

Manuscript Number:

Title: SINDROME DE BURN-OUT EN TRABAJADORES DE CENTROS TERAPÉUTICOS DE MENORES EN ESPAÑA

Article Type: Original

Keywords: Palabras clave: Burn-out, niños, adolescentes, centros terapéuticos específicos.

Keywords: Burn-out, children, adolescents, child protection workers

Corresponding Author: Dr. Hilario Blasco-Fontecilla, M.D., Ph.D.

Corresponding Author's Institution: Puerta de Hierro Hospital; Centre for Biomedical Research Network on Mental Health (CIBERSAM)

First Author: Maria Jose Martinez-Jimenez

Order of Authors: Maria Jose Martinez-Jimenez; Ana Alonso-Caballo; Iosune Mendia-Rios; Javier Hernandez-Matas; Sonia Gonzalez-Rodriguez; Barbara Gamez-Selma; Jose Javier Blazquez-Moreno; Ewa Rybak-Koite; Paula Artieda-Urrutia, M.D.; Hilario Blasco-Fontecilla, M.D., Ph.D.

Abstract: Objetivo: Describir la prevalencia de síndrome de burn-out y los factores de riesgo y protección.

Métodos: Estudio transversal. Población: 125 trabajadores de centros terapéuticos de menores en España. Se les pasó un protocolo que incluía datos sociodemográficos y laborales, el Inventario de Burn-out de Maslach, y la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión. Se realizaron análisis univariantes y el coeficiente rho de Spearman. La significación estadística se estableció en $p < 0.05$. Todos los análisis estadísticos fueron realizados con SPSS versión 20 (Macintosh).

Resultados: El 41,2% presentaban niveles moderados o elevados de burn-out. Un 27.4% y un 46.1% presentaban niveles moderados o elevados de agotamiento emocional y despersonalización. El 81.4% presentaba niveles moderados o elevados de realización personal. Las mujeres presentaban con mayor frecuencia agotamiento emocional (28% vs. 17.3%, FET $p = 0,034$). Un 50% de las mujeres y un 21,2% de los hombres presentaba niveles leves de ansiedad (FET $p < 0,001$). Un 24% de las mujeres y un 7,7% de los hombres presentaban niveles leves de depresión (FET, $p = 0,030$). Del 72,5% que practicaban deporte regularmente, sólo el 33.8% presentaba síndrome de burn-out, por el 60.7% de los que no lo practicaban (FET $p = 0,023$).

Conclusiones: El síndrome del burn-out es frecuente entre los trabajadores de centros terapéuticos de menores. El sexo femenino es un factor de riesgo. La práctica regular de deporte y ver reconocido su trabajo son factores de protección. Las organizaciones privadas y públicas dedicadas a la protección en la infancia debieran establecer programas de prevención del síndrome del burn-out en sus trabajadores.

Abstract

Objectives: To describe the prevalence and risk/protective factors of burn-out syndrome among child protection workers.

Methods: Design: cross-sectional. Sample: 125 child protection workers in Spain. Participants filled-out an ad hoc protocol including socio-demographic and work information, the Maslach Burn-out

Inventory, and the Hospital Anxiety and Depression Scale. Statistical Analyses: we used univariant analyses and the Spearman rho coefficient. Statistical significance was set at $p < 0.05$. All analyses were carried out using SPSS version 20 (Macintosh).

Resultados: 41,2% displayed moderate or severe burn-out syndrome. 27.4% and 46.1% presented with moderate or severe levels of emotional exhaustion and depersonalization, respectively. 81.4% had moderate or elevated levels of personal accomplishment. Women more frequently experienced emotional exhaustion than men (28% vs. 17.3%, FET $p = 0,034$). 50% of women, and 21,2% of men displayed mild anxiety levels (FET $p < 0,001$). 24% of women and 7,7% of men had mild depression (FET, $p = 0,030$). 72,5% regularly practised sport. Of them, only 33.8% had burn-out syndrome, compared to the 60.7% from those not practising regular sport (FET $p = 0,023$).

Conclusiones: The burn-out syndrome is frequent among child protection workers. Female gender is a risk factor. Practising sport regularly, and being recognised at work were protective factors. Private and public institutions devoted to child protection should implement burn-out prevention programmes.

