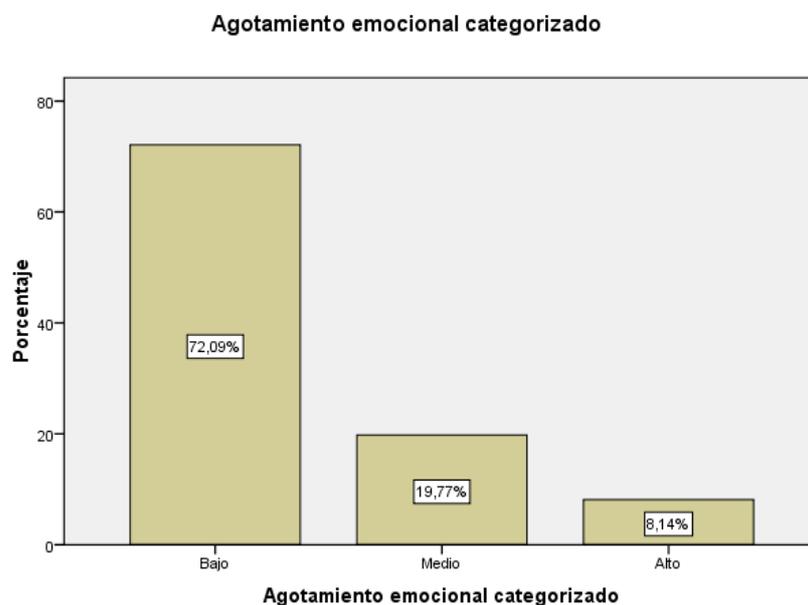
	Nivel Bajo	Nivel Medio	Nivel Alto
<i>Agotamiento Emocional</i>	72,1%	19,8%	8,1%
<i>Despersonalización</i>	87,2%	5,8%	7%
<i>Realización Personal</i>	72,1%	22,1%	5,8%

Desgranando esta tabla por subescalas, y para un entendimiento más gráfico, se muestran las siguientes tablas de frecuencias e histogramas:

Agotamiento Emocional:

Tabla 3: Resultados subescala de Agotamiento emocional (%)

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Bajo	62	72,1	72,1	72,1
	Medio	17	19,8	19,8	91,9
	Alto	7	8,1	8,1	100,0
	Total	86	100,0	100,0	

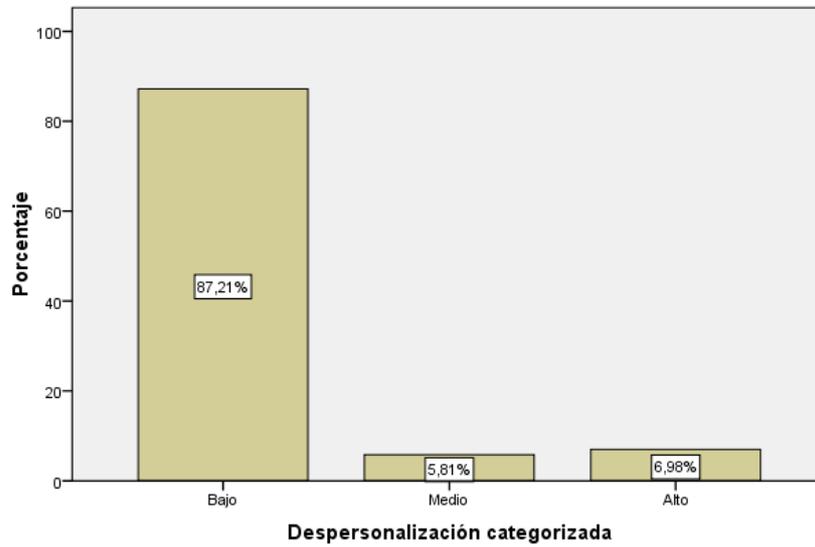


Despersonalización:

Tabla 4: Resultados subescala de Despersonalización (%)

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Bajo	75	87,2	87,2	87,2
	Medio	5	5,8	5,8	93,0
	Alto	6	7,0	7,0	100,0
	Total	86	100,0	100,0	

Despersonalización categorizada

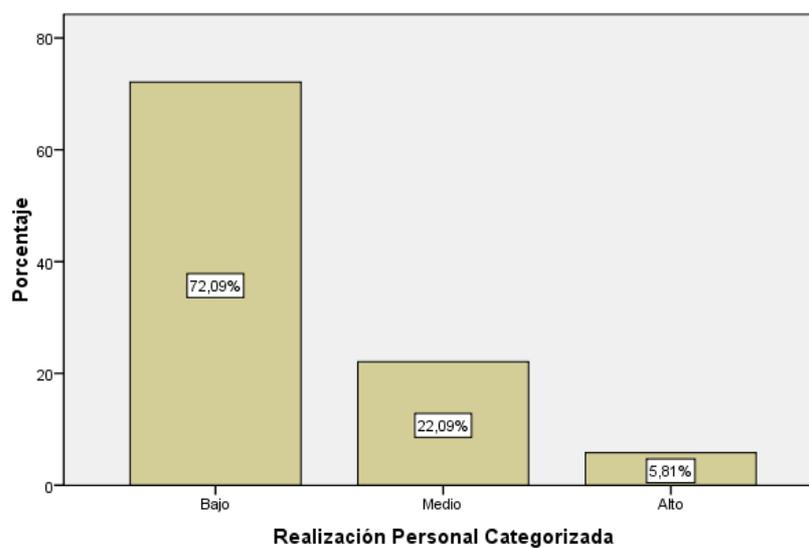


Realización Personal:

Tabla 5: Resultados subescala de Realización Personal (%)

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Bajo	62	72,1	72,1	72,1
	Medio	19	22,1	22,1	94,2
	Alto	5	5,8	5,8	100,0
	Total	86	100,0	100,0	

Realización Personal Categorizada



Resultados de otros estudios parecidos:

De la bibliografía consultada continuación se muestran las tablas de resultados de los dos estudios con colectivos mas parecidos:

Estudio de Serrano Gisbert M.F. et al (2008), realizado con 258 fisioterapeutas españoles, de la Comunidad Valenciana y Murcia¹³:

Tabla 6: Resultados estudio Serrano Gisbert M.F et all (2008) con fisioterapeutas españoles

	Nivel Bajo	Nivel Medio	Nivel Alto
<i>Agotamiento Emocional</i>	34,11%	30,59%	35,3%
<i>Despersonalización</i>	50,9%	27,8%	21,3%
<i>Realización Personal</i>	50,4%	30,2%	19,4%

En el citado estudio se consideran los siguientes varemos de puntuación: AE: bajo:<15; medio: de15 a 24; alto:>24.DP: bajo:<3; medio: de 4 a 9; alto:>9.RP: bajo:>39; medio: de 33 a 39; alto:<33. Se trata de varemos diferentes a los usados en el presente estudio, que son AE: bajo:<18; medio: de19 a 26; alto:>27.DP: bajo:<5; medio: de 6 a 9; alto:>10.RP: bajo:>40; medio: de 34 a 39; alto:<33.

Tesina de Webbe Rick (1999), con 168 osteópatas del Reino Unido¹⁷:

Tabla 7: Resultados tesina Webbe Rick (1999) con osteópatas británicos

	Nivel Bajo	Nivel Medio	Nivel Alto
<i>Agotamiento Emocional</i>	53,6%	29,2%	17,2%
<i>Despersonalización</i>	73,2%	16,7%	10,1%
<i>Realización Personal</i>	69,6%	29,2%	1,2%

En este estudio citado se consideran los siguientes varemos de puntuación: AE: bajo:<16; medio: de 17 a 26; alto:>27. DP: bajo:<6; medio: de 7 a 12; alto:>13. RP: bajo:>39; medio: de 33 a 39; alto:<33), también son varemos diferentes a los del presente estudio (AE: bajo:<18; medio: de 19 a 26; alto:>27.DP: bajo:<5; medio: de 6 a 9; alto:>10.RP: bajo:>40; medio: de 34 a 39; alto:<33).

Por Osteópatas:

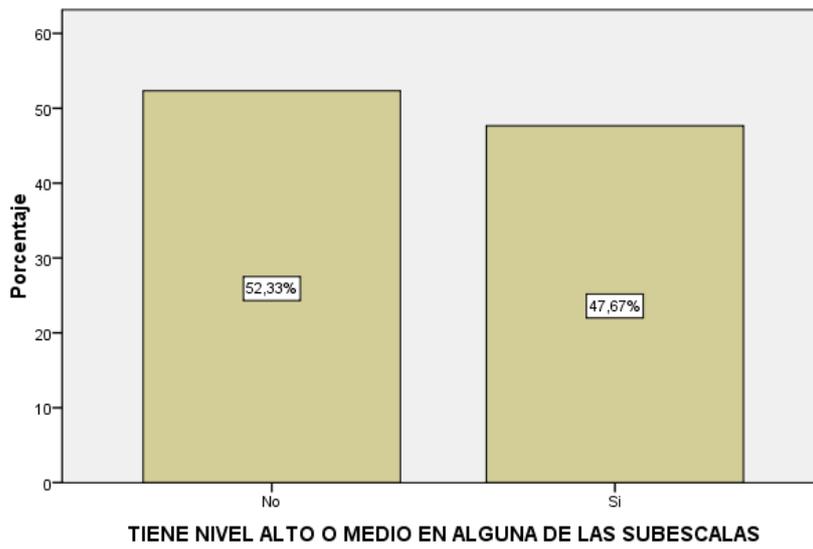
Nivel medio o alto:

A continuación se muestra la tabla de frecuencias e histograma correspondientes al número y tantos por ciento de osteópatas que presentan nivel de *burnout medio* o *alto* en alguna de las tres subescalas. El número de individuos que no presenta esta condición corresponde a los osteópatas que no presentan *burnout* en ninguna de las tres subescalas.

Tabla 8: Individuos con nivel de *burnout* medio o alto en alguna subescala

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos No	45	52,3	52,3	52,3
Si	41	47,7	47,7	100,0
Total	86	100,0	100,0	

TIENE NIVEL ALTO O MEDIO EN ALGUNA DE LAS SUBESCALAS

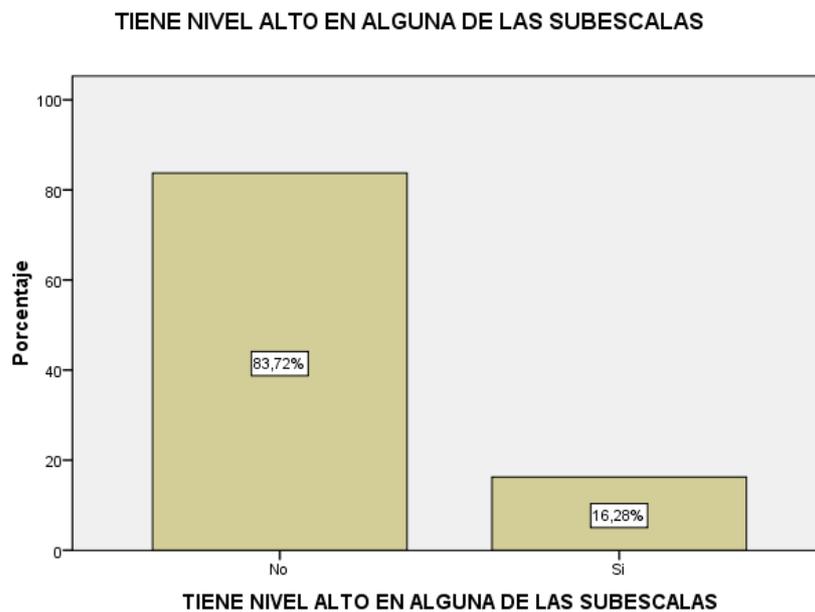


Nivel alto:

A continuación se muestra la tabla de frecuencias e histograma correspondiente a los osteópatas que presentan nivel *alto* en alguna de las tres subescalas:

Tabla 9: Individuos con nivel de *burnout* alto en alguna subescala

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No	72	83,7	83,7	83,7
	Si	14	16,3	16,3	100,0
	Total	86	100,0	100,0	



Casos de burnout medio o alto en más de una subescala:

A continuación se describen a los individuos que presentan burnout *medio* o *alto* en más de una subescala, citando todas las combinaciones que han obtenido representación en los sujetos han participado en este estudio:

- 2 Niveles Medios y 1 Nivel Bajo: 7 individuos (8,31%).
- 2 Niveles Altos y 1 Nivel Bajo: 2 individuos (2,32%).
- 1 Nivel Alto, 1 Nivel Medio y 1 Nivel Bajo: 5 Individuos (5,81%).
- 3 Niveles Medios: 1 individuo (1,16%).
- 2 Niveles Altos y 1 Nivel Medio: 1 individuo (1,16%).

Análisis estadístico de las relaciones entre la primera parte del test (datos socio-demográficos y laborales) y los resultados del test MBI:

En este apartado analizaremos las relaciones entre los datos socio-demográficos y laborales preguntados en la primera parte del test y los resultados del test MBI.

Variables cualitativas (P1, P8, P9, P10, P12, P13 y P14):

Resultados estadísticamente significativos (P<0,05):

P1. Género:

El estudio descriptivo de los niveles de *burnout* según el género se muestra en la siguiente tabla:

Tabla 10: Niveles de burnout según el género

1. Género:		N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
Mujer	AGOTAMIENTO EMOCIONAL	39	0	32	13,13	7,124
	DESPERSONALIZACIÓN	39	0	11	2,03	2,786
	REALIZACIÓN PERSONAL	39	28	48	42,38	4,945
	Número de tratamientos	39	4	12	7,82	2,024
	N válido (según lista)	39				
Hombre	AGOTAMIENTO EMOCIONAL	46	3	48	17,43	9,003
	DESPERSONALIZACIÓN	46	0	13	2,83	3,369
	REALIZACIÓN PERSONAL	46	30	48	42,13	5,281
	Número de tratamientos	46	2	15	7,43	2,964
	N válido (según lista)	46				

La presencia de los niveles medio y alto de *burnout* respecto al 100% de hombres (n=46) y de mujeres (n=39) se muestra en la siguiente tabla:

Tabla 11: Tanto por ciento de hombres y mujeres que presentan niveles medio o alto de burnout.

SUBESCALAS BURNOUT	NIVEL MEDIO		NIVEL ALTO	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Agotamiento Emocional	58%	42%	85,71%	14,29%
Despersonalización	60%	40%	66,6%	33,3%
Realización Personal	57,89%	42,10%	60%	40%

También en relación con el género se ha realizado una correlación lineal bivariada (*R de Pearson*) para comprobar si existen relaciones entre los resultados de las diferentes subescalas de *burnout* en función del género. En ella se ha mostrado que existe una relación estadísticamente significativa entre la puntuación de Agotamiento Emocional y la de Despersonalización, solamente en el género masculino, con una $R=0,475$ ($R^2=0,225$) (Ver tabla en Anexo 7).

