



Universidad de Murcia. Facultad de Psicología

Máster en Psicología Clínica y de la Salud

**BURNOUT EN PAYASOS DE HOSPITAL: UN
ESTUDIO DE ÁMBITO NACIONAL**

Trabajo Fin de Máster presentado por: Juana María Cánovas Cano

Tutores: Juan Manuel Ortigosa Quiles
Antonio Riquelme Marín

Murcia, a 12 de Junio de 2015

*Con mi más sincero agradecimiento a
las Asociaciones de Payasos
sin cuyo apoyo y colaboración
este trabajo no hubiera sido posible.*

Índice

| | |
|--|----------------|
| 1. Resumen | Pág. 5 |
| 2. Abstract | Pág. 6 |
| 3. Introducción | Pág. 8 |
| 4. Personal Sanitario | Pág. 10 |
| 4.1. Variables personales | Pág. 11 |
| 4.2. Variables organizacionales | Pág. 12 |
| 5. Payasos de Hospital | Pág. 15 |
| 5.1. Payasos de Hospital en el mundo | Pág. 16 |
| 5.2. Payasos de Hospital en España | Pág. 17 |
| 5.3. Payasos de Hospital en la Universidad | Pág. 23 |
| 5.4. Estudios empíricos sobre la eficacia de la presencia de los Payasos de Hospital | Pág. 24 |
| 5.5. Estudios empíricos sobre la actitud de niños, padres y profesionales sanitarios hacia los Payasos de Hospital | Pág. 30 |
| 5.6. Estudios empíricos sobre Payasos de Hospital y <i>Burnout</i> | Pág. 32 |
| 6. Objetivos e Hipótesis | Pág. 34 |
| 7. Metodología | Pág. 35 |
| 7.1. Participantes | Pág. 35 |
| 7.2. Instrumentos | Pág. 44 |

| | |
|-------------------------------|----------------|
| 7.3. Procedimiento | Pág. 45 |
| 7.4. Diseño | Pág. 46 |
| 7.5. Análisis de datos | Pág. 46 |
| 8. Resultados | Pág. 47 |
| 9. Discusión | Pág. 73 |
| 10. Conclusiones | Pág. 75 |
| 11. Referencias | Pág. 77 |
| 12. Anexos | Pág. 86 |

1. Resumen

La hospitalización pediátrica supone una fuente de malestar psicológico tanto para los niños como para sus padres, lo cual se manifiesta mediante reacciones emocionales y conductuales a corto, medio o largo plazo. En la actualidad, uno de los recursos más utilizados en España y otros países para reducir la ansiedad infantil en el ámbito sanitario son los Payasos de Hospital. Estos profesionales contribuyen a la mejora de la calidad de vida de los niños y niñas, sus familias y facilitan la labor del personal que los atiende en las estancias hospitalarias, al ser una fuente de distracción para el niño, procurando momentos de relax y distracción, a través del humor, la fantasía y la risa. Son profesionales con una formación específica de adaptación del arte del payaso al medio hospitalario que suelen pertenecer a asociaciones sin ánimo de lucro para ejercer su trabajo.

Numerosos estudios reflejan los beneficios que supone, tanto para los niños como para sus familiares, la función de los payasos de hospital. También son numerosos los estudios acerca de los estresores y de la presencia de burnout en medios hospitalarios para distintos profesionales. No existen, en cambio, estudios previos acerca de cómo puede verse afectado el colectivo de los payasos de hospital por distintos estresores, al ejercer su labor.

Así pues, nos planteamos delimitar la presencia de *Burnout* en este colectivo, analizar la relación entre *Burnout* y otras variables asociadas al desempeño de la actividad en Payasos de Hospital y analizar la estructura propia de los ítems de la escala Maslach en Payasos de Hospital. Para ello se contó con un total de 89 sujetos pertenecientes a las 15 asociaciones que participaron en el estudio. Se realizó un perfil de estos profesionales mediante un cuestionario sociodemográfico y se aplicó el cuestionario Maslach Burnout Inventory – MBI (Maslach y Jackson, 1986).

Los resultados obtenidos permiten afirmar que entre Payasos de Hospital en el ejercicio de sus funciones no se detecta *Burnout*. Las puntuaciones en las variables Agotamiento Emocional y Despersonalización son bajas, aunque algunos aspectos relacionados con variables personales y otros relacionados con el desarrollo de la profesión, se muestran asociadas a valores más altos en dichas variables. Por otra parte, puntuaciones

muy elevadas en el factor Realización Personal pueden indicar que la labor realizada tiene un significado muy profundo para estas personas, a pesar de las situaciones en las que este colectivo realiza sus funciones.

La estructura factorial hallada es parcialmente congruente con los resultados del manual original y se propone una solución factorial de dos dimensiones: factores negativos (compuesta por los ítems que conforman las subescalas Agotamiento Emocional y Despersonalización) y factores positivos (compuesta por los ítems que conforman la subescala Realización Personal).