Suggested Reviewers:

**TÍTULO: SINDROME DE BURNOUT EN TRABAJADORES DE CENTROS
TERAPÉUTICOS DE MENORES EN ESPAÑA**

Maria Jose Martinez-Jimenez¹, Ana Alonso-Caballo¹, Iosune Mendia Rios¹, Javier Hernandez-Matas¹, Sonia Gonzalez-Rodriguez¹, Barbara Gamez-Selma¹, Jose Javier Blazquez-Moreno¹, Ewa Rybak-Koite¹, Paula Artieda-Urrutia², Hilario Blasco-Fontecilla^{1,2,3*} M.D., PhD,

¹Consulting Asistencial Sociosanitario, El Escorial, Madrid, España

²Servicio de Psiquiatría, CSM de Villalba, IDIPHIM-Hospital Universitario Puerta de Hierro, Madrid, Spain

³CIBERSAM, Madrid, Spain

*Corresponding author to whom reprint requests should be sent:

Hilario Blasco-Fontecilla M.D., PhD

CSM Villalba, Hospital Universitario Puerta de Hierro, Calle Manuel de Falla 1,
28222, Majadahonda,

CIBERSAM,

Madrid, Spain.

Phone/Fax Number: +34911916513

e-mail Address: hmblasco@yahoo.es

Número de palabras del texto Princial = 2753

Número de palabras del abstract (Español)= 250

Número de palabras del abstract (Inglés)= 207

Tables = 4

Contribuciones de autoría:

Todos los autores han contribuido de manera substancial en la elaboración del presente trabajo. Los ocho primeros autores concibieron y diseñaron el trabajo, y recogieron los datos. Paula Artieda-Urrutia e Hilario Blasco-Fontecilla han realizado todos los análisis estadísticos, recogieron las citas bibliográficas y revisaron la literatura existente. Asimismo, elaboraron las primeras versiones del manuscrito. Todos los autores contribuyeron substancialmente en las últimas versiones del manuscrito, y han aprobado la versión final para su publicación.

Sin financiación**Agradecimientos**

Los autores agradecen a Juan Antonio Cruzado Rodríguez su asesoramiento sobre la metodología y pruebas de evaluación.

Conflictos de intereses

El Dr. Blasco-Fontecilla ha recibido incentivos económicos por charlas de Eli Lilly, AB-Biotics, y Shire. El resto de autores no refiere conflictos de interés.

TÍTULO: SÍNDROME DE BURNOUT EN TRABAJADORES DE CENTROS TERAPÉUTICOS DE MENORES EN ESPAÑA

Resumen

Objetivo: Describir la prevalencia de síndrome de burn-out y los factores de riesgo y protección.

Métodos: Estudio transversal. Población: 125 trabajadores de centros terapéuticos de menores en España. Se les pasó un protocolo que incluía datos sociodemográficos y laborales, el Inventario de Burn-out de Maslach, y la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión. Se realizaron análisis univariantes y el coeficiente rho de Spearman. La significación estadística se estableció en $p < 0.05$. Todos los análisis estadísticos fueron realizados con SPSS versión 20 (Macintosh).

Resultados: El 41,2% presentaban niveles moderados o elevados de *burn-out*. Un 27.4% y un 46.1% presentaban niveles moderados o elevados de agotamiento emocional y despersonalización. El 81.4% presentaba niveles moderados o elevados de realización personal. Las mujeres presentaban con mayor frecuencia agotamiento emocional (28% vs. 17.3%, FET $p=0,034$). Un 50% de las mujeres y un 21,2% de los hombres presentaba niveles leves de ansiedad (FET $p < 0,001$). Un 24% de las mujeres y un 7,7% de los hombres presentaban niveles leves de depresión (FET, $p=0,030$). Del 72,5% que practicaban deporte regularmente, sólo el 33.8% presentaba síndrome de burn-out, por el 60.7% de los que no lo practicaban (FET $p=0,023$).

Conclusiones: El *síndrome del burn-out* es frecuente entre los trabajadores de centros terapéuticos de menores. El sexo femenino es un factor de riesgo. La práctica regular de deporte y ver reconocido su trabajo son factores de protección. Las organizaciones privadas y públicas dedicadas a la protección en la infancia debieran establecer programas de prevención del *síndrome del burn-out* en sus trabajadores.

Palabras clave: *Burn-out*, niños, adolescentes, *centros terapéuticos específicos*.

TITLE: Burn-out syndrome in child protection workers in Spain

Abstract

Objetives: To describe the prevalence and risk/protective factors of *burn-out syndrome* among child protection workers.

Methods: Design: cross-sectional. Sample: 125 child protection workers in Spain. Participants filled-out an *ad hoc* protocol including socio-demographic and work information, the *Maslach Burn-out Inventory*, and the *Hospital Anxiety and Depression Scale*. Statistical Analyses: we used univariant analyses and the Spearman rho coefficient. Statistical significance was set at $p < 0.05$. All analyses were carried out using SPSS version 20 (Macintosh).