P12. Influencia de las técnicas osteopáticas realizadas a diario con los resultados del test de burnout (MBI):

Los resultados del análisis factorial efectuado entre cada una de las técnicas osteopáticas propuestas en esta pregunta y los resultados de los sujetos encuestados en cada una de las subescalas de burnout muestran las siguientes relaciones estadísticamente significativas ($P<0,05$):

Respecto al Agotamiento Emocional: La única técnica osteopática que, realizada a diario, influye significativamente en el resultado de Agotamiento Emocional en el test MBI es el *abordaje craneal*, con un coeficiente de -5,525 puntos. Así pues, los osteópatas que realizan este abordaje presentan de media 5,52 puntos menos que el resto de sujetos en su puntuación de esta subescala en el test (Anexo 8). Si tenemos en cuenta que la puntuación de niveles de esta subescala

es AE: bajo:<18; medio: de 19 a 26; alto:>27. Vemos que una diferencia de 5,52 puntos puede desplazar un nivel la puntuación de un individuo.

Ningún otro abordaje ni técnica influye significativamente en el resultado de AE.

Respecto a la Despersonalización: La única variable que influye significativamente en los resultados de DP es el *abordaje tisular*, con un coeficiente de -1,802 puntos. Es decir, que los osteópatas que realizan este abordaje a diario obtienen de media 1,802 puntos menos en sus resultados de Despersonalización (anexo 9). Los varemos usados e para medir esta subescala son DP: bajo:<5; medio: de 6 a 9; alto:>10. Así pues este abordaje afecta de forma leve al resultado de esta subescala.

Ningún otro abordaje ni técnica influye significativamente en el resultado de DP.

Respecto al *burnout* en la subescala de Realización Personal: La única técnica que influye significativamente en este resultado es el *abordaje tisular*, con un coeficiente de 3,663 puntos. Dado que la escala de RP es invertida, esto significa que los osteópatas que realizan dicho abordaje a diario tienen de promedio una mejoría de 3,663 puntos en el *burnout* de dicha subescala (anexo 10). Los varemos de esta subescala son: RP: bajo:>40; medio: de 34 a 39; alto:<33. De tal forma que una variación de 3,663 puntos es entre leve y moderadamente significativa para condicionar un cambio en el nivel de puntuación.

Ningún otro abordaje ni técnica influye significativamente en el resultado de RP.

Resultados estadísticamente no significativos ($P \geq 0,05$):

P8: Influencia de trabajar siempre en el mismo lugar o en diferentes centros con los resultados de *burnout*:

Hay un resultado de esta pregunta que tiene un nivel de significación muy próximo al admitido como significativo. Se trata de la influencia de esta pregunta con los resultados de la subescala de Despersonalización. Los osteópatas que trabajan siempre en el mismo lugar obtienen una media de puntuación de 3,04 puntos en el *burnout* de esta subescala, mientras que los que trabajan siempre en el mismo lugar obtienen de media 1,77 puntos.

El nivel de significación de este resultado es $P=0,058$ (Ver anexo 11).

P9, P10, P13 y P14: Los resultados de estas preguntas no son estadísticamente significativos. Aún así las tablas de resultados y diagramas de cajas de P9, P10 y P14 son expuestos en anexo 12.

Variables cuantitativas (P2, P3, P4, P5, P6, P7 y P11):

Resultados estadísticamente significativos ($P<0,05$):

De todas las preguntas con variables cuantitativas sólo ha habido una en la que la respuesta haya sido estadísticamente significativa respecto a los resultados del test de *burnout* (La tabla de correlaciones lineales bivariadas entre todas las variables cuantitativas y las tres subescalas de burnout se muestran en el anexo 13):

P7. Número de semanas de vacaciones (o de baja laboral de cualquier tipo) que has tenido en los últimos 12 meses.

El resultado de esta pregunta influye con el grado de significación aceptado en el estudio, en el resultado de la subescala de *Realización Personal*. El grado de correlación que se muestra es $R= -2,62$ ($R^2=0,07$), con nivel de significación: $P=0,016$ (anexo 13).

Dado que la puntuación en esta subescala es invertido, el signo negativo de R significa que el resultado de esta pregunta tiene un grado de influencia del 7% positivo en el resultado de burnout en RP.

En la prueba *R de Pearson* realizada entre todas las variables cuantitativas y los resultados de *burnout* de los encuestados ha mostrado relaciones estadísticamente significativas de las respuestas de algunas preguntas entre ellas, que no son objeto de este estudio pero que pueden resultar de interés para el conocimiento demográfico laboral en el colectivo de los osteópatas que trabajan en Catalunya (ver anexo 13):

- P2: Edad con P3: Años que hace que trabajas como osteópata: $R= 0,561$, ($R^2=0,031$).
- P3: Años que hace que trabajas como osteópata con P4: Numero de visitas que realizas a la semana: $R= 0,336$ ($R^2=0,113$).

- P3: Años que hace que trabajas como osteópata con P5: Cantidad de tiempo que sueles dedicar a cada visita (en minutos): $R = -0,234$ ($R^2 = 0,054$).
- P4: Número de visitas que realizas a la semana (de media) con P5: Cantidad de tiempo que sueles dedicar a cada visita (en minutos): $R = 0,412$ ($R^2 = 0,169$).
- P4: Numero de visitas que realizas a la semana (de media) con P6: Número de días que trabajas a la semana: $R = 0,304$ ($R^2 = 0,0924$).

Resultados estadísticamente no significativos ($P \geq 0,05$):

P2, P3, P4, P5, P6 y P11: Las respuestas a estas preguntas no muestran una correlación significativa con los resultados de ninguna subescala de *burnout*.

DISCUSIÓN:

El presente trabajo de investigación ha sido diseñado para cumplir dos objetivos: el primero es cuantificar la prevalencia del síndrome de *burnout* entre los osteópatas que trabajan en Catalunya. El segundo es determinar si existen relaciones estadísticamente significativas entre las características socio-demográficas y laborales de los individuos encuestados y la presencia de este síndrome (en el caso que la hubiera).

La discusión será realizada en base a los objetivos planteados.

Prevalencia del síndrome de burnout entre los osteópatas que trabajan en Catalunya:

Por subescalas:

Si miramos los resultados de las tres subescalas de *burnout*, y recordando que la n total del estudio es n=86, podemos ver claramente que en las tres subescalas el nivel de burnout predominante es de forma amplia el nivel bajo (AE: 72,1%, n=62; DP: 87,2%, n=75 y RP: 72,1%, n=62) (ver tablas 3,4 y 5). En cuanto a los individuos que han sacado nivel medio del síndrome encontramos un claro descenso porcentual: AE: 19,77%, n=17; DP: 5,81%, n=5 y RP: 22,09%, n=19. Si nos aproximamos a los datos acerca de los niveles altos encontramos AE: 8,14%, n=7 DP: 6,98%, n=6 y RP: 5,81%, n=5.

Así pues, de las tres subescalas, DP es la que presenta una prevalencia claramente menor entre los sujetos encuestados. Este hecho se ve en que AE y RP, siguen líneas de prevalencia progresivamente descendentes desde el nivel bajo, pasando por el medio, hasta el nivel alto, pero en el caso de DP, la prevalencia de individuos con nivel de DP medio entre los encuestados es significativamente menor y el número de individuos que no han obtenido nivel medio en DP, parece que han pasado a engrosar la prevalencia del nivel bajo de esta subescala. Así, la prevalencia de nivel bajo de burnout en RP es mayor que en AE y RP en la misma proporción con que los resultados del nivel medio de DP son inferiores (ver histogramas 1,2 y 3).

Como se ha comentado en el apartado de material y método de este estudio, una de las limitaciones que presenta este trabajo es que no se pueden hacer comparaciones unívocas de los resultados con los de la bibliografía consultada. Esto ha sido considerado así por dos motivos:

- El primer motivo es que los estudios bibliográficos encontrados han sido hechos sobre colectivos muy diferentes (Schulter, Nelson y Quirling (1984), con una muestra de 160 fisioterapeutas¹², Deckard y Present (1989) con una muestra de 187 fisioterapeutas¹⁵, Donohe *et al* (1993) con 129 fisioterapeutas¹⁶ son estudios hechos en fisioterapeutas de otros países, y el mas reciente tiene 19 años de antigüedad).

El estudio de Serrano Gisbert M.F *et al* (2008) es el más reciente, es el único hecho en España y está hecho sobre fisioterapeutas de las comunidades autónomas Valenciana y Murciana, incluyendo fisioterapeutas que trabajan en ámbito hospitalario, o en mutuas (ambientes laborales y actividades que poco tienen que ver con los de los osteópatas en Catalunya)¹³ además del ámbito privado. El único estudio encontrado hecho con osteópatas es la tesina de DO de Webbe Rick (1999)¹⁷, hecha hace 13 años con osteópatas del Reino Unido, país donde la profesión tiene un status y reconocimiento social que no posee en España, y donde los osteópatas también trabajan en ámbitos hospitalarios, y no solamente en consultas privadas como los sujetos del presente estudio.

- El segundo motivo es que, en los estudios consultados, aunque el test MBI es el mismo, la puntuación usada para encasillar los resultados de las subescalas según nivel bajo, medio o alto varía de unos a otros (ver notas inferiores de las Tablas 7 y 8,). Así, la mayor presencia de *burnout* de estos estudios nombrados podría deberse a la diferencia en los varemos de medición y no a diferencias reales en la prevalencia del síndrome en sus colectivos de estudio.

Aún así, viendo las Tablas 6 y 7 de resultados se podría afirmar que existe un patrón común de menor prevalencia de DP en los dos estudios con osteópatas respecto al estudio hecho con fisioterapeutas, así como respecto a las otras dos subescalas (en los dos estudios con osteópatas hay un aumento de casos con nivel bajo, y una disminución clara de los niveles medios de esta subescala). Respecto a RP, presentan menor *burnout* alto los osteópatas británicos, siendo en esta subescala el mismo baremo de medición que en actual estudio. Este resultado podría tener que ver con el hecho de que la osteopatía en Inglaterra se encuentra en un estatus

social y profesional mucho mas arraigado que aquí y existe un mayor reconocimiento social de la profesión.

Sería de mucho interés que hubiera próximos estudios sobre el burnout en España en los que se utilizasen como varemos de medición los propuestos por la Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN)¹⁸, con el fin de poder realizar comparaciones unívocas entre profesiones como la fisioterapia y la osteopatía en nuestro entorno cultural.

Por Osteópatas:

Analizando los resultados del MBI desde un punto de vista descriptivo, se ha considerado que, con el análisis de la prevalencia del síndrome de *burnout* por subescalas no hay suficiente información para determinar cual es el estado de los osteópatas de Catalunya con respecto al citado síndrome. Solamente con la visión anterior parece que en este colectivo existen niveles de burnout más bajos que en otros estudios con colectivos parecidos, pero queda la duda de cómo están repartidos los niveles de burnout entre la población estudiada. Es decir, si hay pocos casos muy graves, o muchos casos más leves.

Con el objetivo de despejar esta incógnita se ha procedido a hacer el análisis descriptivo de los resultados del MBI por osteópatas.

Analizando los resultados de este apartado, vemos que el 52,33% de los sujetos presenta nivel bajo de burnout en las tres subescalas (consideramos que estos son los casos que no presentan *burnout*), frente a un 47,67% de los osteópatas que presentan nivel medio o alto en alguna de las tres subescalas (ver tabla 8 e histograma adjunto).

Si evaluamos cuantos osteópatas presentan nivel alto en alguna subescala el resultado es del 16,28% de los individuos, frente al 83,72% que se mueven entre el nivel bajo y medio (tabla 9 e histograma).

Cuando analizamos los casos de burnout medio o alto en más de una subescala encontramos al 18,76% de los osteópatas (n=16), mientras que los casos de burnout medio o alto en las tres subescalas representan el 2,32% (n=2), estos dos casos, que podríamos considerar como los más graves de la población estudiada, corresponden a un individuo con las tres subescalas en nivel medio, y uno con dos subescalas en

nivel alto y una en nivel medio. Este último sería el único caso del estudio que podríamos considerar como caso de puntuación extrema.

Fruto de este análisis, considerando válida la n de este estudio ($n=86$) podemos afirmar que la mayoría de osteópatas de Catalunya no presentan el síndrome de *burnout* y aunque hay una minoría de sujetos cercana a mitad de la población que sí presenta síntomas, en la mayoría de casos lo hace con una intensidad moderada. Se pueda afirmar también que entre los individuos afectados, los casos medios y altos del síndrome que se aprecian en la evaluación por subescalas no se encuentran concentrados en pocos osteópatas, sino repartidos en el 47,67% del total.

No existe bibliografía que hable de los resultados del MBI desde esta perspectiva. Usándola en este estudio se espera que estudios posteriores pueda ser utilizada y así se puedan realizar comparaciones respecto a otros colectivos.

A la vista de estos resultados parece claro que la realización de estudios para identificar los factores que hacen aumentar o disminuir la presencia del síndrome de *burnout* en este colectivo puede ser de utilidad para mejorar el bienestar de casi la mitad de los osteópatas que trabajan en Catalunya en su lugar de trabajo.

Se espera que el análisis de las relaciones entre los datos socio-demográficos y laborales y los resultados del test MBI que se discutirán a continuación, puedan ser una aportación útil para este fin.

Relaciones entre la primera parte del test (datos socio-demográficos y laborales) y los resultados del test *MBI*:

El segundo objetivo del presente trabajo es determinar si existen relaciones estadísticamente significativas entre las características socio-demográficas y laborales de los individuos encuestados y la presencia del síndrome de *burnout* en sus tres subescalas.

Para discutir sobre las relaciones halladas entre los datos socio-demográficos y laborales preguntados en la primera parte del test enviado (Anexo1) y los resultados del test de *burnout*, se han separado las preguntas a analizar en cuatro grupos, según su temática,

tal y como han sido ordenadas en el apartado del “Test” en la sección “Material y Método” de este manuscrito.

Datos demográficos (P1 y P2):

- **P1 género:** Tal y como podemos observar en la Tabla 10 de la sección de resultados de este trabajo, en las tres subescalas de burnout el género masculino obtiene de media niveles más altos que el género femenino (cabe recordar que en RP la escala de evaluación es inversa) y entre los hombres a la vez podemos ver que las desviaciones típicas también son más amplias en las tres subescalas. Este hecho es más importante en las subescalas de AE y DP. En AE la media de puntuación de los hombres es de 17,43 puntos con una desviación típica (Dt) de 9,00, mientras que en las mujeres la puntuación media es 13,13 puntos con Dt: 7,12. Si tenemos en cuenta que el nivel medio de burnout en esta subescala (nivel a partir del cual consideramos que existe el síndrome) se inicia a partir de 19 puntos, nos damos cuenta que la mayoría de casos de burnout medio y alto en AE van a darse en el género masculino. Lo mismo sucede con la subescala de DP, en la que la media de puntuación de los hombres es de 2,83 puntos con Dt: 3,369 mientras que en mujeres es de 2,03 con Dt: 2,786. Si tenemos en cuenta que el nivel medio de burnout en esta subescala empieza en los 6 puntos también nos damos cuenta de que la balanza de casos medios y altos en esta subescala se decantan claramente por el género masculino. Lo mismo sucede con la subescala RP, pero en menor medida.

Estas observaciones hechas a partir de la tabla 10 quedan ampliamente corroboradas en la Tabla 11, en la cual se ve el tanto por ciento de hombres y de mujeres que presentan niveles de burnout medio o alto en cada una de las tres subescalas. Dado que en los hombres $n=46$ y en mujeres $n=39$, sólo podemos comparar unívocamente los porcentajes de los resultados medio y alto en cada subescala respecto al tanto por ciento de individuos de su género, y no de la cantidad de resultados medios o altos obtenidos.