Palabras clave: Hospital, payaso, estrés, burnout

2. Abstract

The pediatric hospitalization assumes a source of psychological discomfort, both for the children and their parents, which is demonstrated through emotional and behavioral reactions in the short or long run. Nowadays, the Hospital Clowns are one of the most used resources to reduce the childhood anxiety in Spain and other countries in the sanitary area. These professionals contribute to the improvement of the quality of life of the children and their families. They make the work of the Hospital staff easier by being the source of distraction and relaxation through the means of humour, fantasy, imagination and laughter. They are professionals with a specific training in adaptation of the clown's art to the hospital environment and they usually belong to a non-profit associations.

Numerous studies reflect the benefits of the function of the hospital clowns, both for children and their families. Also, there are numerous studies about stressors and the presence of burnout in hospital environment for different professionals. On the other hand, there are no previous studies about the effect of the group of the hospital clowns on different stressors.

Thus, we consider carrying out an evaluation about the Burnout's presence to analyze the relation between this one and other associated variables with the activity performance in this group and to study the own item structure of the scale Maslach in Hospital Clowns. For that, the sample consisted of 89 subjects belonging to 15 associations

that took part in the study. There was created a profile of these professionals through a Sociodemographic Questionnaire and also the Maslach Burnout Inventory questionnaire - MBI (Maslach and Jackson, 1986) was applied.

The results allow us to affirm that, among the Hospital Clowns in terms of their functions, there is not detected Burnout's presence. The scores in Emotional Exhaustion and Depersonalization variables are low, although some aspects related to personal variables and others related to the development of the profession are associated with higher values in those variables. On the other hand, very high scores on the Personal Accomplishment factor may indicate that the work has a very deep meaning for this people, despite situations where this group performs his functions.

The factorial structure is partly consistent with the results of the original instructions and one two-dimensional factor solution is proposed: negative factors (composed by Emotional Exhaustion and Depersonalization subscales items) and positive factors (Personal Accomplishment subscale items).

Key words: Hospital, clown, stress, burnout

3. Introducción

El síndrome "*Burnout*" es un término inglés que se podría traducir literalmente como "quemadura" y cuyo similar español sería, "estrés laboral", "agotamiento mental", "fatiga laboral", "fatiga profesional", "estrés emocional" o " desgaste profesional" entre otros.

El concepto "*burnout*" surgió en Estados Unidos a mediados de los años 70 (Freudenberger, 1974), para dar una explicación al proceso de deterioro en los cuidados y atención profesional a los usuarios de las organizaciones de servicios (organizaciones de voluntariado, sanitarias, de servicios sociales, educativas...). Freudenberger introdujo el término de "*burnout* profesional" cuando observó cómo los voluntarios que trabajaban con toxicómanos, tras un tiempo en su puesto de trabajo, sufrían una pérdida de energía, llegando al agotamiento y desmotivación por su labor.

Maslach y Jackson (1986) usaron el mismo vocablo para describirlo como el proceso de pérdida gradual de responsabilidad y desinterés entre los compañeros de trabajo en el campo de la psicología social.

Sin embargo se debería diferenciar de otros conceptos que se pueden solapar con él como depresión, estrés e insatisfacción laboral. Respecto a la diferencia entre depresión y *burnout*, cabe señalar que el primero reúne una serie de síntomas de bajo estado de ánimo generalizado en la persona mientras que el *burnout* es temporal y específico al ámbito laboral (Guerrero y Vicente, 2001).

Con respecto al estrés, Álvarez y Fernández (1991) afirman que la diferencia principal es que éste es resultado del estrés crónico experimentado en el contexto laboral, señalando que el *burnout* es una reacción al estrés en el trabajo en función de las demandas y características del mismo.

Gil-Monte (1991) señala que si bien el *burnout* y la insatisfacción laboral son experiencias psicológicas internas y negativas, el primero incluye cambios de conducta hacia los sujetos objeto de la actividad laboral, así como cambios en la calidad y desarrollo del trabajo y agotamiento o disminución de la energía para el trabajo.

Moreno y Peñacoba (1996) indican que el *burnout* no se identifica con la sobrecarga de trabajo ni es un proceso asociado a la fatiga, sino a la desmotivación emocional y cognitiva que en un determinado momento fueron importantes para el sujeto.

El síndrome ha quedado establecido como una respuesta al estrés laboral crónico que surge con frecuencia en los profesionales de las organizaciones de servicios (médicos, profesionales de enfermería, maestros, funcionarios de prisiones, policías, trabajadores sociales, etc.) que trabajan en contacto directo con los usuarios de tales organizaciones (pacientes, alumnos, presos, indigentes...) (Gil-Monte, 2003).

Turnipseed (1994) investigó la relación entre el *burnout* y el ambiente de trabajo e identificó la influencia de diferentes variables psicosociales (cohesión entre los compañeros, estructura de la organización, comunicación y presión en el trabajo) que contribuyen al síndrome de estar quemado.