Resultados: 41,2% displayed moderate or severe *burn-out syndrome*. 27.4% and 46.1% presented with moderate or severe levels of emotional exhaustion and depersonalization, respectively. 81.4% had moderate or elevated levels of personal accomplishment. Women more frequently experienced emotional exhaustion than men (28% vs. 17.3%, FET $p=0,034$). 50% of women, and 21,2% of men displayed mild anxiety levels (FET $p < 0,001$). 24% of women and 7,7% of men had mild depression (FET, $p=0,030$). 72,5% regularly practised sport. Of them, only 33.8% had *burn-out syndrome*, compared to the 60.7% from those not practising regular sport (FET $p=0,023$).

Conclusiones: The *burn-out syndrome* is frequent among child protection workers. Female gender is a risk factor. Practising sport regularly, and being recognised at work were protective factors. Private and public institutions devoted to child protection should implement *burn-out* prevention programmes.

Keywords: Burn-out, children, adolescents, child protection workers

Introducción

El *síndrome del burn-out* o síndrome de estar quemado es un problema de salud pública de primer orden, que genera un importante impacto social, económico y personal¹. Aunque se puede dar en todas las profesiones, es particularmente frecuente en profesiones “de servicio”, es decir, aquellas caracterizadas por el contacto directo y continuo con otras personas¹. Así, no es de extrañar que en España la investigación se haya centrado en su impacto en el ámbito sanitario o en residencias de tercera edad². En este contexto, llama la atención la escasa literatura existente sobre la prevalencia y factores implicados en el desarrollo del *burn-out* en centros terapéuticos de menores en nuestro país. Estos centros se caracterizan por atender a niños en situación de guarda o tutela, que generalmente provienen de ambientes socio-familiares muy disfuncionales, y con una elevada carga de problemas de salud mental.

El *síndrome del burn-out* se caracteriza por el agotamiento emocional, la despersonalización en el trabajo, y la falta de realización personal en un medio laboral en el que el trabajador estaba previamente motivado^{1, 3}. Algunos factores implicados en el desarrollo del *burn-out* son determinadas características personales y laborales. *A priori*, el trabajo en centros terapéuticos de menores debiera ser considerado como un entorno laboral de riesgo para el desarrollo del *burn-out*, ya que se dan numerosos factores considerados de riesgo para su desarrollo: 1) la elevada prevalencia de enfermedades mentales, discapacidad psíquica y trastornos de conducta entre los menores con medidas de protección (guarda o tutela); 2) entornos laborales y organizacionales caracterizados por un exceso de responsabilidad y escasa preparación. Dado que el *burn-out* parece tener un efecto contagio⁴, toda la organización podría caer en el hastío generalizado, y podría derivar en una disminución de la calidad laboral y asistencial, conflictividad entre los trabajadores, retrasos en el trabajo, absentismo laboral, y un descenso de la calidad de la atención a los menores. En uno de los escasos trabajos realizados en nuestro país, los autores señalaron que una menor edad y una mayor cualificación profesional se relacionaban con un mayor estrés laboral y percepción de inseguridad en el trabajo¹.

El presente estudio pretende aportar datos sobre la prevalencia del síndrome de burn-out entre trabajadores de centros terapéuticos de acogimiento residencial de menores en Madrid y Castilla León, valorar que factores se asocian a un mayor riesgo (p.e. sociodemográficas, organizacionales) de desarrollo del mismo, así como a explorar posibles factores de protección (deporte y actividades de aire libre). Nuestras hipótesis de trabajo son: 1) existe una elevada prevalencia de *burn-out* en los trabajadores de los centros residenciales de los centros de menores; 2) las puntuaciones elevadas en ansiedad y depresión, y algunas características organizacionales

(p.e. valoración del trabajo por los superiores, por los compañeros o los menores) se asocian a un mayor riesgo de desarrollar el síndrome de burn-out; 3) existe una relación directa entre los elevados niveles de agotamiento emocional y despersonalización, y el nivel de ansiedad; 4) Algunos factores, como los niveles elevados de realización personal, reconocimiento en el trabajo, satisfacción laboral y económica, y la practica regular de deporte pueden ser protectores para el desarrollo de *burn-out*. Los resultados de nuestro estudio podrían servir de base para el desarrollo de planes de prevención primaria y secundaria dirigidos a este tipo de trabajadores.