Al observar la tabla 11 lo primero que llama la atención es que los hombres presentan porcentaje de prevalencia del síndrome más alto que en el colectivo femenino tanto en nivel medio como en nivel alto en las tres subescalas. Esto quiere decir que el burnout se da más entre los hombres que entre las mujeres, y

además se da con una intensidad mayor. Este hecho se puede observar en las tres subescalas, y tanto en nivel medio como en nivel alto, pero llama la atención la desproporción que se da entre los encuestados hombres que han sacado nivel alto en AE (13,33% del total de hombres) respecto a las mujeres que han sacado nivel alto en esta subescala (2,56% del total de mujeres). En total 10,77 puntos porcentuales de diferencia.

En el resto de la tabla 11 vemos que tanto en nivel medio de AE, como en los niveles medio y alto de DP, como en nivel medio de RP, la prevalencia del síndrome de burnout en los hombres se sitúa alrededor de 4 puntos porcentuales más que en las mujeres (4,26 puntos en nivel medio de AE; 4,61 en nivel medio de DP; 3,75 en nivel alto de DP y 3,93 puntos en nivel medio de RP). El único apartado en el que se da burnout de forma parecida en hombres y en mujeres es en el nivel alto de RP, que se da en el 6,66% de los hombres y el 5,12% de las mujeres (1,54 puntos de diferencia a favor de los hombres).

En la profesión osteopática no existen diferencias entre la actividad laboral de los hombres y las mujeres. Todos los procedimientos pueden ser realizados por todos, y las condiciones laborales no cambian en los puestos de trabajo según el género. Pero también es sabido que en muchos casos se elijen unos procedimientos u otros en función del tamaño del paciente en comparación al tamaño del osteópata. Así, por lógica, podríamos pensar que es fácil que haya un tanto por ciento mayor de mujeres que se inclinen menos por técnicas estructurales, y lo hagan más por técnicas en las que el componente físico no pueda presentar un inconveniente. Quizá este hecho pueda tener relación con que, como veremos más adelante en la discusión, el abordaje craneal (menos físico) se ha mostrado influyente en la disminución de burnout en la subescala de AE, pero este hecho no explicaría que los hombres obtengan niveles superiores de burnout en las tres subescalas. Así pues, parece que los factores que lo provocan sobrepasan las variables observadas en este estudio, y probablemente esta asimetría de resultados se deba a diferencias de carácter y de personalidad entre hombres y mujeres.

En la bibliografía consultada no se muestra que en otros estudios haya más predominio de burnout en un género más que en otro. Webbe Rick en su tesina con osteópatas británicos en 1999 lo analizó y no observó diferencias de género en los resultados del *MBI*¹⁷.

Parecería interesante, que en próximos estudios se analizara si estas diferencias de burnout por géneros se dan en otras profesiones parecidas y en nuestro ámbito social y cultural, y en el caso de que sólo se dé en el colectivo de osteópatas, realizar un estudio más a fondo para ver qué es lo que dota a las mujeres osteópatas que trabajan en Catalunya de mayor bienestar en relación con su puesto de trabajo, con el fin de que el colectivo de hombres osteópatas pueda tener herramientas para mejorar su bienestar laboral.

Por último, como curiosidad en relación con el género, se ha visto que existe una correlación significativa entre los resultados de AE y los de DP ($R=0,475$; $R^2=0,225$) y éste hecho se da solamente en hombres. Es decir, que el nivel de burnout en AE y en DP en hombres depende el uno del otro con una influencia del 22,5%. Serrano Gisbert MF *et al*, en su estudio con fisioterapeutas en 2008, apunta que este hecho sucede en la versión española validada del test, aunque no apunta a ningún género en concreto¹⁶.

- **P2: Edad:** No se han observado que la edad de los individuos encuestados afecte significativamente en sus niveles de burnout. Tanto Serrano Gisbert MF como Webbe Rick evaluaron esta variable y tampoco encontraron resultados correlaciones significativas con el síndrome en estudio.

Datos relacionados con la experiencia profesional y la carga laboral (P3, P4, P5, P6 y P7):

Tal y como se puede ver en la el anexo13, de todas las variables que se exponen en estas preguntas sólo una ha mostrado tener una correlación con un nivel de significación $P<0.05$, y esta ha sido P7.

- **P7: Numero de semanas de vacaciones (o de baja laboral de cualquier tipo) que has tenido en los últimos 12 meses:** Se ha visto una correlación estadísticamente significativa entre las respuestas de esta pregunta y la subescala de RP de los individuos encuestados. El grado de correlación es $R=-0,262$ ($R^2=0,07$) con un nivel de significación $P=0,016$.

Este dato significa que un 7% del resultado que obtienen los individuos encuestados en la subescala de RP se debe al número de semanas de vacaciones o de baja laboral que se han tenido los últimos doce meses. El signo negativo de R marca que la correlación es contraria, es decir que con más semanas de vacaciones o baja laboral, disminuye la puntuación en la subescala de RP, pero dado que la subescala de RP se contabiliza de forma inversa, menos puntuación significa más burnout en esta subescala. Con lo cual, a partir del resultado obtenido se puede afirmar que un aumento de semanas de vacaciones o baja laboral provoca un aumento del burnout en la subescala de RP, con una influencia del 7% en el resultado de esta subescala.

Aparentemente podríamos pensar que cuantas más semanas de descanso, menor será el nivel de burnout en RP, pero los resultados han mostrado lo contrario.

La explicación de estos resultados podría ser que, dado que el ejercicio de la osteopatía en España se realiza íntegramente en régimen de trabajadores autónomos y los individuos del colectivo en estudio tienen capacidad para elegir el número de semanas de vacaciones, parece lógico pensar que los osteópatas que se sienten menos realizados con el trabajo (que tienen el burnout en RP más elevado) tengan tendencia a necesitar más semanas de vacaciones, o bien que los sujetos que se sienten más realizados con su trabajo no necesiten cogerse tantas semanas de descanso como se las que se cogen los individuos que no sienten tan realizados. Además, cabe destacar que en esta pregunta, con el objetivo de incluir todas las semanas reales de descanso laboral anual, ha sido incluido el factor de semanas de baja laboral. Es posible que algunos de los individuos encuestados estén en esta situación (por maternidad o por enfermedad) y parece lógico pensar que éstos sujetos habrán respondido esta pregunta con un número elevado, y a la vez es probable que en su situación, su realización personal con respecto al lugar de trabajo se haya visto afectada.

De los estudios consultados, solo Webbe Rick (1999) incluyó esta variable en su estudio, pero lo hizo preguntando solo acerca de las semanas de vacaciones y no incluyendo las bajas laborales. En su estudio con osteópatas esta variable no influía significativamente en los resultados de burnout, razón de más para sospechar de la influencia de posibles bajas laborales en el resultado de este estudio.

Sería interesante que en próximos estudios similares, las semanas de vacaciones y las semanas de baja laboral se separaran en preguntas diferentes, para poder dilucidar qué efecto tiene cada una de los dos factores en la prevalencia de *burnout* en el colectivo de osteópatas de Catalunya.

- **P3: Años que hace que trabajas como osteópata; P4: Número de visitas que realizas a la semana (de media); P5: Cantidad de tiempo que sueles dedicar a cada visita (en minutos) y P6: Número de días que trabajas a la semana:**

Son cuestiones que han mostrado no tener influencia significativa en las puntuaciones de *burnout* de los encuestados. En la bibliografía consultada vemos que en los trabajos sobre el *burnout* realizados en otras profesiones, se han encontrado influencias estadísticamente significativas entre la presencia del síndrome estudiado y la sobrecarga laboral esto es así en los estudios de Gil Monte,R; García-Jueas; J.A (2008) en el colectivo de enfermería y en los trabajos de Wolfe (1981)(11), Deckard y Present (1989)¹⁴ y Serrano Gisbert, M.F (2008)¹⁶ en fisioterapeutas. Cabría pensar que esta influencia se diera de igual modo en el colectivo de osteópatas, pero no es así. Webbe Rick (1999) hizo preguntas muy parecidas que describían la sobrecarga laboral y no encontró influencias significativas entre las respuestas y las puntuaciones de burnout.

De igual modo pasa en el presente trabajo. En el colectivo estudiado podemos ver que hay osteópatas que trabajan pocas horas y tienen más *burnout* y que otros sujetos del mismo colectivo trabajan mucho más y tienen puntuaciones más bajas. Este resultado es una prueba más de que hay cuestiones que afectan al burnout de los osteópatas que sobrepasan las variables estudiadas en este trabajo, y que pueden tener que ver con cuestiones relacionadas con el carácter, la personalidad, o cuestiones de ámbito psicológico, emocional o social. Sería interesante que próximos estudios sobre el tema incluyeran estos aspectos.

Datos relacionados con el lugar de trabajo, la relación con otros profesionales y la formación continuada (P8, P9, P10 y P11):

De las variables preguntadas en este grupo de preguntas ninguna ha mostrado una influencia estadísticamente significativa con los resultados de *burnout*. Pero sí ha

habido una en la que el nivel de significación ha sido muy próximo al aceptado. Esta es P8.

- **P8: Respecto al lugar donde trabajas como osteópata, trabajas siempre en el mismo lugar o en diferentes consultas:** Si vemos el anexo 11, podemos constatar con un nivel de significación muy próximo al aceptado como significativo ($P=0,058$), esta variable influye en los resultados de la subescala de DP en los individuos encuestados, de tal forma que los que trabajan siempre en el mismo lugar presentan una media de 3,04 puntos en su puntuación, mientras los que trabajan en diferentes centros sacan una media de 1,77 puntos. Así, podemos afirmar casi con total seguridad que los osteópatas que trabajan todos los días en el mismo centro tienen más *burnout* en la escala de DP que los que trabajan en diferentes consultas. Este hecho podría deberse a un factor de acomodamiento que favorecería la sensación de rutina en la práctica laboral, y así podría disminuir el interés del osteópata por la mejoría de sus clientes.

No existe bibliografía al respecto en otros estudios de burnout, con lo cual podría ser de interés realizar el mismo estudio con una muestra más amplia para acabar de corroborar si esta relación es del todo significativa. Pero dado el alto nivel de significación de este resultado, se podría aconsejar a los osteópatas con un grado elevado de *burnout* en DP que trabajen en un sitio fijo, que se planteen el hecho de visitar en algún día de la semana en otro centro, ya que hay motivos fundados para pensar que podrían mejorar.

- **P9: Respecto a la presencia de otros profesionales de la salud en tu lugar de trabajo y P10: Frecuencia con la que hablas o compartes con otros osteópatas a cerca de la osteopatía:** Ninguna de las respuestas de estas preguntas tiene relación estadísticamente significativa con los resultados del test *MBI*. La razón que parece más plausible es que la cantidad de opciones a elegir que contenían estas preguntas (P9 cuatro opciones y P10 seis opciones) eran demasiado elevadas para que con la n del estudio ($n=86$) saliera algún resultado estadísticamente significativo si no se daban resultados muy extremos (ver anexo 12). Aún no siendo significativos, si miramos el diagrama de cajas de la burnout en RP de la pregunta 10, podemos ver que en comparación con las otras subescalas, los resultados marcan una tónica general ascendente cuanto más a menudo el osteópata comparte con otros osteópatas acerca de la osteopatía

(anexo 12). Es cierto que no es una conclusión firme, pero sí que puede ser un indicio e indica una dirección para investigar más al respecto, dado que si se confirmara que con el contacto con otros osteópatas mejora la Realización Personal, los osteópatas poco realizados con la profesión podrían tomar medidas al respecto para mejorar su bienestar.

Donohe et al (1993) en su estudio con 129 fisioterapeutas determina que la conexión y la comunicación con la gente en el puesto de trabajo es uno de los factores asociados con el nivel de burnout (16). Boada et al (2004) analiza la sintomatología psicósomática como consecuencia del clima y las cuestiones organizacionales en el ambiente laboral (23). Dada la bibliografía al respecto se propone para otro estudio sobre el tema volver a preguntar sobre las cuestiones de P9 y P10 usando una muestra mas amplia o limitando las opciones a elegir en cada pregunta.

-P11: Número de seminarios de formación a los que has asistido los últimos doce meses: En este caso tampoco se ha obtenido ninguna correlación significativa con las puntuaciones de *burnout*. Shuster *et al*(1984) señalaba la falta de preparación del fisioterapeuta como una de las causas de burnout en este colectivo, pero en osteópatas, ni en la tesina de Webbe Rick (1999) ni en el presente estudio no se ha encontrado relación estadísticamente significativa entre la formación continuada y el síndrome objeto de estudio.

Datos relacionados con el tipo de procedimientos osteopáticos y la frecuencia con la que el encuestado las realiza P12, P13 y P14:

Una de las novedades que aporta este trabajo respecto a la bibliografía existente acerca del síndrome de *burnout* en osteópatas es la inclusión de los tipos de procedimientos técnicos que los osteópatas encuestados realizan en su práctica laboral dentro de las variables de estudio.

De las tres preguntas realizadas al respecto sólo se han obtenido resultados estadísticamente significativos en P12.

- **P12: Influencia de las técnicas osteopáticas realizadas a diario con los resultados del MBI:**

- a) Respecto al Agotamiento Emocional: Tal y como podemos ver en la página... del apartado de Resultados y en anexo 8, sólo existe una técnica/abordaje osteopático que influye significativamente en esta subescala, y es la *abordaje craneal*. Los individuos que realizan este procedimiento a diario tienen menos *burnout* en AE obteniendo de media 5,52 puntos menos en esta subescala que el resto de sujetos. Si se tienen en cuenta los valores de evaluación de esta subescala mostrados en la Tabla 1 de este trabajo podemos afirmar que una diferencia de 5,52 puntos en la puntuación ejerce una influencia moderada en el nivel de puntuación de esta subescala.
- b) Respecto a la Despersonalización: la única variable influyente es el *abordaje tisular*. Los individuos que realizan este abordaje a diario tienen menos *burnout* en DP, obteniendo de media 1,802 puntos menos que el resto de sujetos. Analizando la Tabla 1 nos damos cuenta de que esta influencia es leve.
- c) Respecto a la Realización Personal: la única técnica que influye significativamente vuelve a ser el *abordaje tisular*. Los osteópatas que lo practican diariamente tienen menos *burnout* en RP, con una media de 3,663 puntos menos en su puntuación. En este caso podríamos afirmar que el grado de influencia es entre leve y moderado.

Tal como hemos comentado anteriormente, no existe bibliografía acerca de las relaciones entre el tipo los procedimientos osteopáticos realizados y el bienestar del osteópata en su puesto de trabajo, y mucho menos de la relación de éstos con el síndrome de *burnout*. La investigación de éste tema es una de las novedades más importantes que aporta el presente estudio respecto a los trabajos realizados anteriormente.