Existen estudios centrados en profesiones como administrativos (De los Ríos, Ocampo, Landeros, Ávila y Tristán, 2007), deportistas (Garcés de los Fayos y Cantón, 1995), docentes (Cabrera y Moriana, 2004; Guerrero, 2003), monitores de educación especial (Gil-Monte, Carretero, Roldán y Núñez-Román, 2005), trabajadores de centros ocupacionales y sociales (Gil-Monte y Peiró 1996), vigilantes de instituciones penitenciarias (Hernández, Fernández, Ramos y Contador, 2006) y voluntarios (Chacón, Vecina, Barrón y de Pául, 1999), sin embargo la mayoría de investigaciones hace referencia a las profesiones vinculadas a trabajos asistenciales o de servicios, como auxiliares de clínica, cuidadores de pacientes geriátricos, médicos de atención especializada, primaria y especial, cirujanos dentistas, profesionales con pacientes con VIH, de salud mental y psicólogos y las profesionales de enfermería que por sus características organizacionales y laborales han recibido una mayor atención por parte de los investigadores (Ibáñez, Vilaregut y Abio, 2004; Santana, Hernández, Eugenio, Sánchez-Palacios, Pérez, y Falcón Moreno, 2009; Bujalance *et al.*, 2001).

4. Personal Sanitario

En cuanto a estudios sobre personal sanitario, encontramos que éste se enfrenta repetidamente a situaciones de vida y muerte. Su trabajo puede ser física y emocionalmente duro. El estrés que se deriva de este contexto implica el desarrollo de problemas como burnout y otros problemas de salud y psicológicos (ansiedad, depresión, etc.). En este sentido, Cherniss (1980) describió el interés de este concepto basándose en cuatro razones: 1) afecta a la moral y el bienestar psicológico del personal implicado; 2) afecta a la calidad de los cuidados y tratamientos que reciben los pacientes; 3) tiene una fuerte influencia en las funciones administrativas; y 4) es necesario prevenir a nivel comunitario en programas de servicios.

Guerrero (2001) señala que la exposición a numerosos estresores crónicos por parte de un individuo está relacionada con el deterioro de la salud; se han señalado una serie de alteraciones que son consecuencia de este síndrome considerando al personal sanitario como grupo de riesgo por las situaciones estresantes a las que se asocian:

- Consecuencias que inciden en la salud física: alteraciones cardiovasculares, fatiga crónica, cefaleas y migrañas, alteraciones gastrointestinales, alteraciones respiratorias, alteraciones del sueño, alteraciones dermatológicas, alteraciones menstruales, disfunciones sexuales y dolores musculares o articulatorios.
- Consecuencias que inciden en la salud psicológica: ansiedad, depresión, irritabilidad, disforia, baja autoestima, falta de motivación, baja satisfacción laboral, dificultades de concentración, sentimientos de frustración profesional y deseos de abandonar el trabajo.
- Consecuencias relacionadas con el ámbito laboral: absentismo laboral, abuso de drogas, aumento de conductas violentas, conductas de riesgo elevado, alteraciones de la conducta alimentaria, disminución de productividad, falta de competencia y deterioro de la calidad de servicio de la organización.

4.1. Variables personales

Las *variables personales* consideradas en los estudios sobre *burnout* han sido sexo, edad, estado civil, antigüedad en el trabajo, características de personalidad y psicopatologías y estrategias de afrontamiento.

Con relación al *sexo*, mientras en unos estudios las mujeres obtienen mayores puntuaciones en los instrumentos de medida (Atance, 1997), en otros estudios los hombres puntúan como más “quemados” en su trabajo (Muñoz, López, Fernández, Medina, Pérez y Torrente, 2001).

Con respecto a la *edad*, se observa mayor nivel de *burnout* entre los 40 y 45 años (Muñoz *et al.*, 2001), mientras que en otros estudios se señala que se produce en torno a los 44 años (Atance, 1997).

Referente al *estado civil* tampoco existen datos homogéneos; Atance (1997) señala al grupo de separados y divorciados en relación a la baja realización personal.

Respecto a la *antigüedad en el trabajo*, Atance (1997) sitúa entre los 5 y 10 años como la etapa en la que este problema aparece con mayor frecuencia.

En relación a *personalidad y psicopatologías*, este problema se ha asociado a un mayor número de quejas físicas (Torrado, Fernández-Ríos y Martínez, 1996), de igual forma a psicopatologías y morbilidad psiquiátrica como ansiedad y depresión (Aluja, 1997).

Finalmente, respecto a la posible relación entre *estrategias de afrontamiento* y el posterior desarrollo del *burnout*, los estudios han ido destinados a evaluar dichas estrategias, hallando que las centradas en el problema son utilizadas por aquellas personas que se enfrentan a condiciones estresantes concretas en la práctica (Guerrero, 2001). Quevedo *et al.* (1997) indican que son los posibles cambios cognitivos que se realizan ante dichas demandas estresantes los relacionados con no padecer *burnout*.

4.2. Variables organizacionales

Las *variables organizacionales* consideradas en los estudios sobre *burnout* han sido clima laboral, bienestar laboral, ambigüedad de rol y falta de reciprocidad.