MÉTODOS

Población y procedimiento

A 125 trabajadores de la empresa Consulting Asistencial Sociosanitario, dedicada a la gestión de centros terapéuticos de menores, se les ofreció la posibilidad de participar, de manera anónima. 102 (81,6%) accedieron a participar. Este porcentaje de participación es bastante más elevado que en otros trabajos similares⁵. Los trabajadores se distribuyen en seis centros terapéuticos de menores (cinco de la Comunidad de Madrid y uno perteneciente a Ávila, Castilla León). Las características de cada uno de los centros se muestra en la Tabla 1.

-- Por favor, inserte aproximadamente aquí la Tabla 1 --

La explicación y objetivo de la investigación fue realizada por los directores y psicólogos de cada Centro. Los cuestionarios fueron aplicados por los psicólogos de cada centro en Noviembre de 2012.

INSTRUMENTOS

Se diseñó un protocolo *ad hoc* de aplicación rápida en el propio centro de trabajo. La duración aproximada de su cumplimentación fue de 15 minutos. Se trata de una prueba totalmente confidencial, para lo cual se codificó numéricamente y se entregó un resguardo a cada participante para la recuperación de datos.

El protocolo incluye datos sociodemográficos y laborales (incluyendo, formación universitaria; turnos de trabajo; rendimiento percibido; sobrecarga percibida; formación; categoría profesional; satisfacción laboral; satisfacción económica; reconocimiento de los menores, compañeros, superiores, y social; actividades de tiempo libre; deporte frecuente; desmotivación; deseo de cambio de profesión; y centro de trabajo, entre otras), el Inventario de Burn-out de Maslach (*Maslach Burn-out Inventory, MBI*)³ y la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (*the Hospital Anxiety and Depression Scale, HAD*)⁶.

El MBI es un cuestionario validado autoadministrado que goza de un amplio consenso y evidencia empírica en cuanto a su adecuación para evaluar el burn-out^{7, 8}, así como sobre sus propiedades psicométricas de fiabilidad y validez, tanto en la versión original como en la española^{3, 9-11}. El MBI consta de 22 ítems, y cada uno de ellos se puntúa en una escala tipo Likert de siete puntos (0= Nunca; 6 = Todos los días). Los ítems están agrupados en tres sub-escalas, cada una con tres niveles de gravedad: a) Agotamiento emocional (9 ítems; nivel bajo (<18), moderado (19-26), y elevado (>27); b) Despersonalización (5 ítems; nivel bajo (<5), moderado (6-9), y elevado (>10)); y c) Falta de realización personal (8 ítems; nivel bajo (<30), moderado (31-39), y elevado (>40). Hay un riesgo moderado o grave de *burn-out* si el sujeto presenta elevadas puntuaciones en 2 o más de las 3 sub-escalas. Así, tanto para el cansancio emocional como la despersonalización, las puntuaciones elevadas se corresponden con un mayor grado de *burn-out*, mientras que las puntuaciones bajas en RP se corresponderían a un mayor grado de *burn-out*.

Respecto a la HAD, es una escala que permite diagnosticar trastornos de ansiedad y depresión en un medio hospitalario no psiquiátrico o en atención primaria⁶. Esta escala tiene 14 ítems y , está estructurada como una escala de tipo Likert que va de 0 a 3, en donde los pacientes tienen que describir los sentimientos que han experimentado durante la última semana. La HAD consta de dos subescalas: la subescala de depresión está centrada en la anhedonia y diferencia la ansiedad de la depresión. En ambas subescalas se consideran bajas las puntuaciones entre 0 y 5, leves entre 6 y 10, moderadas entre 11 y 15 y altas entre 16 y 21.

Análisis estadístico

Para las dos primeras hipótesis se realizaron análisis univariantes (tablas de contingencias). Para la tercera hipótesis usamos el coeficiente rho de Spearman. La significación estadística se estableció en $p < 0.05$. Todos los análisis estadísticos fueron realizados con SPSS versión 20 (Macintosh).

RESULTADOS

Descriptivos

La edad media (\pm DE) es de 33.8 (\pm 8.6) años. De ellos, 52 (51%) son varones. 54 (52.9%) estaban casados y 64 (62.7%) no tenían hijos. Respecto al resto de variables socio-demográficas, ver Tabla 2.

-- Por favor, inserte aquí la Tabla 2--

Factores personales y laborales

El promedio de antigüedad (\pm DE) en el trabajo actual se correspondió con 35,8 meses (\pm 27,2). 45 (44.1%) de los trabajadores tenían formación universitaria. 14 (13.7%) trabajaban en más de uno de los centros terapéuticos y 27 (26.5%) estaban pluriempleados.