A la vista de los resultados parece claro que el tipo de procedimientos osteopáticos no es un factor determinante en la prevalencia de burnout entre los osteópatas de Catalunya. Pero también podemos observar que, aunque sea de forma moderada o leve, hay procedimientos que se relacionan con una mejoría del síndrome, lo que hace pensar que analizando las características de estos dos

procedimientos, quizá podamos dilucidar algún indicio, que pueda señalar alguna hipótesis de estudio para próximos trabajos sobre el tema. Si observamos los dos procedimientos técnicos que mejoran el bienestar de los osteópatas, podemos ver que en los dos casos se trata de abordajes, no de técnicas. Cada abordaje aporta una perspectiva, una forma de mirar y acercarse al paciente, que comprende un tipo de técnicas exploratorias particulares, una lógica de discernimiento particular (dentro de los principios osteopáticos), un posicionamiento óptimo como terapeuta para poder ejercer ese abordaje y unos procedimientos técnicos. Si comparamos los dos abordajes al detalle podemos ver que el tipo de aproximación es diferente, la exploración tiene poco en común y los procedimientos técnicos para el tratamiento pueden presentar una gran disparidad, pero las dos tienen una cosa en común; que en su formación se incide muy explícitamente en el posicionamiento del osteópata consigo mismo y respecto al paciente. En el *abordaje craneal*, para poder evaluar y trabajar en cada uno de los cinco fenómenos (*movilidad* de los huesos del cráneo, membranas de tensión recíproca, *movilidad* del sacro, fluido y Sistema Nervioso Central) es necesario educar la posición del osteópata y la distancia terapéutica óptima para ofrecer a la salud del paciente la oportunidad de responder en el nivel en el que se está trabajando. Esta distancia terapéutica se ejerce con la distancia física (posición del terapeuta y cantidad de presión de las manos) y con la atención (modulando la disociación de la atención según el fenómeno que estemos evaluando y/o tratando)²³. De la misma manera, el *abordaje tisular*, ideado por el osteópata francés Pierre Tricot, pone énfasis en que el osteópata perfeccione y tenga en cuenta en su trabajo unas variables cuantitativas: la fuerza, la velocidad y la densidad del tejido, y unas variables cualitativas: la atención, la presencia y la intención. Parte de su formación consiste en el entrenamiento en relación con estas seis variables²⁴.

Con los puntos en común vistos anteriormente, además de aconsejar a los individuos que presenten niveles altos de burnout en AE un acercamiento en su práctica diaria al *abordaje craneal*, y lo correspondiente respecto al *abordaje tisular* con todos aquellos osteópatas que aquejen altos niveles de DP o de RP, también se hace evidente a partir de estos resultados, la sugerencia hacia los osteópatas que presenten *burnout* en sus puestos de trabajo, de plantearse el uso que le dan en su consulta a las herramientas más sutiles del osteópata, como son

el posicionamiento de uno mismo, la distancia terapéutica óptima respecto al paciente y el uso consciente y sano de la atención y la intención, sean cuales sean los tipos de técnicas y abordajes que practiquen en sus consultas.

Por último es interesante destacar un estudio realizado por Alba de Felipe(2002) en el que se relacionan la facilidad y tendencia para realizar técnicas osteopáticas directas o indirectas por parte de los alumnos de osteopatía de la Escola d'Osteopatia de Barcelona en función de los resultados obtenidos en un test de personalidad²⁵. En este estudio se muestra una relación significativa de determinados rasgos de la personalidad de los encuestados con una mayor destreza en las técnicas directas, mientras que los individuos que tenían más facilidad para las técnicas indirectas presentaban otros rasgos en común respecto a las características de su personalidad²⁵. Parece lógico pensar que una línea importante de trabajo para avanzar en el estudio del síndrome del *burnout* entre los osteópatas sería avanzar en el conocimiento de los rasgos de personalidad en relación con los resultados del test MBI.

-P13: Técnicas que no son realizadas a diario y P14: Enfoque (maximalista, minimalista o uno u otro dependiendo del caso):

No se han mostrado significativas respecto a los niveles de burnout.

CONCLUSIONES:

El presente trabajo ha sido un estudio descriptivo observacional transversal en el que se ha encuestado a los osteópatas registrados en el Registro de Osteópatas de España que trabajan en Catalunya con el objetivo de determinar la prevalencia del síndrome de *burnout* en este colectivo y comprobar si existen relaciones significativas entre unas variables socio-demográficas y laborales preguntadas y las puntuaciones del test de *burnout*.

El estudio estadístico de los resultados nos ha permitido llegar a las conclusiones siguientes:

- La mayoría de los encuestados (poco más de la mitad) no presentan *burnout* , y del resto la mayoría lo hace con un nivel moderado en alguna de las tres subescalas que conforman el síndrome. Son pocos los individuos que presentan nivel alto en alguna subescala y más reducidos aún los casos que presentan burnout medio o alto en más de una subescala. No existen casos de *burnout* extremo en este colectivo.
- En cuanto a las relaciones entre las variables socio-demográficas y laborales preguntadas y las puntuaciones de *burnout* se ha constatado que los hombres presentan una mayor prevalencia e intensidad del síndrome que las mujeres (especialmente en la subescala de Agotamiento Emocional), que los individuos que usan a diario el *abordaje craneal* obtienen una mejoría moderada en la subescala de Agotamiento Emocional y que los que usan diariamente el *abordaje tisular* experimentan una mejoría leve en la subescala de Despersonalización y entre leve y moderada en la subescala de Realización Personal.
- También se ha visto que un aumento de las semanas de vacaciones o de baja laboral agrava muy levemente el burnout de la subescala de Realización Personal.
- En cuanto a las cuestiones referidas al lugar de trabajo, se ha constatado que los osteópatas que trabajan en diferentes consultas obtienen una mejoría leve en la subescala de Despersonalización, con respecto a los que trabajan siempre en la misma consulta.
- Los osteópatas que comparten más a menudo con otros osteópatas acerca de la osteopatía han mostrado indicios de mejoría en la escala de Realización Personal.

- Las cuestiones relacionadas con la edad, la carga laboral, cantidad de horas de trabajo, duración de las visitas, años de experiencia y formación continuada no muestran relaciones estadísticamente significativas con las puntuaciones del test de burnout.

Podemos concluir que la mayoría de población en estudio no presenta síndrome o lo hace de forma moderada. Así mismo, en general los ítems socio-demográficos y laborales preguntados en este estudio han demostrado tener una influencia leve en las puntuaciones de *burnout*. A partir de la información que aporta este estudio, con respecto a los osteópatas que presentan el síndrome podría resultar de mucho interés un estudio que relacionara la presencia del síndrome de *burnout* con un análisis de los rasgos de personalidad de los individuos.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Freudenberger, H. J. Staff-out. *Journal of Social Issues* 1974, 30 (1), 159-165.
2. Arón, A.M y LLanoa,M.T. Cuidar a los que cuidan: desgaste profesional y cuidado de los equipos que trabajan con violencia. *Sistemas Familiares*, año 2004, n.1-2, p5-15.
3. Cherniss, C. *Staff Burnout*. Londres: Sage publications.1980.
4. Pines, A., Aronson, E. i Kafry D. Burnout: from tedium to personal growth. En C. Cherniss (ed): *Staff burnout: Job stress in the human services*. Nueva York 1981. The Free Press.
5. Maslach, C., Jackson, S.E.. The measurement of experienced burnout. *Journal of occupational behaviour* 1981. Vol. 2, 99-113.
6. Maslach, C, Jackson, S.E. *Maslach Burnout Inventory*, 2a ed. California 1986. Consulting Psychologist Press.
7. Gil- Monte, P.R., Peiró, J.M. y Varcárcel, P. Estrés de rol y autoconfianza como variables antecedentes en el síndrome de burnout en profesionales de enfermería. En L. Munduate y M. Barón: *Gestión de recursos humanos y calidad de vida laboral*. Sevilla: Eudema. 1993.
8. Gil- Monte, P. R., y Peiró, J.M. *Desgaste psíquico en el trabajo; el síndrome de quemarse*. Madrid: Síntesis. 1997.
9. Gil-Monte, P.R. Influencia del género sobre el proceso de desarrollo del síndrome de quemarse por el trabajo (burnout) en profesionales de enfermería. *Psicología em estudo* 2002. 7, 3-10.
10. Gil-Monte, P.R. *El síndrome de quemarse por el trabajo: una enfermedad laboral en la sociedad del bienestar*. Madrid: Pirámide. 2005.
11. Gil-Monte, P.R, Garcia-Juestas, J.A y Caro, M. Influencia de la sobrecarga laboral y la autoeficiencia sobre el síndrome de quemarse por el trabajo (burnout) en profesionales de enfermería. *Interamerican Journal of Psychology* 2008. 42, en prensa.
12. Wolfe,G. A. Burnout of therapists. *Physical Therapy* 1981, 61, 1046-1050.
13. Shuster, N.D., Nelson, D.L.y Quisling, C. (1984). Burnout among physical therapists. *Physical Therapy* 1981, 64, 299-303.
14. Deckard, G.J. y Present, R.M. Impact of role stress on physical therapist emotional and physical well-being. *Physical therapy* 1989, 69, 713-718.
15. Donohe, E., Nawawi, A., Wilker, L., Schindler, T. y Jette, D. Factors asociated with burnout of physical therapista in Massachusets rehabilitation hospitals. *Physical Therapy* 1993, 73, 750-761.
16. Serrano Gisbert, M.F., Garcés de los Fayos, E.J. y Hidalgo Montesinos, M.D. Burnout en fisioterapeutas españoles. *Psicothema* 2008. vol 20, n.3, pp. 361-368.
17. Webbe Rick. *Professional burnout in osteopathy*. British School of Osteopathy 1999. Undergraduate project, no publicado.
18. Sociedad Española de Médicos de Atención Primària;
www.semergen.es/semergen/microsites/manuales/bern/deteccion.pdf
19. Pedret Yerba , R., Sagnier Delgado, L., García García. I., Morell Delteu, A. Tècniques quantitatives per a l'obtenció d'informació. Material didàctic P03/14004/00221. Universitat Oberta de Catalunya, p. 58.

20. Boada, J., De Diego, R. Y Agulló, E. El burnout y las manifestaciones psicósomáticas como consecuentes del clima organizacional y de la motivación laboral. *Psicothema*, 2004, 16 (1), 125-131.
21. Registro de Osteópatas de España; [www. Osteopatas.org](http://www.Osteopatas.org).
22. Gil-Monte, P.R., Moreno-Jiménez, B. El síndrome de quemarse por el trabajo (burnout). Grupos profesionales de riesgo. Madrid. Pirámide. 2007.
23. Cockhill, P. Comunicación personal. Postgrado “Osteopathy in the Cranial Field”, módulo 2/3. San Sebastián. 2011.
24. Tricot, P. Comunicación personal. Curso “Osteopatía Tisular” Nivel 1, Viver, València. 2006.
25. De Felipe, Konecna, A. Afinidad de técnicas directas o indirectas de los estudiantes de osteopatía según su personalidad. 2012. Proyecto de graduación. No publicado.

ANEXO:

Anexo 1: Test:

Datos socio-demográficos y laborales:

Por favor, responde a las siguientes cuestiones clicando en la casilla que se corresponda a tu respuesta, o respondiendo con una cifra, según el caso:

*Obligatorio

1. Género:

- Hombre
- Mujer

2. Edad: (Escribe el número de años)

3. Años que hace que trabajas como osteópata: (Escribe el número de años)

4. Número de visitas que realizas a la semana: (de media) (Escribe el número de visitas que mas se aproxima a la realidad, teniendo en cuenta el último mes)

5. Cantidad de tiempo que sueles dedicar a cada visita: (en minutos) (Escribe la cantidad que consideres que corresponderia a la media)

6. Número de dias que trabajas a la semana:

7. Número de semanas de vacaciones (o de baja laboral de cualquier tipo) que has tenido los últimos 12 meses:

8. Respecto al lugar donde trabajas como osteópata: (Clica tu respuesta entre las diferentes opciones)

- 1. Trabajo siempre en el mismo lugar
- 2. Trabajo en diferentes centros/ consultas:

9. Respecto a la presencia de más profesionales de la salud en tu lugar / lugares de trabajo: (Clica tu respuesta entre las diferentes opciones)

- 1. Trabajo siempre sólo / sola
- 2. En mi trabajo coincido con mas osteópatas
- 3. En mi trabajo coincido con otros profesionales de la salud (no osteópatas)
- 4. Trabajo coincidiendo con otros profesionales de la salud y también con osteópatas.

10. Frecuencia con la que hablas o compartes con otros osteópatas, acerca de la osteopatía o de tu práctica laboral: (Clica tu respuesta entre las diferentes opciones)

- 0. Nunca
- 1. Alguna vez al año o menos
- 2. Una vez al mes o menos
- 3. Algunas veces al mes
- 4. Una vez a la semana
- 5. Varias veces a la semana
- 6. Diariamente

11. Número de seminarios de formación a los que has asistido los últimos 12 meses:
(Escribe el número)

Respecto al tipo de procedimientos osteopáticos que practicas:

Por favor, clica a continuación en las casillas correspondientes, según la frecuencia con la que practiques cada tipo de abordaje osteopático:

12. Procedimientos que usas a diario: (Puedes clicar tantas opciones como se correspondan con tu práctica diaria)

- 1. " Abordaje Estructural "
- 2. " Abordaje Visceral "
- 3. " Abordaje Craneal "
- 4. Osteopatía Pediátrica
- 5. Técnicas Funcionales
- 6. BLT ("Técnicas de Balance Ligamentario")
- 7. Desenrollamiento de fascias ("Unwindings")
- 8. " Biodinámica " (Visión Biodinámica de la Osteopatía en el campo Craneal)
- 9. TGO
- 10. " Abordaje Tisular "
- 11. SAT
- 12. " Tratamientos somato-emocionales "
- 13. " Body Adjustment " ("Osteopatía Cásica")
- 14. Otros

13. Procedimientos que, aunque no usas a diario, si sueles usar en el transcurso de la semana, o varias veces al mes: (Puedes clicar tantas opciones como se correspondan con tu práctica)

- 1. " Abordaje Estructural "
- 2. " Abordaje Visceral "
- 3. " Abordaje Craneal "

- 4. Osteopatía Pediátrica
- 5. Técnicas Funcionales
- 6. BLT ("Técnicas de Balance Ligamentario")
- 7. Desenrollamiento de fascias ("Unwindings")
- 8. " Biodinámica " (Visión Biodinámica de la Osteopatía en el campo Craneal)
- 9. TGO
- 10. " Abordaje Tisular "
- 11. SAT
- 12. " Tratamientos somato-emocionales "
- 13. " Body Adjustment " ("Osteopatía Cásica")
- 14. Otros

14. Enfoque que más uso: (Clica la opción que más uses)

- 1. Enfoque Maximalista (Hago varias técnicas en la misma visita)
- 2. Enfoque Minimalista (Sólo hago una técnica de tratamiento por visita)
- 3. Hago una cosa u otra según el caso

TEST MBI:

A continuación encontrará una serie de enunciados acerca de su trabajo y de sus sentimientos hacia él. Tiene que saber que no existen respuestas mejores o peores. Los resultados de este cuestionario, de la misma forma que con las preguntas anteriores, son totalmente anónimos, y en ningún caso accesibles a otras personas. Su objeto es contribuir al conocimiento de las condiciones de su trabajo y mejorar su nivel de satisfacción. A cada una de las frases debe responder expresando la frecuencia con la que tiene ese sentimiento, clicando con su ratón en la casilla correspondiente al número que considere más adecuado.