Los resultados de las investigaciones muestran que el estrés que los sujetos perciben en el trabajo es menor cuanto más positivo es el *clima laboral* (Cuevas, O'Ferrall y Crespo, 1998), *el bienestar* (Escribá, Más, Cárdenas, Burguete y Fernández, 2000) y la *satisfacción laboral* (Cherniss, 1980).

En relación a la *ambigüedad de rol*, entendida como la inseguridad entre las exigencias de la propia tarea y las instrucciones con las que debe ser hecha, Moreno y Peñacoba (1996) encuentran que parece favorecer el desarrollo de *burnout*.

Según Gil-Monte (2001), igualmente se produciría en el caso de la falta de *reciprocidad de rol*, en el sentido de que el personal sanitario podría percibir que tanto los pacientes como la organización no les recompensan de manera proporcional a lo que ellos dan.

Por otra parte, Gil-Monte y Peiró (1997) encontraron que sufren un mayor grado de desgaste aquellos profesionales que pasan un mayor número de horas de trabajo con un contrato eventual o cambiante, en un servicio donde el impacto emocional es alto como oncología infantil, cuidados paliativos o hematología.

Sánchez, de Lucas, García-Ochoa, Sánchez, Jiménez y Bustinza (2001) pretendieron determinar la prevalencia del Síndrome de *Burnout* y sus componentes (cansancio emocional, despersonalización y realización personal) en un colectivo de profesionales de emergencias prehospitalarias. Se distribuyó una encuesta entre los profesionales con actividad asistencial de SAMUR-Protección Civil de Madrid formada por dos partes: en la primera se recogieron datos sociodemográficos e impresiones personales sobre malestar en el trabajo y la segunda parte la constituyó el “Maslach *Burnout Inventory*” en la versión española validada entre sanitarios españoles.

Los resultados indicaron que el Cansancio Emocional fue significativamente mayor entre sanitarios con hijos. Los profesionales con mayor antigüedad en su profesión y en la emergencia puntuaron más alto en “*Burnout*” y en Cansancio Emocional. Por contra, no se encontraron diferencias en cuanto a sexo, estado civil o estabilidad laboral. Sólo el 2,8% de los encuestados se plantearon cambiar de trabajo cuanto antes.

Albaladejo, Villanueva, Ortega, Astasio, Calle y Domínguez (2004) determinaron la prevalencia del Síndrome de *Burnout* y de sus tres componentes (cansancio emocional, despersonalización y falta de realización personal) entre los profesionales del área de enfermería del Hospital Clínico Universitario San Carlos de Madrid y su relación con determinados factores sociodemográficos, laborales e institucionales. Para ello realizaron un estudio transversal entre los profesionales destinados en el área de enfermería del mencionado hospital encontrando que el perfil del sujeto afectado de *burnout* se correspondía con el de un profesional con experiencia laboral que, sin embargo, manifiesta un escaso grado de reconocimiento a su labor asistencial y un alto nivel de insatisfacción con la gestión de su centro de trabajo.

Bernaldo y Labrador (2008) analizaron las relaciones entre estrés laboral, *burnout*, síntomas psicopatológicos y variables sociolaborales en 76 trabajadores de los servicios de urgencias extrahospitalarias del Área 9 de Madrid (médicos, personal de enfermería y celadores). Los instrumentos de evaluación aplicados fueron: el Inventario de Estresores Laborales para Enfermería, el Inventario de *Burnout* de Maslach (MBI) y el Cuestionario de 90 síntomas Revisado (SLC-90-R). Se observaron altas correlaciones significativas entre estrés laboral, *burnout* y síntomas psicopatológicos. Las variables sociolaborales mostraron correlaciones significativas pero sus valores fueron menores. Los médicos fueron los profesionales que presentaron mayor número de correlaciones y más elevadas. Las diferencias observadas en los distintos grupos profesionales indicaron que sería necesaria una intervención distinta y específica para cada estamento profesional.

Grau, Flichtentrei, Suñer, Prats y Braga (2009) compararon la prevalencia de *Burnout* entre profesionales sanitarios en países de habla hispana y exploraron su asociación con las características sociodemográficas y profesionales de los trabajadores y con sus percepciones. Se estudió el síndrome de *burnout* en 11.530 profesionales de la

salud de habla hispana (51% varones, edad media de 41,7 años). Se aplicó el Maslach *Burnout* Inventory y un cuestionario de elaboración propia vía online.

Cañadas, Lozano, de la Fuente, Vargas y Saldaña (2010) compararon los niveles de *Burnout* en posibles grupos de riesgo entre los profesionales sanitarios y realizaron las comparaciones utilizando procedimientos de análisis estadístico clásico y bayesiano. Participaron 108 profesionales, trabajadores en atención psico-socio-sanitaria, en dos centros de la Diputación de Granada. Todos respondieron, de forma anónima e individual, a un cuadernillo en el que se incluían datos personales así como la adaptación a población española del Maslach Burnout Inventory (MBI). Se utilizó análisis de varianza clásico y bayesiano en la identificación de factores de riesgo asociados a diferentes niveles de Burnout, comprobando que la información ofrecida por el procedimiento bayesiano permitía complementar la ofrecida por el procedimiento clásico. Los resultados mostraron diferencias significativas en cansancio emocional, y en despersonalización, según el estado civil. Respecto al primer factor, las diferencias se encontraron al comparar solteros y divorciados, así como entre casados y divorciados. Respecto a la despersonalización, sólo se encontraron diferencias significativas entre solteros y divorciados. No se encontraron diferencias en el factor realización personal en ninguno de los niveles considerados.