97 (95.1%) se encontraban satisfechos laboralmente, y 23 (22.5%) lo estaban económicamente. 79 (77.5%), 91 (89.2%) y 84 (82.4%) veían su labor reconocida por los menores, sus compañeros y sus superiores, respectivamente.

Clínica de Burn-Out y factores asociados

25 (24.5%) trabajadores estuvieron de baja durante el año previo, y en 16 (15.7%) se detectó un absentismo laboral no justificado. 19 (18.6%) trabajadores se encontraban desmotivados y 29 (28.4%) deseaban cambiar de profesión.

En la tabla 3 se muestran las frecuencias de obtenidas en cada uno de los factores del *síndrome de burn-out*. Un 41,2% de los trabajadores presentaban niveles moderados o elevados del mismo, siendo más frecuente en las mujeres y siendo explicado por su mayor probabilidad de presentar agotamiento emocional. Por otra parte, en torno al 80% se encontraba realizado personalmente con su trabajo.

-- Por favor, inserte aquí la Tabla 3--

Respecto a la clínica depresiva, encontramos que únicamente un 24% de las mujeres y un 7,7% de los hombres presentaban niveles leves de depresión (FET $p=0,030$). Respecto a la ansiedad, un 54% de las mujeres presento niveles leves (50%) o moderados (4%), mientras que sólo un 21,2% de los hombres presentaba niveles leves de ansiedad (FET $p<0,001$). Esto sugiere que la ansiedad es una variable clínica más relevante que la depresión para los trabajadores de centros residenciales, y particularmente, para las mujeres.

En la Tabla 4 se reflejan aquellos variables clínicas (ansiedad y depresión) y organizacionales que se asocian a un mayor riesgo de desarrollar *síndrome de burn-out*. Es interesante señalar que las actividades regulares al aire libre no representaban un factor de protección, pero sí la práctica regular de deporte. El 72,5% de los trabajadores refirieron practicar deporte regularmente, y de aquellos que lo hacían sólo 25 (33.8%) presentaba síndrome de burn-out, mientras que el 17 (60.7%) de los que no practicaban deporte regularmente presentaban el síndrome (FET $p=0,023$).

-- Por favor, inserte aquí la Tabla 4--

Finalmente, respecto a nuestra 3ª hipótesis, confirmamos que existe una elevada correlación entre el agotamiento emocional y la ansiedad ($r=0,651$; $p<0,001$), y entre la despersonalización y la ansiedad ($r=0,651$; $p<0,001$), y una correlación negativa entre los altos niveles de Realización Personal y ansiedad ($r=-0,460$; $p<0,001$).

DISCUSIÓN

En el presente artículo referimos algunos factores de riesgo y de protección de los trabajadores de Centros terapéuticos de menores en España. Así, nuestro estudio complementa la escasa literatura existente en nuestro país¹². Los hallazgos más relevantes de nuestro estudio hacen referencia al mayor riesgo del *síndrome de burn-out* en las mujeres, que es explicado por la presencia de un mayor agotamiento emocional. También es relevante resaltar que la práctica regular de deporte y el reconocimiento de terceros son factores de protección para el desarrollo del síndrome de burn-out.

Tal y como esperábamos, nos encontramos con un porcentaje bastante elevado de trabajadores (41%) con síntomas moderados o severos de *síndrome de burn-out*. Una de las razones de esa elevada prevalencia del *síndrome de burn-out* entre los trabajadores podría ser la población con la que se trabaja, es decir, adolescentes con trastornos graves de conducta, y algunos factores organizacionales, como es la escasez de recursos y la falta de supervisión adecuada¹³. Sin embargo, tenemos que tener en cuenta que, en comparación con un estudio realizado en 64 profesionales trabajando en centros de acogimiento residencial de menores en cinco provincias españolas¹⁴, el % de trabajadores con *síndrome de burn-out* en nuestro estudio, aun siendo elevado, era mucho menor que en ese estudio. En nuestro estudio, un 27.4% y un 46.1% de los trabajadores presentaban niveles medios o elevados de agotamiento emocional y despersonalización respectivamente, valores claramente inferiores al 78.1% y 73.5% referidos en el estudio de Jenaro-Rio y colaboradores¹⁴. Asimismo, la realización personal elevada era mucho más frecuente en nuestro centro (48%), que en el citado estudio (21.9%). Una de las razones que puede explicar nuestros resultados es el elevado porcentaje (95%) de satisfacción laboral en nuestro estudio. En otro de los escasos estudios realizados hasta la fecha en nuestro país en trabajadores de centros de menores, lamentablemente, los autores no referían el % de trabajadores que sufrían el *síndrome de burn-out*¹², aunque sí señalaban que los dolores de espalda y de cabeza, y el insomnio se daban en más de un tercio de los 257 profesionales de su estudio.