1. Me siento emocionalmente agotado/ a por mi trabajo. *

- 0. Nunca
- 1. Alguna vez al año o menos
- 2. Una vez al mes o menos
- 3. Algunas veces al mes
- 4. Una vez a la semana
- 5. Varias veces a la semana
- 6. Diariamente

2. Me siento cansado/ a al final de la jornada de trabajo. *

- 0. Nunca
- 1. Alguna vez al año o menos
- 2. Una vez al mes o menos
- 3. Algunas veces al mes
- 4. Una vez a la semana

- 5. Varias veces a la semana
- 6. Diariamente

3. Me siento fatigado/ a cuando me levanto de la cama y tengo que ir a trabajar. *

- 0. Nunca
- 1. Alguna vez al año o menos
- 2. Una vez al mes o menos
- 3. Algunas veces al mes
- 4. Una vez a la semana
- 5. Varias veces a la semana
- 6. Diariamente

4. Comprendo fácilmente cómo se sienten los pacientes. *

- 0. Nunca
- 1. Alguna vez al año o menos
- 2. Una vez al mes o menos
- 3. Algunas veces al mes
- 4. Una vez a la semana
- 5. Varias veces a la semana
- 6. Diariamente

5. Creo que trato a algunos pacientes como si fueran objetos impersonales. *

- 0. Nunca
- 1. Alguna vez al año o menos
- 2. Una vez al mes o menos
- 3. Algunas veces al mes
- 4. Una vez a la semana
- 5. Varias veces a la semana
- 6. Diariamente

6. Trabajar todo el día con mucha gente es un esfuerzo. *

- 0. Nunca
- 1. Alguna vez al año o menos
- 2. Una vez al mes o menos
- 3. Algunas veces al mes
- 4. Una vez a la semana
- 5. Varias veces a la semana
- 6. Diariamente

7. Trato muy eficazmente los problemas de los pacientes. *

- 0. Nunca
- 1. Alguna vez al año o menos
- 2. Una vez al mes o menos
- 3. Algunas veces al mes
- 4. Una vez a la semana
- 5. Varias veces a la semana
- 6. Diariamente

8. Me siento "quemado/ a" por mi trabajo. *

- 0. Nunca
- 1. Alguna vez al año o menos
- 2. Una vez al mes o menos
- 3. Algunas veces al mes
- 4. Una vez a la semana
- 5. Varias veces a la semana
- 6. Diariamente

9. Creo que influyo positivamente con mi trabajo en la vida de los pacientes. *

- 0. Nunca
- 1. Alguna vez al año o menos
- 2. Una vez al mes o menos
- 3. Algunas veces al mes
- 4. Una vez a la semana
- 5. Varias veces a la semana
- 6. Diariamente

10. Me he vuelto más insensible con la gente desde que ejerzo esta profesión. *

- 0. Nunca
- 1. Alguna vez al año o menos
- 2. Una vez al mes o menos
- 3. Algunas veces al mes
- 4. Una vez a la semana
- 5. Varias veces a la semana
- 6. Diariamente

11. Me preocupa el hecho de que este trabajo me endurezca emocionalmente. *

- 0. Nunca
- 1. Alguna vez al año o menos
- 2. Una vez al mes o menos
- 3. Algunas veces al mes
- 4. Una vez a la semana
- 5. Varias veces a la semana

- 6. Diariamente

12. Me siento muy activo/ a. *

- 0. Nunca
- 1. Alguna vez al año o menos
- 2. Una vez al mes o menos
- 3. Algunas veces al mes
- 4. Una vez a la semana
- 5. Varias veces a la semana
- 6. Diariamente

13. Me siento frustrado/ a en mi trabajo. *

- 0. Nunca
- 1. Alguna vez al año o menos
- 2. Una vez al mes o menos
- 3. Algunas veces al mes
- 4. Una vez a la semana
- 5. Varias veces a la semana
- 6. Diariamente

14. Creo que estoy trabajando demasiado. *

- 0. Nunca
- 1. Alguna vez al año o menos
- 2. Una vez al mes o menos
- 3. Algunas veces al mes
- 4. Una vez a la semana
- 5. Varias veces a la semana
- 6. Diariamente

15. Realmente no me preocupa lo que les ocurre a mis pacientes. *

- 0. Nunca
- 1. Alguna vez al año o menos
- 2. Una vez al mes o menos
- 3. Algunas veces al mes
- 4. Una vez a la semana
- 5. Varias veces a la semana
- 6. Diariamente

16. Trabajar directamente con personas me produce estrés. *

- 0. Nunca

- 1. Alguna vez al año o menos
- 2. Una vez al mes o menos
- 3. Algunas veces al mes
- 4. Una vez a la semana
- 5. Varias veces a la semana
- 6. Diariamente

17. Puedo crear fácilmente una atmósfera relajada con mis pacientes. *

- 0. Nunca
- 1. Alguna vez al año o menos
- 2. Una vez al mes o menos
- 3. Algunas veces al mes
- 4. Una vez a la semana
- 5. Varias veces a la semana
- 6. Diariamente

18. Me siento estimulado/a después de trabajar con mis pacientes. *

- 0. Nunca
- 1. Alguna vez al año o menos
- 2. Una vez al mes o menos
- 3. Algunas veces al mes
- 4. Una vez a la semana
- 5. Varias veces a la semana
- 6. Diariamente

19. He conseguido muchas cosas útiles en mi profesión. *

- 0. Nunca
- 1. Alguna vez al año o menos
- 2. Una vez al mes o menos
- 3. Algunas veces al mes
- 4. Una vez a la semana
- 5. Varias veces a la semana
- 6. Diariamente

20. Me siento acabado/ a. *

- 0. Nunca
- 1. Alguna vez al año o menos
- 2. Una vez al mes o menos
- 3. Algunas veces al mes
- 4. Una vez a la semana
- 5. Varias veces a la semana
- 6. Diariamente

21. En mi trabajo trato los problemas emocionales con mucha calma. *

- 0. Nunca
- 1. Alguna vez al año o menos
- 2. Una vez al mes o menos
- 3. Algunas veces al mes
- 4. Una vez a la semana
- 5. Varias veces a la semana
- 6. Diariamente

22. Siento que los pacientes me culpan por alguno de sus problemas. *

- 0. Nunca
- 1. Alguna vez al año o menos
- 2. Una vez al mes o menos
- 3. Algunas veces al mes
- 4. Una vez a la semana
- 5. Varias veces a la semana
- 6. Diariamente

Anexo 2: Primer Email; 20 de marzo del 2012:

Benvolgut/da company/a osteòpata:

Em dic Raül Castillo Acosta, sóc osteòpata (MROE núm. 296) ex-alumne de la Escola d'Osteopatia de Barcelona, i en aquests moments estic preparant el projecte de recerca per obtenir el Diploma d'Osteopatia (DO). He accedit al teu email a través de la pàgina web del ROE.

Per al projecte en qüestió, haig d'enviar un test a tots els osteòpates que treballen a Catalunya registrats al ROE. És per això que t'estaria molt agraït si poguessis respondre el formulari tipus test que t'envio amb aquest email.

El test es respon en **10 minuts**, i la informació que se'n pot treure penso que pot ser d'utilitat per a la nostra professió.

El sistema utilitzat per que contestis el qüestionari ("Google Docs") assegura el **total anonimat de les respostes**. Un cop enviat, serà rebut sense cap remitent a qui associar amb les respostes.

El formulari només pot ser enviat en castellà.

El termini per rebre les respostes serà des del 20 de març fins al divendres 23 de maig del 2012. Entre mig, i per qüestions metodològiques, t'enviaré alguns emails de recordatori. En el cas que ja hakis contestat una vegada, si us plau, no contestis una segona vegada.

Per contestar, només has de clicar en el següent link i us apareixarà el test. Contesta les preguntes i al finalitzar clica "enviar" (just a sota de la última pregunta):

<https://docs.google.com/spreadsheet/viewform?formkey=dGFxcnZTcDBWSjAxMjhkbUhqSFFoaUE6MQ>

Moltes gràcies per anticipat!

Rep una cordial salutació!

Raül Castillo Acosta

PD: El treball serà entregat el mes de gener de 2013 a l'Escola d'Osteopatia de Barcelona. En cas de ser aprovat podràs accedir a una còpia del mateix a la biblioteca de l'escola. Per més informació pots adreçar-te a mi en aquest mateix email i estaré encantat d'informar-te.

Apreciado/ a compañero/ a osteópata:

Me llamo Raúl Castillo Acosta, soy osteópata (MROE: num. 296) ex-alumno de la Escola d' Osteopatia de Barcelona, y en estos momentos estoy preparando el proyecto de investigación para obtener el Diploma de Osteopatía (DO). He accedido a tu email a través de la página web del Registro de Osteópatas de España.

Para realizar el proyecto en cuestión, debo enviar un test a todos los osteópatas que trabajan en Catalunya y que están registrados en el ROE. Te estaría muy agradecido si pudieses responder el formulario tipo test que te envío con este email.

El test se responde en **10 minutos**, y la información que se puede extraer de él podría ser de utilidad para nuestra profesión.

El sistema utilizado para que contestes el cuestionario (“Google Docs”) asegura el **total anonimato de las respuestas**. Una vez enviado, será recibido sin ningún remitente a quien asociar las respuestas.

El espacio de tiempo para recibir las respuestas será entre el martes 20 de marzo y el viernes 23 de mayo del 2012. Durante estos meses, por cuestiones metodológicas, te enviaré algunos emails recordatorios. Si ya has contestado y enviado el test, te ruego que no contestes por segunda vez.

Para contestar, sólo tienes que clicar en el siguiente link y te aparecerá el formulario. Contesta las preguntas y al finalizar clica “enviar” (justo debajo de la última pregunta):

<https://docs.google.com/spreadsheets/viewform?formkey=dGFxcnZTcDBWSjAxMjhkbUhqSFFoaUE6MQ>

Muchas gracias por anticipado!

Recibe un cordial saludo!

Raül Castillo Acosta

P.D: El trabajo será entregado en el mes de enero del 2013 en la Escola d'Osteopatia de Barcelona. En el caso de ser aprobado podrías acceder a una copia del mismo en la biblioteca de dicha escuela. Para mas información puedes dirigirte a mi en este mismo dirección de email. Estaré encantado de informarte.

Anexo 3: Segundo E-mail (primer e-mail recordatorio) 19 de abril del 2012:

Benvolguts/des companys/es osteópates:

Em dic Raül Castillo (MROE: 296) i el passat 20 de març us vaig enviar un email explicant-vos us estudi que estic realitzant entre els osteópates del ROE que treballen a Catalunya.

El motiu del present email és recordar-vos l'existència del mateix i animar-vos a participar.

Per fer-ho, només heu de clicar sobre el link que us adjunto a continuació d'aquest email, contestar les preguntes i clicar la casella “ enviar ” que hi ha just a sota de la última pregunta.

És important que contesteu totes les preguntes perquè els resultats puguin ser utilitzats a l'estudi.

L'anonimat de les respostes fa que us estigui enviant aquest email als mateixos remittents. Als destinataris que ja hagueu contestat i enviat el test us prego que no el contesteu una segona vegada.

Moltes gràcies per la vostra col·laboració!

Rebeu cordial salutació

Raül Castillo Acosta

(P.D: El període de recollida de respostes finalitza el 23 de maig del 2012)

Link test: <https://docs.google.com/spreadsheet/viewform?formkey=dGFxcnZTcDBWSjAxMjhkbUhqSFFoaUE6MQ>

Apreciados/as compañeros/as osteópatas:

Me llamo Raül Castillo (MROE: 296) y el pasado 20 de marzo os envié un email comunicando un estudio que estoy realizando entre los osteópatas del ROE que trabajan en Catalunya.

El motivo del presente email es recordaros la existencia del mismo y animaros a participar.

Para hacerlo sólo tenéis que clicar sobre el link que os adjunto justo antes de la traducción en castellano de este email (línea de color azul), contestar las preguntas y clicar en la casilla “ enviar ” que está justo debajo de la última pregunta.

Es importante que contestéis todas las preguntas para que los resultados puedan ser usados en el estudio.

El anonimato de las respuestas hace que os esté enviando este email a los mismos remitentes. A los destinatarios que ya hayáis contestado y enviado el test os pido que no contestéis por segunda vez.

Muchas gracias por vuestra colaboración!

Un cordial saludo

Raül Castillo Acosta

(P.D: El período de recogida de respuestas finaliza el 23 de mayo del 2012)

Anexo 4: Tercer e-mail (segundo e-mail recordatorio) 16 de mayo del 2012:

Benvolguts/des companys/es osteópates:

Em dic Raül Castillo (MROE: 296) i el passat 20 de març us vaig enviar un email explicant-vos us estudi que estic realitzant entre els osteópates del ROE que treballen a Catalunya.

El motiu del present email és recordar-vos l'existència del mateix i informar-vos a tots els qui vulgueu participar en l'estudi i encara no ho hagueu fet, que la data última de recollida de tests serà **el proper dimecres 23 de maig**.

Per fer-ho, només heu de clicar sobre el link que us adjunto a continuació d'aquest email, contestar les preguntes i clicar la casella “ enviar ” que hi ha just a sota de la última pregunta.

És important que contesteu totes les preguntes perquè els resultats puguin ser utilitzats a l'estudi.

L'anonimat de les respostes fa que us estigui enviant aquest email als mateixos remitents. Als destinataris que ja hagueu contestat i enviat el test us prego que no el contesteu una segona vegada.

Moltes gràcies per la vostra col·laboració!

Rebeu cordial salutació

Raül Castillo Acosta

Link test: <https://docs.google.com/spreadsheet/viewform?formkey=dGFxcnZTcDBWSjAxMjhkbUhqSFFoaUE6MQ>

Apreciados/as compañeros/as osteópatas:

Me llamo Raül Castillo (MROE: 296) y el pasado 20 de marzo os envié un email comunicando un estudio que estoy realizando entre los osteópatas del ROE que trabajan en Catalunya.

El motivo del presente email es recordaros la existencia del mismo e informaros a todos los que queráis participar en el estudio y aún no lo hayáis hecho, que la fecha última de recogida de tests será **el próximo miércoles 23 de mayo.**

Para hacerlo sólo tenéis que clicar sobre el link que os adjunto justo antes de la traducción en castellano de este email (línea de color azul), contestar las preguntas y clicar en la casilla “ enviar ” que está justo debajo de la última pregunta.

Es importante que contestéis todas las preguntas para que los resultados puedan ser usados en el estudio.

El anonimato de las respuestas hace que os esté enviando este email a los mismos remitentes. A los destinatarios que ya hayáis contestado y enviado el test os pido que no contestéis por segunda vez.

Muchas gracias por vuestra colaboración!