Piñeiro (2013) buscó tanto el nivel de estrés como los factores relacionados con éste (mecanismos de afrontamiento; satisfacción laboral e inteligencia emocional percibida) en el personal de enfermería de las unidades de hospitalización psiquiátrica del Complejo Hospitalario Universitario de Vigo. Los resultados mostraron que los estresores más frecuentes en este colectivo eran: “Interrupciones frecuentes en la realización de sus tareas”, “Sentirse impotente en el caso de un paciente que no mejora”, “Ver a un paciente sufrir” y “Realizar demasiadas tareas que no son de enfermería”. En la identificación de la satisfacción laboral los factores con mayores puntuaciones fueron: “Satisfacción en el trabajo”, “Relación personal” y “Adecuación para el trabajo”. En cuanto a los mecanismos de afrontamiento los de mayor puntuación fueron: Resolución de problemas, Pensamiento desiderativo, Apoyo social y Reestructuración cognitiva. Por último, el estudio de la inteligencia emocional percibida mostró que deben mejorar su atención emocional,

mientras que la claridad emocional y la reparación emocional presenta una puntuación adecuada.

Tras lo anterior se podría concluir que, el cansancio emocional afecta mayormente a sanitarios con hijos y mayor antigüedad en la profesión. También que el personal afectado de *Burnout* manifiesta escaso grado de reconocimiento a su labor asistencial e insatisfacción con la gestión de su centro de trabajo y finalmente se observan correlaciones entre estrés, burnout y síntomas psicopatológicos.

5. Payasos de Hospital

La hospitalización pediátrica supone una fuente de malestar psicológico tanto para los niños como para sus padres, lo que se manifiesta mediante reacciones emocionales y conductuales que pueden darse a corto, medio o largo plazo. Los llamados “estresores hospitalarios”, hacen que el niño tenga que adaptarse rápidamente a un ambiente desconocido y amenazante. Con el objetivo de minimizar estas reacciones se vienen desarrollando programas creados para preparar psicológicamente a los niños para afrontar la cirugía (Gutiérrez *et al.*, 2008).

El humor se ha vinculado con las emociones positivas y éstas a su vez con el bienestar y el incremento de la capacidad para afrontar situaciones adversas (Vera, Carbelo y Vecina, 2006). Por ello, el uso del humor puede ayudar al niño a afrontar las experiencias hospitalarias (Dowling, Hockemberry y Gregory, 2003).

En la actualidad, uno de los recursos utilizados en España y otros países para reducir la ansiedad infantil en el ámbito sanitario son los payasos de hospital. Gracias a estos profesionales, muchos niños reducen su ansiedad durante todo el periodo de hospitalización, fomentando además la relación con los profesionales sanitarios y desdramatizando todo lo que envuelve a la intervención quirúrgica.

Las diversas asociaciones de payasos de hospital contribuyen a la mejora de la calidad de vida de los niños y niñas, sus familias y el personal que los atiende en las estancias hospitalarias. Procuran momentos de distensión, distracción y desdramatización del entorno médico, a través del humor, la fantasía y la risa.

El objetivo principal de los payasos de hospital es minimizar el impacto que produce esta experiencia en el bienestar psicológico del niño. Éstos utilizan el humor, el juego, la distracción, la creatividad y el apoyo emocional como componentes esenciales de su asistencia durante el proceso pre-quirúrgico (Koller y Gryski, 2008; Ortigosa, Méndez y Riquelme, 2009).

Como indican Romero, Méndez, Bianco y Castro (2012), el payaso de hospital es un profesional con una formación específica de adaptación del arte del payaso al medio hospitalario, obtenida en un sistema formal o no formal de educación y cuya actividad puede ser o no remunerativa. Señalan que estos payasos de hospital suelen pertenecer a asociaciones sin ánimo de lucro para ejercer su trabajo, o en su defecto como voluntariado social. En sus inicios, el payaso de hospital comenzó a trabajar sólo en el ámbito de la pediatría, aunque actualmente se ha extendido a otros colectivos como consecuencia del progreso social, como por ejemplo residencias de mayores, reclusos o atención a personas en riesgo de exclusión social.

5.1. Payasos de Hospital en el mundo

Actualmente, Hunter Doherty “Patch” Adams es considerado fundador de los doctores payaso. Él se puso una nariz roja trabajando en hospitales, creyendo que el humor y la risa creaban una atmósfera de confianza y amor entre empleados así como entre el personal y pacientes (Adams, 1994).