La elevada prevalencia del *síndrome del quemado* de nuestro estudio era explicada por una elevada prevalencia del factor de despersonalización. La despersonalización se refiere al desarrollo de actitudes negativas y de insensibilidad hacia los clientes o receptores de servicios, así como también hacia los colegas. Se asocia con una actitud un tanto cínica e impersonal, con el

aislamiento de los demás, con el etiquetamiento despectivo para calificar a los otros, y con intentos de culpabilizarlos de la frustración y el fracaso propio en el cumplimiento de los compromisos laborales. En un estudio, 2.290 profesionales sanitarios de cinco hospitales de Gerona fueron invitados a participar en un estudio sobre el desgaste profesional⁵. 1.095 (47,8%) accedieron a participar. Un 41,6% presentó un elevado nivel de agotamiento emocional, sobre todo el personal de enfermería y los médicos. Los autores refirieron que el agotamiento emocional era el síntoma más frecuente de *burn-out*⁵, mientras que en nuestro estudio es la despersonalización. Esto podría indicar que la despersonalización es un síntoma de *burn-out* especialmente relevante en los trabajadores de centros terapéuticos de menores, lo cual es congruente con los datos referidos por Jenaro-Rio y colaboradores¹⁴. Nuestros datos son especialmente preocupantes si tenemos en cuenta las características de los trabajadores, que son principalmente jóvenes, sin hijos, con un buen nivel de formación y que además, llevan relativamente poco tiempo trabajando en los centros de menores (3 años).

Otro dato interesante es que las mujeres mostraban una mayor propensión al agotamiento emocional, que se caracteriza por una reducción de los recursos emocionales y al sentimiento de que no tenemos nada que ofrecer a los demás, acompañados de síntomas somáticos y psicológicos (p.e. irritabilidad, ansiedad). Tradicionalmente, el agotamiento emocional ha sido considerado el factor nuclear del *síndrome del burn-out*¹⁴.

Es particularmente interesante observar la influencia de las variables organizacionales. Así, la sobrecarga percibida, la desmotivación, el deseo de cambio de profesión, y una escasa satisfacción laboral se asociaban a un mayor riesgo de presentar *síndrome de burn-out*. Este hallazgo es compatible con trabajos previos, en el que se recalca la relevancia de la insatisfacción laboral como factor de riesgo para este síndrome¹⁴. También llama la atención la amplia discordancia entre la escasa satisfacción económica de los trabajadores, y la elevada satisfacción laboral, lo cual puede ayudar a entender que menos de un tercio de los trabajadores esté pensando en cambiar de trabajo.

Quizás el aspecto más interesante de nuestro trabajo es el que hace referencia a posibles factores protectores. Así, tal y como esperábamos, el deporte es un factor de protección de desarrollo del burn-out. La práctica continuada de deporte no profesional se relaciona con menores niveles de ansiedad y depresión, y es probablemente una válvula de escape para los trabajadores que lo practican. Asimismo, otros factores como el ver reconocida su labor por sus superiores, los menores, y socialmente también tenía un efecto tampón, disminuyendo la probabilidad de burn-out entre aquellos trabajadores que encuentran soporte social y emocional en el medio laboral^{13, 15}. Llama especialmente la atención la relevancia que cobran los factores de motivación interna,

reflejada en el valor que los trabajadores dan al reconocimiento de su labor, frente a la menor relevancia de la motivación extrínseca (económica). Este es un factor que también ayudaría a explicar una prevalencia menos elevada del síndrome de burn-out comparado con otros estudios similares¹⁴.

Finalmente, tal y como esperábamos, los trabajadores que presentaban clínica ansiosa o depresiva también tenían mayor riesgo de presentar *síndrome de burn-out*.