Un cordial saludo

Raül Castillo Acosta

Anexo 5: Correlación Lineal bivariada (R de Pearson) para las variables cuantitativas:

Correlaciones

		2. Edad:	3. Años que hace que trabajas como osteópata:	4. Número de visitas que realizas a la semana: (de media)	5. Cantidad de tiempo que sueles dedicar a cada visita: (en minutos)	6. Número de días que trabajas a la semana:	7. Número de semanas de vacaciones (o de baja laboral de cualquier tipo) que has tenido los últimos 12 meses:	AGOTAMIENTO EMOCIONAL	DESPERSONALIZACIÓN	REALIZACIÓN PERSONAL
2. Edad: Correlación de Pearson		1	,561**	,208	-,192	-,003	-,117	-,104	-,027	,195
Sig. (bilateral)			,000	,055	,077	,982	,284	,343	,804	,071
N		86	86	86	86	84	85	86	86	86
3. Años que hace que trabajas como osteópata:	Correlación de Pearson	,561**	1	,336**	-,234*	,050	-,158	-,169	-,141	,108
que	Sig. (bilateral)	,000		,002	,030	,651	,148	,121	,194	,321
trabajas como osteópata:	N	86	86	86	86	84	85	86	86	86
4. Número de visitas que realizas a la semana: (de media)	Correlación de Pearson	,208	,336**	1	-,412**	,304**	-,177	,098	-,091	,059
que	Sig. (bilateral)	,055	,002		,000	,005	,105	,371	,406	,588
realizas a la semana: (de media)	N	86	86	86	86	84	85	86	86	86
5. Cantidad de tiempo que sueles dedicar a cada visita: (en minutos)	Correlación de Pearson	-,192	-,234*	-,412**	1	,184	,147	-,014	-,052	-,119
de	Sig. (bilateral)	,077	,030	,000		,094	,179	,898	,636	,276
tiempo que sueles dedicar a cada visita: (en minutos)	N	86	86	86	86	84	85	86	86	86
6. Número de días que trabajas a la semana:	Correlación de Pearson	-,003	,050	,304**	,184	1	-,042	,046	-,001	,072
que	Sig. (bilateral)	,982	,651	,005	,094		,704	,677	,990	,518
trabajas a la semana:	N	86	86	86	86	84	85	86	86	86

Anexo 6: Tabla Número de respuestas válidas del test MBI:

Tabla: Número de respuestas válidas (n):

		Agotamiento emocional categorizado	Despersonalización categorizada	Realización Personal Categorizada
N	Válidos	86	86	86
	Perdidos	0	0	0

Anexo 7: Tabla de correlaciones entre los resultados de cada subescala de *burnout* en función del género:

			Correlaciones			
1. Género:			Número de tratamientos	AGOTAMIENTO O EMOCIONAL	DESPERSONALIZACIÓN	REALIZACIÓN PERSONAL
Mujer	Número de tratamientos	Correlación de Pearson	1	-,064	-,125	,204
		Sig. (unilateral)		,349	,224	,106
		N	39	39	39	39
	AGOTAMIENTO EMOCIONAL	Correlación de Pearson	-,064	1	,155	-,088
		Sig. (unilateral)	,349		,173	,297
		N	39	39	39	39
	DESPERSONALIZACIÓN	Correlación de Pearson	-,125	,155	1	-,180
		Sig. (unilateral)	,224	,173		,136
		N	39	39	39	39
	REALIZACIÓN PERSONAL	Correlación de Pearson	,204	-,088	-,180	1
		Sig. (unilateral)	,106	,297	,136	
		N	39	39	39	39
Hombre	Número de tratamientos	Correlación de Pearson	1	-,088	-,008	,388**
		Sig. (unilateral)		,280	,479	,004
		N	46	46	46	46
	AGOTAMIENTO EMOCIONAL	Correlación de Pearson	-,088	1	,475**	-,301*
		Sig. (unilateral)	,280		,000	,021
		N	46	46	46	46
	DESPERSONALIZACIÓN	Correlación de Pearson	-,008	,475**	1	-,270*
		Sig. (unilateral)	,479	,000		,035
		N	46	46	46	46
	REALIZACIÓN PERSONAL	Correlación de Pearson	,388**	-,301*	-,270*	1
		Sig. (unilateral)	,004	,021	,035	
		N	46	46	46	46

Anexo 8: Regresión Múltiple; abordaje craneal respecto a la puntuación de *burnout* en la subescala de Agotamiento Emocional (AE):

Regresión (Var. Dep. AGOTAMIENTO EMOCIONAL)

Variables introducidas/eliminadas^a

Modelo	Variables introducidas	Variables eliminadas	Método
1	Abordaje_craneal	.	Por pasos (criterio: Prob. de F para entrar <= ,050, Prob. de F para salir >= ,100).

Resumen del modelo

Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado corregida	Error típ. de la estimación
1	,222 ^a	,049	,038	8,219

ANOVA^b

Modelo		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
1	Regresión	292,945	1	292,945	4,337	,040 ^a
	Residual	5674,368	84	67,552		
	Total	5967,314	85			

Coefficientes^a

Modelo		Coefficients no estandarizados		Coefficientes tipificados	t	Sig.
		B	Error típ.	Beta		
1	(Constante)	20,273	2,478		8,181	,000
	Abordaje_craneal	-5,526	2,654	-,222	-2,082	,040

Anexo 9: Regresión múltiple: abordaje tisular respecto a la puntuación de burnout en la subescala de Despersonalización (DP):

Regresión (Var. Dep. DESPERSONALIZACIÓN)

Variables introducidas/eliminadas^a

Modelo	Variables introducidas	Variables eliminadas	Método
1	Abordaje_Tisular	.	Por pasos (criterio: Prob. de F para entrar <= ,050, Prob. de F para salir >= ,100).

Resumen del modelo

Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado corregida	Error típ. de la estimación
1	,274 ^a	,075	,064	3,004

ANOVA^b

Modelo		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
1	Regresión	61,301	1	61,301	6,792	,011 ^a
	Residual	758,095	84	9,025		
	Total	819,395	85			

Coefficientes^a

Modelo		Coefficients no estandarizados		Coefficients tipificados	t	Sig.
		B	Error típ.	Beta		
1	(Constante)	3,052	,394		7,736	,000
	Abordaje_Tisular	-1,802	,691	-,274	-2,606	,011

Anexo 10: Regresión Múltiple: abordaje tisular respecto a la puntuación de burnout en la subescala de Realización Personal (RP):

Regresión (Var. Dep. REALIZACIÓN PERSONAL)

Variables introducidas/eliminadas^a

Modelo	Variables introducidas	Variables eliminadas	Método
1	Abordage_Tisular	.	Por pasos (criterio: Prob. de F para entrar <= ,050, Prob. de F para salir >= ,100).

Resumen del modelo

Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado corregida	Error típ. de la estimación
1	,340 ^a	,116	,105	4,797

ANOVA^b

Modelo		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
1	Regresión	253,313	1	253,313	11,010	,001 ^a
	Residual	1932,559	84	23,007		
	Total	2185,872	85			

Coefficientes^a

Modelo		Coefficients no estandarizados		Coefficients tipificados	t	Sig.
		B	Error típ.	Beta		
1	(Constante)	41,052	,630		65,181	,000
	Abordage_Tisular	3,663	1,104	,340	3,318	,001

Anexo 11: Tablas de resultados y niveles de significación T de Student pata la pregunta 8 del test de datos socio-demográficos y laborales:

Prueba T

Estadísticos de grupo

8. Respecto al lugar donde trabajas como osteópata:		N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
AGOTAMIENTO EMOCIONAL	Trabajo siempre en el mismo lugar	47	16,15	8,824	1,287
	Trabajo en diferentes centros/ consultas	39	14,62	7,839	1,255
DESPERSONALIZACIÓN	Trabajo siempre en el mismo lugar	47	3,04	3,544	,517
	Trabajo en diferentes centros/ consultas	39	1,77	2,334	,374
REALIZACIÓN PERSONAL	Trabajo siempre en el mismo lugar	47	41,83	5,482	,800
	Trabajo en diferentes centros/ consultas	39	42,74	4,546	,728

Prueba de muestras independientes

		Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias						
									95% Intervalo de confianza para la diferencia	
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia	Inferior	Superior
AGOTAMIENTO EMOCIONAL	Se han asumido varianzas iguales	,056	,813	,844	84	,401	1,534	1,818	-2,082	5,149
	No se han asumido varianzas iguales			,853	83,585	,396	1,534	1,798	-2,042	5,109
DESPERSONALIZACIÓN	Se han asumido varianzas iguales	4,668	,034	1,923	84	,058	1,273	,662	-,043	2,590
	No se han asumido varianzas iguales			1,996	80,138	,049	1,273	,638	,004	2,543
REALIZACIÓN PERSONAL	Se han asumido varianzas iguales	,791	,376	-,830	84	,409	-,914	1,100	-3,102	1,275
	No se han asumido varianzas iguales			-,845	84,000	,401	-,914	1,081	-3,064	1,237

Anexo 12: Tablas de resultados y diagramas de cajas de P9, P10 y P14:

P9: Respecto a la presencia de más profesionales de la salud en tu lugar / lugares de trabajo:

- 1. Trabajo siempre sólo/a**
- 2. En mi trabajo coincido con más osteópatas**
- 3. En mi trabajo coincido con otros profesionales de la salud (no osteópatas)**
- 4. Trabajo coincidiendo con otros profesionales de la salud y también con osteópatas**

Resumen del procesamiento de los casos

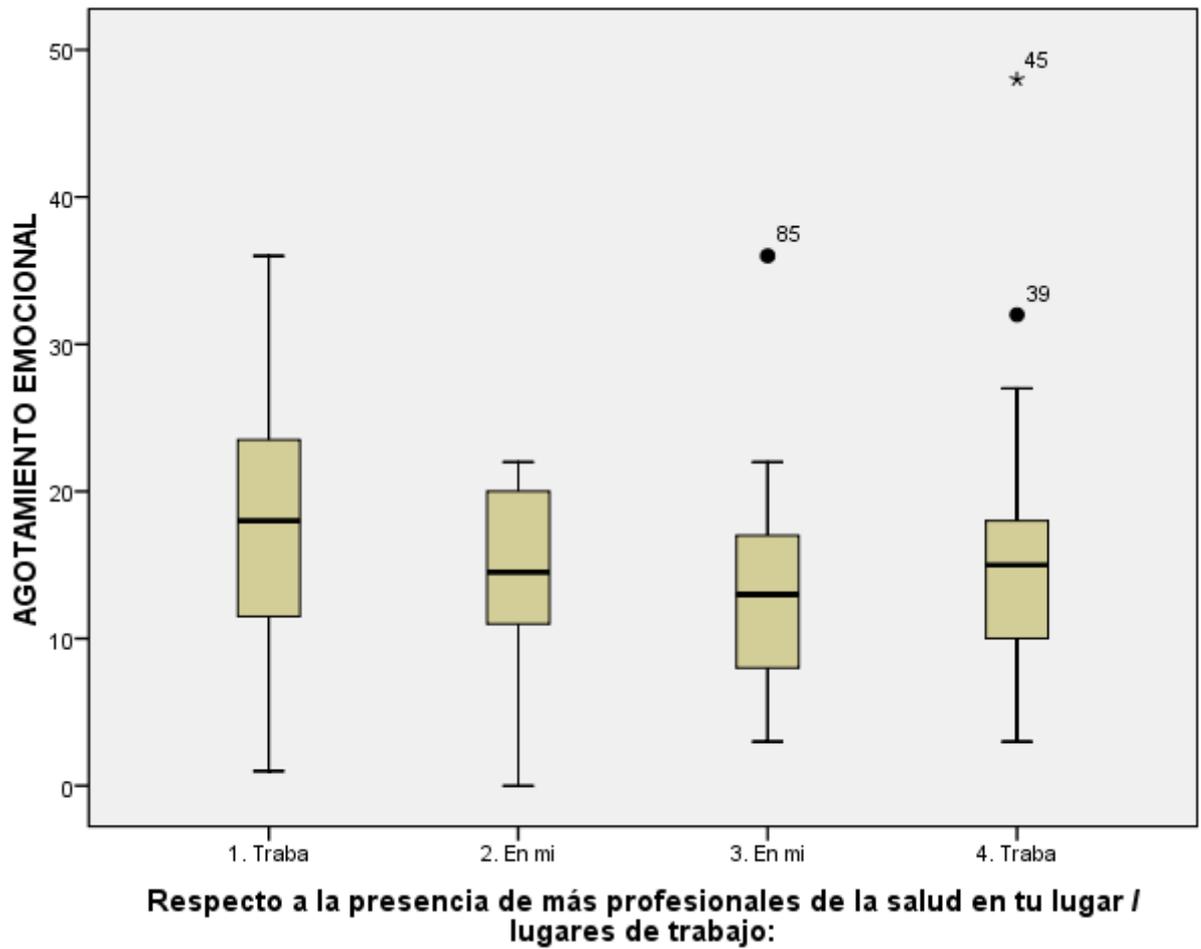
	Respecto a la presencia de más profesionales de la salud en tu lugar / lugares de trabajo:	Casos					
		Válidos		Perdidos		Total	
		N	Porcentaje	N	Porcentaje	N	Porcentaje
AGOTAMIENTO EMOCIONAL	1. Traba	19	100,0%	0	,0%	19	100,0%
	2. En mi	18	100,0%	0	,0%	18	100,0%
	3. En mi	16	100,0%	0	,0%	16	100,0%
	4. Traba	33	100,0%	0	,0%	33	100,0%
DESPERSONALIZACIÓN	1. Traba	19	100,0%	0	,0%	19	100,0%
	2. En mi	18	100,0%	0	,0%	18	100,0%
	3. En mi	16	100,0%	0	,0%	16	100,0%
	4. Traba	33	100,0%	0	,0%	33	100,0%
REALIZACIÓN PERSONAL	1. Traba	19	100,0%	0	,0%	19	100,0%
	2. En mi	18	100,0%	0	,0%	18	100,0%
	3. En mi	16	100,0%	0	,0%	16	100,0%
	4. Traba	33	100,0%	0	,0%	33	100,0%

Descriptivos^{a,b,c}

Respecto a la presencia de más profesionales de la salud en tu lugar / lugares de trabajo:		Estadístico	Error típ.		
AGOTAMIENTO EMOCIONAL	1. Traba	Media	17,58	2,016	
		Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior	13,34	
			Límite superior	21,82	
		Media recortada al 5%		17,48	
		Mediana		18,00	
		Varianza		77,257	
		Desv. típ.		8,790	
		Mínimo		1	
		Máximo		36	
		Rango		35	
		Amplitud intercuartil		15	
		Asimetría		,052	,524
		Curtosis		-,268	1,014
		2. En mi	Media	13,89	1,613
			Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior	10,49
			Límite superior	17,29	
		Media recortada al 5%		14,21	
		Mediana		14,50	
		Varianza		46,810	
		Desv. típ.		6,842	
		Mínimo		0	
		Máximo		22	
		Rango		22	
		Amplitud intercuartil		11	
		Asimetría		-,634	,536
		Curtosis		-,557	1,038
	3. En mi	Media	13,75	2,042	
		Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior	9,40	
			Límite superior	18,10	
		Media recortada al 5%		13,11	
		Mediana		13,00	
		Varianza		66,733	
		Desv. típ.		8,169	