Como indican Koller y Gryski, (2008) en muchos países del mundo, niños y niñas reciben la actuación de los payasos durante su hospitalización llevando la risa a hospitales de Europa, Asia, África, América o Australia.

Algunos ejemplos son Kliniklown y Die Clown Doktoren (Alemania), Cliniclowns (Holanda), Mediclowns (Bélgica), Le Rire Médecin (Francia), Dream Doctors (Israel), Doctores Bola Roja (Perú), Mediclaun, Titiriclaun y Fundación Doctora Clown (Colombia), Doutores de Alegría (Brasil), Payasos Medicinales (Uruguay), Dr. Clown (Canadá), Caring Clowns International, Hospital Clown y Gesundheit! Institute (USA) o Fundación Theodora en Europa, África y Asia (en España desde el año 2000).

Se ha creado una entidad que agrupa a organizaciones de payasos de hospital que trabajan con payasos profesionales en la asistencia sanitaria europea. Con ocho miembros fundadores, la creación de la Federación Europea de Organizaciones de Payasos de Hospital (EFHCO, siglas en inglés), con sede en Bruselas, simboliza el auge del trabajo de payasos de hospital y el creciente rol del humor y la risa en el ambiente de la salud.

Los miembros fundadores de la EFHCO son payasos de hospital de organizaciones no lucrativas de Austria, Francia, Alemania, Italia, Países Bajos, Escocia, España y Suiza. El objetivo de esta organización es dar a conocer el trabajo de los payasos profesionales que intervienen en la asistencia sanitaria en Europa, tanto a la sociedad en general como a los profesionales de la salud, y a la vez ofrecer un espacio donde sus miembros compartan sus métodos y sus buenas prácticas en el delicado trabajo que realizan.

Las ocho organizaciones de la EFHCO emplean a 404 payasos, visitan 412 centros de salud en 172 países y llegan a cerca de 460.000 niños y ancianos al año. Todos los payasos de hospital que trabajan para las organizaciones miembros son actores profesionales que reciben una formación especializado para trabajar con niños y adultos en los centros sanitarios.

5.2. Payasos de Hospital en España

A fin de dimensionar la presencia de los payasos de hospital en España, vamos a revisar las diferentes asociaciones que en la actualidad están activas en los hospitales españoles.

En España, entre otros, trabajan Pupaclown (Murcia), Clowntagiosos (Zaragoza), Papallassos (Barcelona), Socialclown (Ibiza), Xaropclown (Gerona), Payasosalud (Madrid), Saluticlowns (Cataluña), Irrikiclown (Vizcaya), Payasospital (Valencia), La Sonrisa Médica (Mallorca), Saniclown (Madrid), Titiritas (Granada), Hazmerreir (Canarias), Terapiclowns (Burgos), Clowntigo (Oviedo), Pallapupas (Barcelona) Cazasonrisas (Palencia), Algaraklown (San Sebastián) y Fundación Theodora en diferentes hospitales españoles.

Algaraklown (Gipuzkoa) asociación de Payasos y Payasas de Hospital sin ánimo de lucro que ayuda a restablecer la armonía entre la persona enferma hospitalizada y su vida cotidiana.

Realizan su trabajo desde el campo emocional y psicológico. Los destinatarios son todas aquellos niños y niñas hospitalizados: neonatos, lactantes, escolares, oncológicos, quirúrgicos, UCI pediátrica y en ocasiones, los adultos ingresados en el Centro Amara de larga estancia.

El objetivo general su trabajo es colaborar con el Plan de Salud puesto en marcha por Osakidetza en relación con la promoción de entornos saludables y en la mejora de la calidad de la vida sanitaria y salud emocional de la persona hospitalizada así como la de sus acompañantes, reduciendo las tensiones y bloqueos que se generen en el contexto y contribuyendo a la prevención de enfermedades a través de su colaboración con el equipo sanitario de los centros. Pero también y de modo cuantitativo, ampliar su campo de actuación, atendiendo a todos aquellos centros esparcidos por el ámbito territorial del área de Salud de Gipuzkoa en la medida de sus posibilidades. Que se sintetiza en dar lo mejor de cada payaso/a a cada niña/o y/o persona ingresada.

Para conseguirlo están en constante colaboración con el personal médico y familiares a fin de conocer la situación de partida de cada persona que van a visitar, así como de su evolución, respetando siempre la intimidad de la persona y los ritmos del centro.

El equipo “Algaraklown” siempre adecúa sus intervenciones a cada situación personalizada; edad, sexo, religión, idioma, cultura, etc.

Clowntagiosos (Zaragoza) es una asociación sin ánimo de lucro, fundada por iniciativa de estudiantes de Medicina. Constituida íntegramente por voluntarios, pretende ser un recurso al servicio de los pacientes y los profesionales de la salud, tomando entidad propia en octubre de 2008, cuando se constituyen como asociación.