Nuestro estudio adolece de las típicas limitaciones de los estudios transversales, en el sentido de que no se pueden establecer relaciones causales entre los factores relacionados. Por ello, es necesaria la realización de estudios longitudinales que permitan establecer nexos de causalidad. Otra limitación es que el presente estudio ha sido realizado en una muestra de conveniencia, por lo que es difícil saber si los resultados serían generalizables a los trabajadores de otros centros terapéuticos de menores (p.e. Aldeas infantiles). Sin embargo, nuestros resultados son congruentes con la escasa literatura existente¹⁴, y justifican la pertinencia de la puesta en marcha de programas de *prevención del síndrome del burn-out* en los trabajadores de centros de menores¹⁴. Por otro lado, una de las principales fortalezas es la elevada participación de profesionales, mayor que la de estudios similares, y el hecho de presentar unos resultados coherentes con nuestras hipótesis.

Conclusiones

Los trabajadores de centros terapéuticos de menores presentan una elevada prevalencia de ansiedad, y de *síndrome del burn-out*, principalmente agotamiento emocional. Las mujeres parecen ser especialmente vulnerables a desarrollar el mismo. Por otra parte, la práctica regular del deporte, y ver reconocido su trabajo por los menores y los superiores parece ser factores de protección para el desarrollo del *síndrome del burn-out*. Las organizaciones privadas y públicas dedicadas a la protección en la infancia debieran establecer programas de prevención del *síndrome del burn-out* en sus trabajadores.

Tablas.

Tabla 1. Características de los diferentes centros de menores.

Centro	Año de inicio de actividad	Menores (n)	Patología más frecuente de los menores en cada centro
Centro Específico Martínez Bujanda II	2003	15	Discapacidad Intelectual Severa o Profunda (F72 y F73, CIE-10) y Trastorno de Conducta asociado (8-18 años)
Piso La Navata	2005	18	Diagnóstico Psiquiátrico (EJE I, CIE-10) y Trastorno de Conducta Asociado
Centro Específico Nuño Gutiérrez Román	2007	20	Discapacidad Intelectual Ligera y Moderada (F70 y F71, CIE-10) y Trastorno de Conducta Asociado.
Pisos Tutelados Almenara (2 pisos)	2009	8 10	Menores embarazadas Discapacidad Intelectual Ligera y Moderada (F70 y F71, CIE-10) y Trastorno de Conducta Asociado.
Centro Específico Mártiner	2009	16	Trastorno Hiperquinético (CIE-10) (7-14 años)
Viviendas Hogar La Cañada 2	2010	20	Diagnóstico Psiquiátrico (EJE I, CIE-10) y Trastorno de Conducta Asociado (8-18 años)

Tabla 2. Características socio-demográficas y laborales de los profesionales (n=102)

		N	%
SEXO	Masculino	52	51
	Femenino	50	49
ESTADO CIVIL	Con pareja	54	52,94
	Sin pareja	48	47,05
HIJOS	Con hijos	38	37,25
	Sin hijos	64	62,74
FORMACION UNIVERSITARIA	Con formación	45	44,12
	Sin formación	57	55,88
Categorías profesional	Directores	7	6,86
	Equipo Técnico (Psicólogos, trabajadores sociales, DUES)	12	11,76
	Educadores y coordinadores	18	17,64
	Cuidadores	58	56,86
	Personal de limpieza/concina	7	6,86
Turnos de trabajo	Mañana	24	23,52
	Tarde	25	24,5
	Noche	13	12,74
	Fin de semana	22	21,56
	Libre disposición	16	15,68
	Mañana/tarde	2	1,96

Tabla 3. Puntuaciones globales y en cada una de las subescalas de la MBI por sexo.

		Hombres	Mujeres	Total	Significación
MBI GLOBAL	Bajo	36 (69,2%)	24 (48,0%)	60 (58,8%)	FET p=0,044
	Medio o alto	16 (30,8%)	26 (52,0%)	42 (41,2%)	
AGOTAMIENTO EMOCIONAL	Bajo	43 (82,7%)	31 (62,0%)	74 (72,5%)	FET p=0,034
	Medio	6 (11,5%)	8 (16,0%)	14 (13,7%)	
	Alto	3 (5,8%)	11 (22,0%)	14 (13,7%)	
DESPERSONALIZACIÓN	Bajo	29 (55,8%)	26 (52,0%)	55 (53,9%)	ns
	Medio	13 (25,0%)	8 (16,0%)	21 (20,6%)	
	Alto	10 (19,2%)	16 (32,0%)	26 (25,5%)	
REALIZACION PERSONAL	Bajo	8 (15,4%)	11 (22,0%)	19 (18,6%)	ns
	Medio	14 (26,9%)	20 (40,0%)	34 (33,3%)	
	Alto	30 (57,7%)	19 (38,0%)	49 (48,0%)	
Total		52	50	102	

Tabla 4. Principales factores clínicos (ansiedad y depresión) y organizacionales relacionados con un riesgo aumentado de síndrome de burn-out.