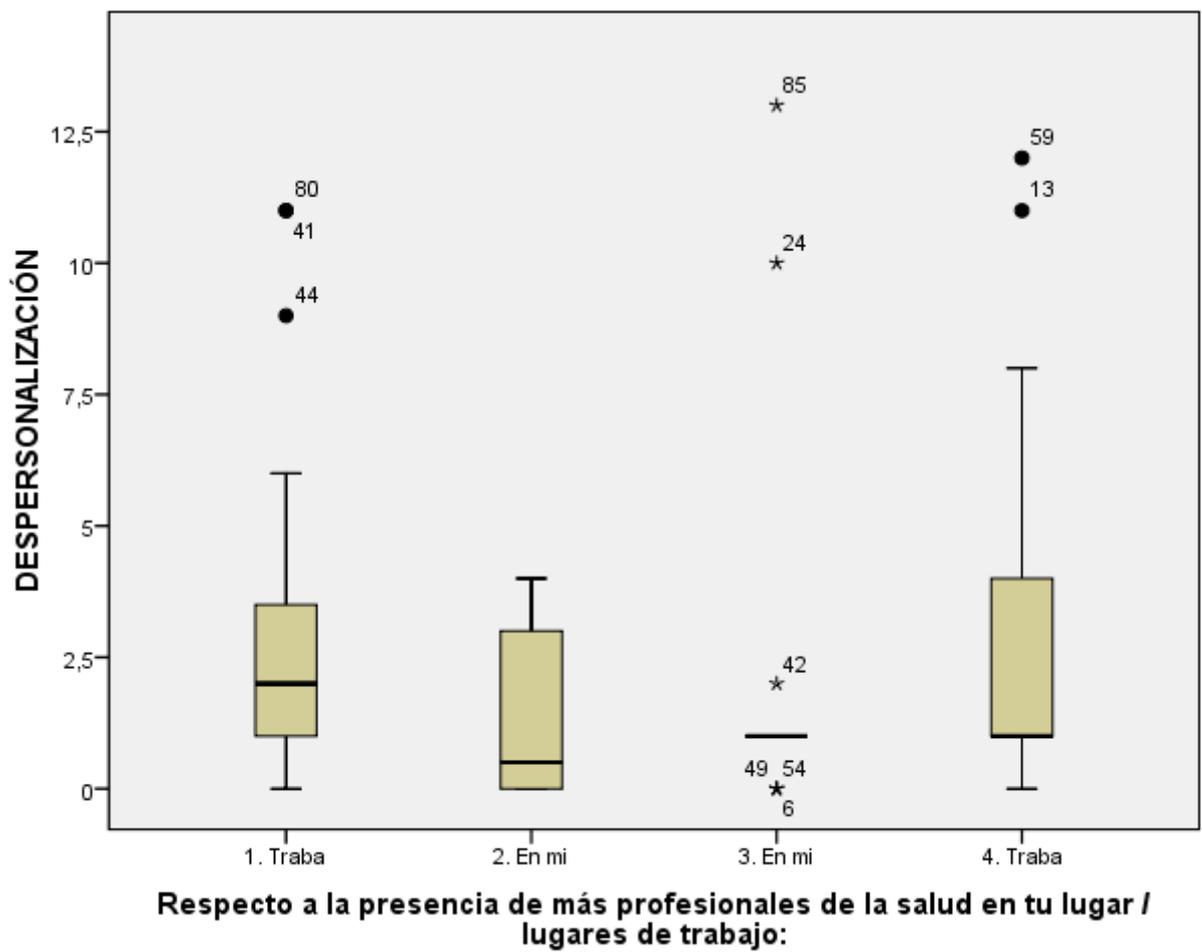
AGOTAMIENTO EMOCIONAL

Diagramas de caja



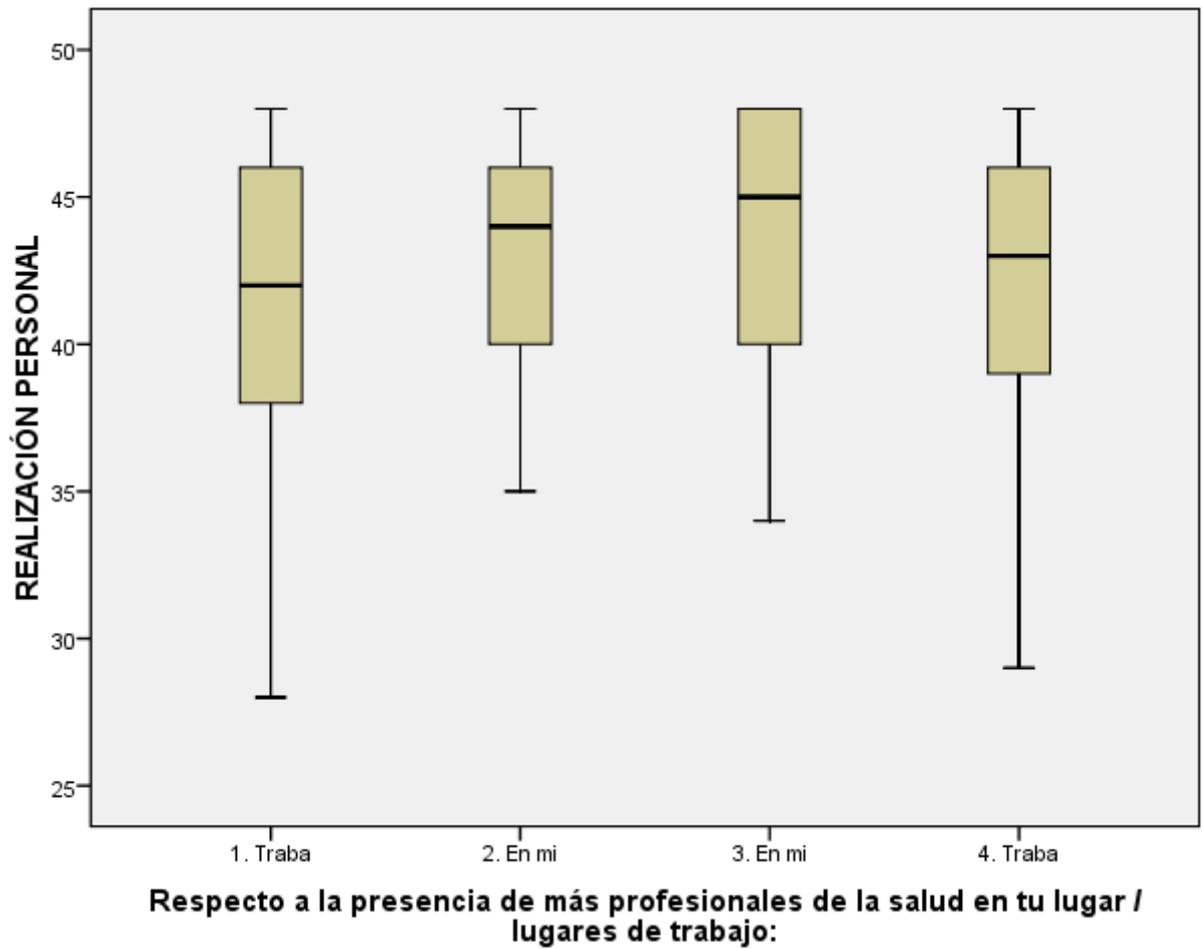
DESPERSONALIZACIÓN

Diagramas de caja



REALIZACIÓN PERSONAL

Diagramas de caja



P. 10: Frecuencia con la que hablas o compartes con otros osteópatas, acerca de la osteopatía o de tu práctica laboral:

- 1. Alguna vez al año o menos**
- 2. Una vez al mes o menos**
- 3. Algunas veces al mes**
- 4. Una vez a la semana**
- 5. Varias veces a la semana**
- 6. Diariamente**

Resumen del procesamiento de los casos

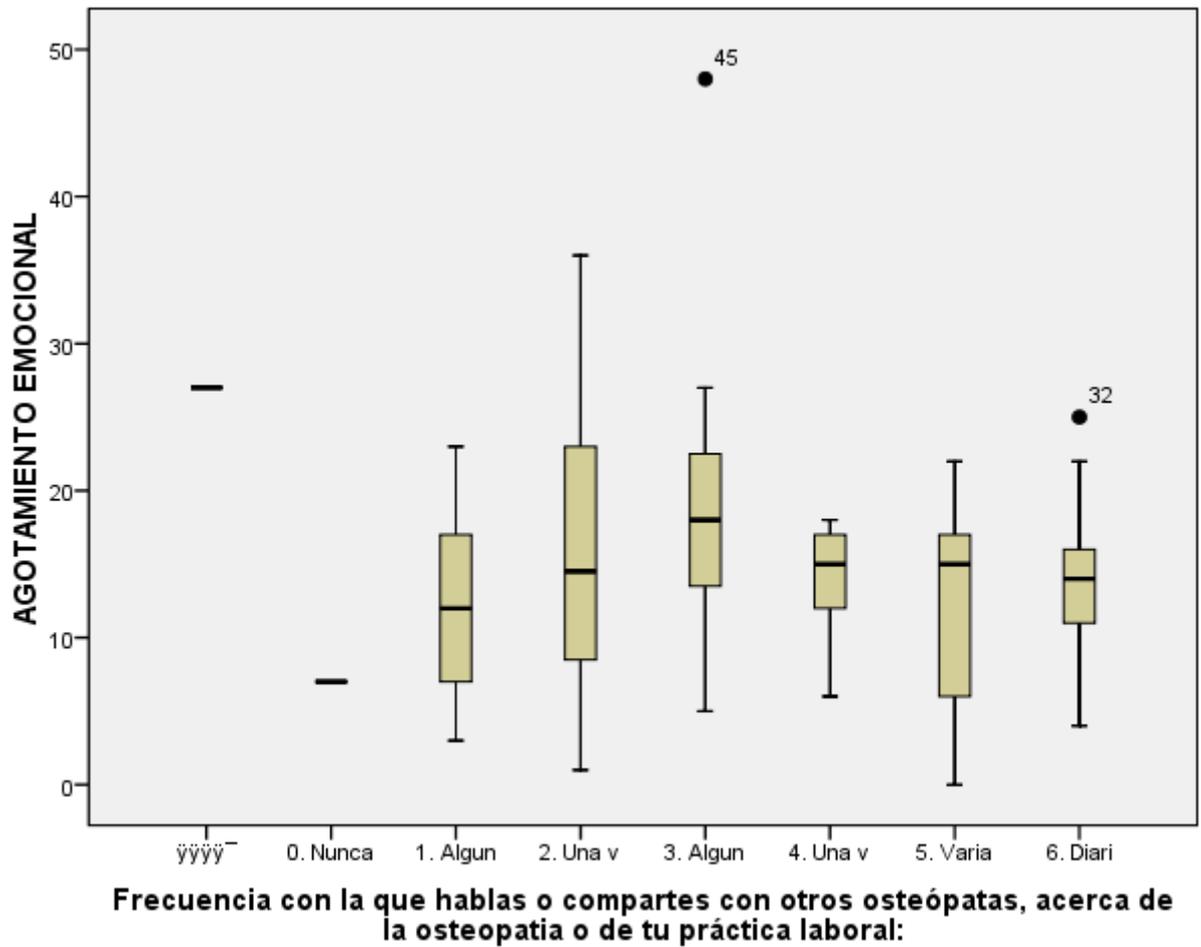
Frecuencia con la que hablas o compartes con otros osteópatas, acerca de la osteopatía o de tu práctica laboral:	Casos					
	Válidos		Perdidos		Total	
	N	Porcentaje	N	Porcentaje	N	Porcentaje
AGOTAMIENTO EMOCIONAL	1	3,2%	30	96,8%	31	100,0%
0. Nunca	1	100,0%	0	,0%	1	100,0%
1. Algun	5	100,0%	0	,0%	5	100,0%
2. Una v	24	100,0%	0	,0%	24	100,0%
3. Algun	20	100,0%	0	,0%	20	100,0%
4. Una v	6	100,0%	0	,0%	6	100,0%
5. Varia	17	100,0%	0	,0%	17	100,0%
6. Diari	12	100,0%	0	,0%	12	100,0%
DESPERSONALIZACIÓN	1	3,2%	30	96,8%	31	100,0%
0. Nunca	1	100,0%	0	,0%	1	100,0%
1. Algun	5	100,0%	0	,0%	5	100,0%
2. Una v	24	100,0%	0	,0%	24	100,0%
3. Algun	20	100,0%	0	,0%	20	100,0%
4. Una v	6	100,0%	0	,0%	6	100,0%
5. Varia	17	100,0%	0	,0%	17	100,0%
6. Diari	12	100,0%	0	,0%	12	100,0%
REALIZACIÓN PERSONAL	1	3,2%	30	96,8%	31	100,0%
0. Nunca	1	100,0%	0	,0%	1	100,0%
1. Algun	5	100,0%	0	,0%	5	100,0%
2. Una v	24	100,0%	0	,0%	24	100,0%
3. Algun	20	100,0%	0	,0%	20	100,0%
4. Una v	6	100,0%	0	,0%	6	100,0%
5. Varia	17	100,0%	0	,0%	17	100,0%
6. Diari	12	100,0%	0	,0%	12	100,0%

Descriptivos^{a,b,c,d,e,f}

Frecuencia con la que hablas o compartes con otros osteópatas, acerca de la osteopatía o de tu práctica laboral:		Estadístico	Error típ.		
AGOTAMIENTO EMOCIONAL	1. Algun	Media	12,40	3,544	
		Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior	2,56	
			Límite superior	22,24	
		Media recortada al 5%		12,33	
		Mediana		12,00	
		Varianza		62,800	
		Desv. típ.		7,925	
		Mínimo		3	
		Máximo		23	
		Rango		20	
		Amplitud intercuartil		15	
		Asimetría		,251	,913
		Curtosis		-1,113	2,000
	2. Una v		Media	16,13	2,038
			Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior	11,91
			Límite superior	20,34	
		Media recortada al 5%		15,84	
		Mediana		14,50	
		Varianza		99,679	
		Desv. típ.		9,984	
		Mínimo		1	
		Máximo		36	
		Rango		35	
		Amplitud intercuartil		16	
		Asimetría		,594	,472
		Curtosis		-,363	,918
3. Algun			Media	18,85	2,008
			Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior	14,65
			Límite superior	23,05	
		Media recortada al 5%		18,00	
		Mediana		18,00	
		Varianza		80,661	
		Desv. típ.		8,981	