Desde entonces colaboran con el equipo sanitario del Hospital Infantil de Zaragoza para minimizar el stress que supone la hospitalización y las actividades terapéuticas en los

niños y sus familiares, ofrecer momentos de distracción y proveer al niño enfermo de una válvula de escape y reducir la carga negativa asociada al medio hospitalario (profesionales, procedimientos, intervenciones, material...).

En Clowntagiosos conciben el payaso de hospital como un proceso de crecimiento en el que el aprendizaje resulta imprescindible y para ello llevan a cabo formación en mimo y clown, así como desarrollo de otros recursos (globoflexia, cuentacuentos, malabares, magia...) o la adquisición de nociones en psicología infantil.

Para asegurarse de la utilidad y calidad de su intervención recogen datos a través de encuestas dirigidas a clowns, padres y personal sanitario.

Clowntigo (Oviedo) asociación de clowns social y cultural sin ánimo de lucro, que hace llegar el arte clown de un modo especial a niños hospitalizados, colectivos en riesgo social y ancianos. Su objetivo en hospitales es facilitar que el niño se reencuentre con su universo infantil, posibilitar su deseo de afirmación y de juego y desdramatizar la estancia hospitalaria y lo que ello implica.

Irriki clown (Bizkaia) es una asociación de payasos sin ánimo de lucro que trabaja en el ámbito hospitalario de Bizkaia desde 2008. Cuentan con un equipo voluntario y profesional formado en técnicas específicas de payaso de hospital. Su objetivo es dar respuesta a las necesidades de los niños hospitalizados así como a sus familias y el personal médico que les atiende contribuyendo a la mejora de su calidad de vida, desdramatizando el entorno médico y creando un ambiente distendido en el que el niño/a recupera su cualidad de niño/a a través de la risa y la fantasía.

Nassos Vermells (Calella) nueva asociación de payasos voluntarios que visitan las habitaciones del área de pediatría del Hospital Sant Jaume de Calella. Quieren hacer crecer esta nueva asociación, sumando nuevos voluntarios debidamente formados.

Pallapupas (Cataluña) asociación sin ánimo de lucro, trabaja en hospitales y centros sanitarios desde el año 2000 a fin de que haya un lugar para la risa durante el proceso de la enfermedad, y convertir así los hospitales en espacios más amables y llenos de vida a través de actuaciones artísticas orientadas a niños y a personas mayores, en

estrecha colaboración con el personal sanitario. Cada intervención se realiza de manera personalizada, teniendo en cuenta el estado físico y psíquico del paciente así como su situación familiar; esta información la proporciona el personal sanitario en el paso previo a la intervención artística de Pallapupas, es lo que se conoce como “transmisión”. Disponen de una línea artística propia. Siempre complementada por la formación médica y psicológica y sobre los colectivos para los que trabajan. Trabajan con el personal sanitario como un solo equipo, con el objetivo de que la estancia en el hospital, la intervención quirúrgica y las curas puedan convertirse en una experiencia positiva.

Esta asociación surge para aportar ternura y humanidad en estos procesos por medio de payasos de hospital profesionales, que tienen formación artística y médica específica. Se pretende humanizar la salud en todo su aspecto emocional y concienciar sobre la enfermedad infantil, para poder hablar de ella sin estigma social.

Papallassos (Barcelona) asociación de voluntarios sin ánimo de lucro, que realizan una actividad de forma continuada con la intención de mejorar el estado anímico de los pacientes infantiles y de su entorno inmediato, entreteniéndolo, divirtiéndolo y animándolo, siendo su mejor recompensa la mirada comprensiva y la sonrisa ante sus payasadas.

Payasosalud (Madrid) asociación sin ánimo de lucro, que interviene mediante técnicas de la risa y el clown, desarrollando proyectos de mejora de la salud para personas enfermas o discapacitadas en centros de salud o asistenciales.

Entre sus objetivos se encuentran mejorar la calidad de vida de las personas enfermas que se encuentran en centros de salud o asistenciales, en colaboración con el personal médico-sanitario, mejorar el proceso terapéutico de recuperación de los pacientes, mejorar el ambiente de trabajo del personal sanitario, mejorar el estrés hospitalario de los familiares y acompañantes y promocionar la salud.

PayasOSPital (Valencia) es una asociación no lucrativa que, desde 1999, alegra la vida de los niños y niñas hospitalizados con actuaciones de payasos profesionales, adaptadas a cada niño y coordinadas con el personal sanitario. Esta labor se realiza principalmente en los hospitales donde están los niños que padecen cáncer u otras

enfermedades que requieren largas estancias. Son profesionales del espectáculo formados y contratados por PayaSOSpital después de una rigurosa selección. Algunos tienen amplia experiencia como magos, otros como músicos, algún otro es experto en malabares... Son profesionales que no dejan de formarse durante todo el año para mantener y mejorar su calidad artística.

Los payasos recorren diferentes lugares del servicio de Oncología Pediátrica y Pediatría, así como los pasillos, ascensores y salas de espera. Las actuaciones en las habitaciones y unidades especiales son estrictamente individuales y se realizan con el consentimiento del niño, quien es el que decide. Siempre con delicadeza, nunca por imposición.