		Niveles elevados de MBI n (%)	Significación
Ansiedad moderada	Si	22 (61,1)	$\chi^2=13,264$, gl=2, p=0,001
	No	18 (28,1)	
Depresión leve	Si	11 (68,8)	FET p=0,025
	No	31 (36)	
Formación universitaria	Si	18 (40)	ns
	No	24 (42,1)	
Sobrecarga percibida	Si	30 (57,7)	FET p<0,001
	No	9 (20,5)	
Satisfacción laboral	Si	37 (38,1)	FET p=0,010
	No	5 (100)	
Satisfacción económica	Si	5 (21,7)	FET p=0,053
	No	37 (46,8)	
Reconocimiento de los menores	Si	25 (31,6)	FET p=0,001
	No	17 (73,9)	
Reconocimiento de los compañeros	Si	37 (40,7)	ns
	No	5 (50,0)	
Reconocimiento de los superiores	Si	28 (33,3)	FET p=0,001
	No	14 (77,8)	
Reconocimiento social	Si	21 (32,3)	$\chi^2=6,612$, gl=2, p=0,037

	No	20 (55,6)	
Deporte frecuente	Si	25 (33,8)	FET p=0,023
	No	17 (60,7)	
Desmotivación	Si	13 (68,4)	FET p=0,010
	No	29 (34,9)	
Deseo de cambio de profesión	Si	18 (62,1)	FET p=0,008
	No	24 (32,9)	

Referencias

1. Ortega-Ruiz C, López-Ríos, F. El burnout o síndrome de estar quemado en los profesionales sanitarios: revisión y perspectivas. *Intern J Clin Health Psychol* 2004;4:137-60.
2. Giménez VM. El fenómeno del "burnout" en las profesiones de ayuda. *Rev Trab Social* 2000;159:65-102.
3. Maslach C, Jackson, S.E. *Maslach Burnout Inventory*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press; 1986.
4. Freudenberger HJ. The issues of staff burnout in therapeutic communities. *J Psychoactive Drugs* 1986;18:247-51.
5. Grau A, Suner R, Garcia MM. [Burnout syndrome in health workers and relationship with personal and environmental factors]. *Gac Sanit* 2005;19(6):463-70.
6. Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand* 1983;67(6):361-70.
7. Schaufeli WB, Bakker AB, Hoogduin K, Schaap C, Kladler A. on the clinical validity of the maslach burnout inventory and the burnout measure. *Psychol Health* 2001;16:565-82.
8. Belcastro PA, Gold RS, Hays LC. Maslach Burnout Inventory: factor structures for samples of teachers. *Psychol Rep* 1983;53:364-66.
9. Gil-Monte PR, Peiró, J.M. . Perspectivas teóricas y modelos interpretativos para el estudio del síndrome de quemarse por el trabajo. *Anales de psicología* 1999;15:261-268.
10. Lee RT, Ashforth BE. A meta-analytic examination of the correlates of the three dimensions of job burnout. *J Appl Psychol* 1996;81:123-33.
11. Gil-Monte PR. [Factorial validity of the Spanish adaptation of the Maslach Burnout Inventory-General Survey]. *Salud Publica Mex* 2002;44:33-40.
12. del Valle JF, Lopez M, Bravo A. Job stress and burnout in residential child care workers in Spain. *Psicothema* 2007;19:610-615.
13. Whitaker D, Archer, L., & Hicks, L. *Working in children's homes. Challenges and complexities*. Chichester: Wiley; 1998.
14. Jenaro-Río C, Flores-Robaina, N. y González-Gil, F. Síndrome de burn-out y afrontamiento en trabajadores de acogimiento residencial de menores. *International Journal of Clinical and Health Psychology* 2007;7:107-21.
15. Sinclair I, & Gibbs, I. *Children's homes. A study in diversity*. Chichester: Wiley; 1998.

¿Qué se sabe sobre el tema?

Los trabajadores de centros de menores parecen tener una elevada prevalencia de burn-out. No obstante, es preciso replicar los escasos estudios realizados. Además, la escasa literatura se ha centrado en los factores de riesgo, y no en los factores de protección.

¿Qué añade el estudio realizado a la literatura?

La práctica regular del deporte, y que los trabajadores vean reconocido su trabajo por parte de los menores y sus superiores parece ser factores de protección para el desarrollo de *burn-out*.

Las organizaciones privadas y públicas dedicadas a la protección en la infancia debieran establecer programas de prevención del *síndrome del burn-out* en sus trabajadores.