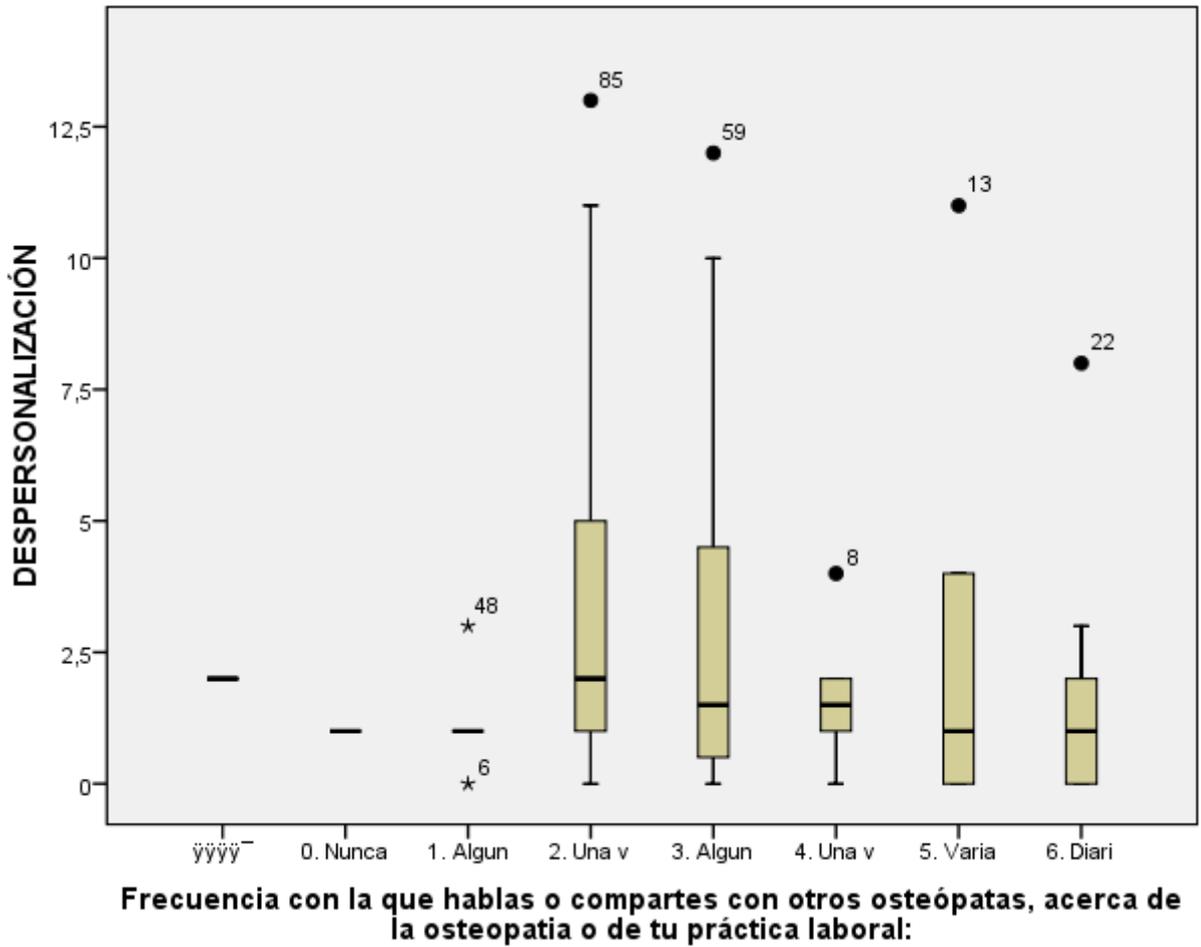
AGOTAMIENTO EMOCIONAL

Diagramas de caja



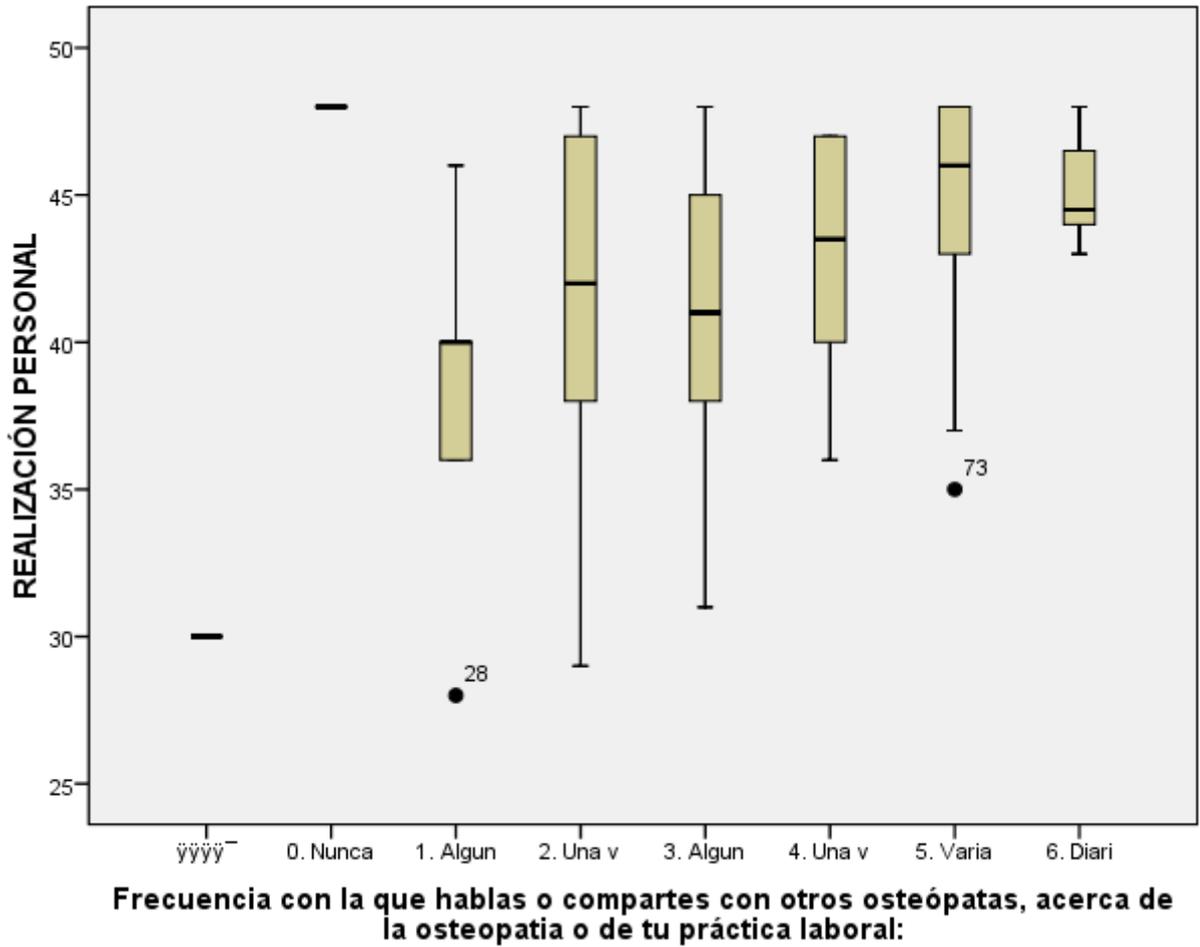
DESPERSONALIZACIÓN

Diagramas de caja



REALIZACIÓN PERSONAL

Diagramas de caja



P14: Enfoque que más uso:

1. **Enfoque Maximalista (hago varias técnicas en la misma visita)**
2. **Enfoque Minimalista (sólo hago una técnica de tratamiento por visita)**
3. **Hago una cosa u otra según el caso**

Resumen del procesamiento de los casos

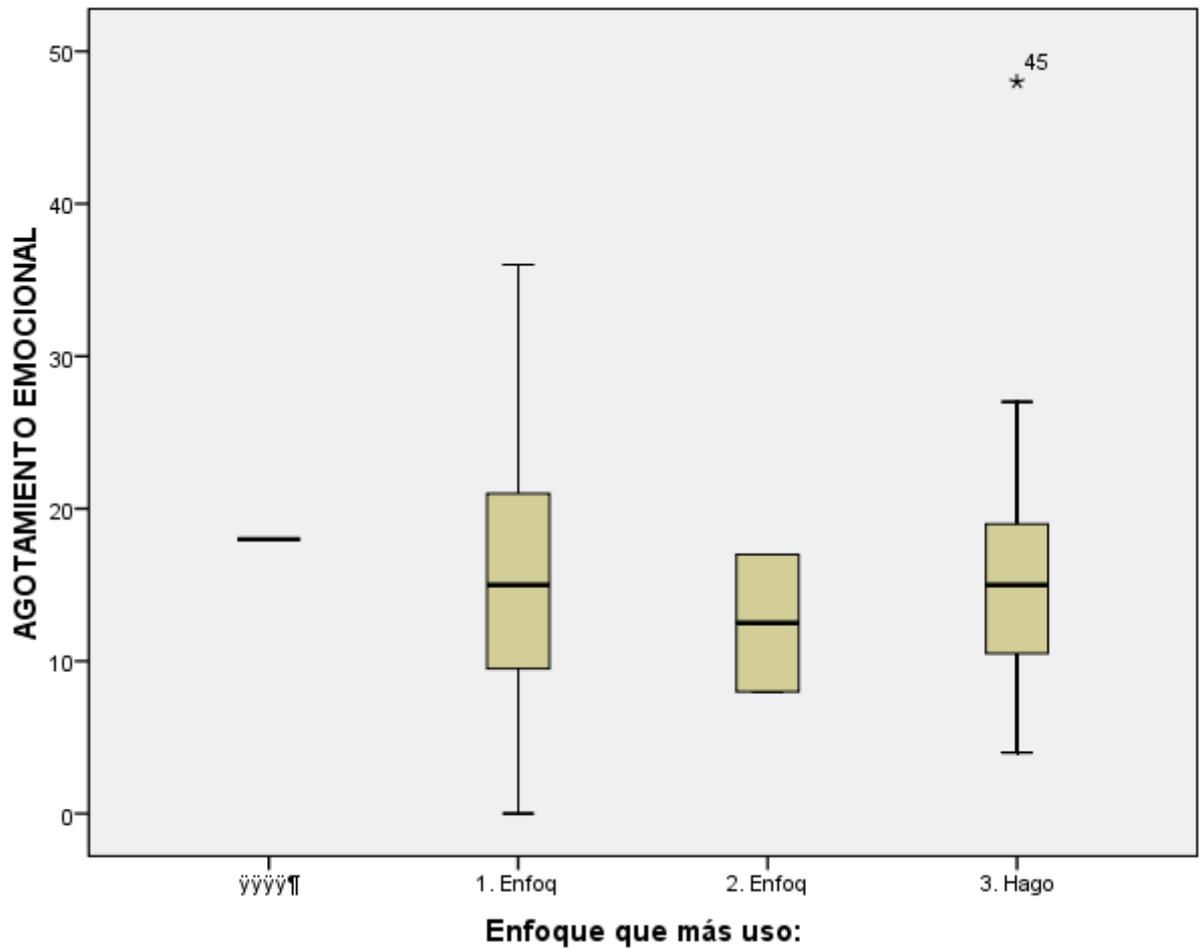
	Enfoque que más uso:	Casos					
		Válidos		Perdidos		Total	
		N	Porcentaje	N	Porcentaje	N	Porcentaje
AGOTAMIENTO EMOCIONAL		1	3,2%	30	96,8%	31	100,0%
	1. Enfoq	51	100,0%	0	,0%	51	100,0%
	2. Enfoq	2	100,0%	0	,0%	2	100,0%
	3. Hago	32	100,0%	0	,0%	32	100,0%
DESPERSONALIZACIÓN		1	3,2%	30	96,8%	31	100,0%
	1. Enfoq	51	100,0%	0	,0%	51	100,0%
	2. Enfoq	2	100,0%	0	,0%	2	100,0%
	3. Hago	32	100,0%	0	,0%	32	100,0%
REALIZACIÓN PERSONAL		1	3,2%	30	96,8%	31	100,0%
	1. Enfoq	51	100,0%	0	,0%	51	100,0%
	2. Enfoq	2	100,0%	0	,0%	2	100,0%
	3. Hago	32	100,0%	0	,0%	32	100,0%

Descriptivos^{a,b,c}

Enfoque que más uso:		Estadístico	Error típ.			
AGOTAMIENTO EMOCIONAL	1. Enfoq	Media	15,24	1,200		
		Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior Límite superior		12,83 17,65	
		Media recortada al 5%			14,92	
		Mediana			15,00	
		Varianza			73,424	
		Desv. típ.			8,569	
		Mínimo			0	
		Máximo			36	
		Rango			36	
		Amplitud intercuartil			13	
		Asimetría			,371	,333
		Curtosis			-,031	,656
	2. Enfoq	Media			12,50	4,500
		Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior Límite superior		-44,68 69,68	
		Media recortada al 5%				
	Mediana		12,50			
	Varianza		40,500			
	Desv. típ.		6,364			
	Mínimo		8			
	Máximo		17			
	Rango		9			
	Amplitud intercuartil					
	Asimetría					
	Curtosis					
3. Hago	Media		15,91	1,497		
	Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior Límite superior	12,85 18,96			
	Media recortada al 5%		15,22			
	Mediana		15,00			
	Varianza		71,701			
	Desv. típ.		8,468			

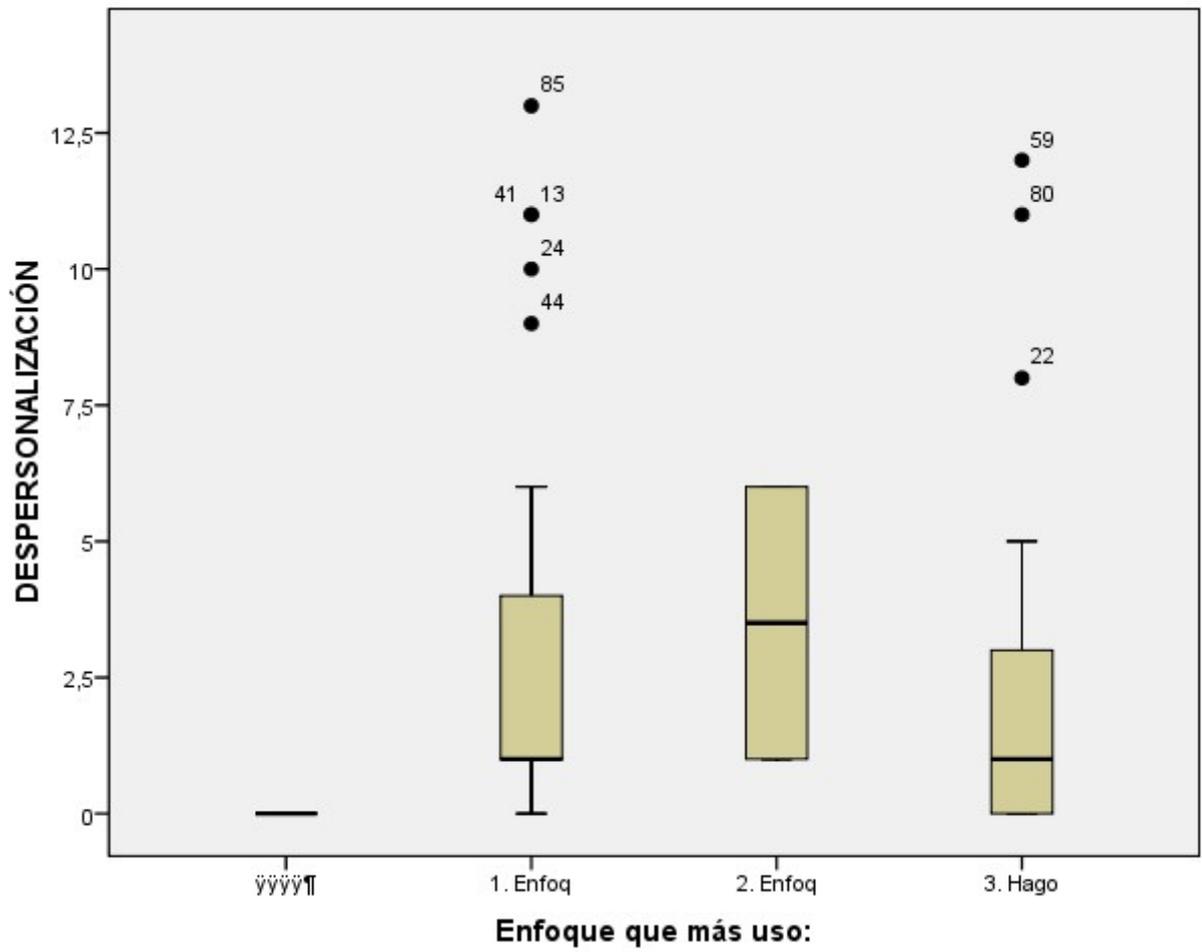
AGOTAMIENTO EMOCIONAL

Diagramas de caja



DESPERSONALIZACIÓN

Diagramas de caja



REALIZACIÓN PERSONAL

Diagramas de caja