Actualmente están presentes en hospitales de Valencia, Alicante y Castellón y desde 2011 pertenecen a la “Federación Europea de Organizaciones de Payasos de Hospital”.

Pupaclown (Murcia), llevan el arte del clown a las instituciones sanitarias y aquellas que atienden a niños y jóvenes como apoyo *Psicológico, Terapéutico y de Integración Social*. Este apoyo es extensible a sus familias y a su entorno social. Trabajan en parejas y acuden al Hospital "Virgen de la Arrixaca" de Murcia, visitando individualmente a cada uno de los niños y jóvenes ingresados en sus distintas áreas, participando en este momento crítico de la vida de estos pacientes adaptándose a su estado de ánimo y salud, siendo conscientes en todo momento de que serán los niños quienes marcarán las pautas de su trabajo cada mañana, convirtiéndolos en los verdaderos protagonistas.

Su objetivo es que los niños y jóvenes hospitalizados vean cubiertas aquellas necesidades que van más allá de las que cubren los profesionales sanitarios. La asociación nace para paliar el estrés producido por la hospitalización. Desempeña su labor en los hospitales donde hay niños y jóvenes ingresados, que van a ser operados o que han de asistir a tratamientos continuados por alguna dolencia crónica.

Saniclown (Madrid) son profesionales de la medicina, el arte, la educación y la psicología que se han formado en la técnica del clown orientada al abordaje y

acompañamiento de los pacientes ingresados, realizando actuaciones e intervenciones en el Hospital Universitario Niño Jesús de Madrid y colaborando puntualmente en el Hospital Ramón y Cajal.

Su objetivo es mejorar la salud emocional de los pacientes ingresados, sus familiares y el personal sanitario.

Socialclown (Ibiza) propone utilizar el humor como herramienta fundamental para hacer de este mundo un lugar mejor y para ello actúan para los más pequeños, víctimas de enfermedades o en situación de riesgo, para que recuperen su dignidad como niños y sean menos víctimas. También actúan para los mayores, para que disfruten de un envejecimiento más activo. Pero también actúan para aquellas personas que sufren alguna situación adversa, para que puedan aceptarla y vivir mejor.

Socialclown actúa allí donde hay personas que sufren, tanto en España como en el Tercer Mundo. En estos años han viajado a Malawi e India llevando alegría a las escuelas rurales y colaborando de forma activa en centros geriátricos y hospitalarios en Ibiza.

Sonrisa médica (Mallorca), es una asociación sin ánimo de lucro creada en 1994 que, en 2004 es declarada de Utilidad Pública por el Ministerio del Interior reconociendo así su servicio a la comunidad. Utilizan la alegría, el optimismo, la empatía, el respeto, la honestidad, la humanidad y la generosidad de forma constante y permanente en el desarrollo de nuestra actividad. Los payasos son profesionales con formación en materias artísticas (clown, música, magia, malabares, etc.), psicológicas y sanitarias lo que permite el correcto desarrollo de su función.

Su objetivo principal es transformar el entorno sanitario a través del humor consiguiendo que éste forme parte del proceso terapéutico.

Terapiclowns (Burgos) comienza en 2009 a visitar el Hospital General Yagüe y el Hospital Fuente Bermeja. En este último se encuentra la Unidad de Rehabilitación Hospitalaria y el Centro de Rehabilitación Psico-social de enfermos mentales (CRPS). Esta asociación interviene en los dos hospitales burgaleses siendo el primer programa de payasos de hospital que se fundó en Castilla y León.

Este proyecto existe gracias a la colaboración de varias entidades, empresas y aportaciones particulares.

XaropClown (Gerona) es una asociación de payasos que trabaja en el hospital Dr. Josep Trueta de Girona con el fin de relajar la estancia de niños y jóvenes hospitalizados y también en centros sociosanitarios destinados a personas con enfermedad mental. Su objetivo es hacer llegar el humor a entornos de estrés provocado por enfermedades, contribuyendo con su tarea a relajar el ambiente y a mejorar la eficacia de los tratamientos. Los payasos de XaropClown son artistas profesionales, formados y preparados para trabajar con personas vulnerables en entornos de asistencia sanitaria, en la que la sensibilidad está siempre a flor de piel.

Con el tiempo se han convertido en parte del paisaje de las áreas pediátricas, y han creado un clima de gran complicidad con el personal sanitario, que sabe cómo y cuándo recurrir al equipo de payasos y payasas para realizar intervenciones concretas con los niños ingresados.

Fundación Theodora son artistas profesionales que trabajan como Doctores Sonrisa con una elevada formación artística y psicosanitaria, que siguen procedimientos muy rigurosos definidos por la Fundación para visitar a los niños hospitalizados cumpliendo unas garantías de higiene y calidad muy estrictas. Una vez se incorporan, la Fundación mantiene un elevado nivel de seguimiento de la actividad y lleva a cabo iniciativas continuadas para mantener el nivel de calidad esperado. Tras más de diez años de experiencia en hospitales españoles, la Fundación Theodora ha desarrollado tres programas que tratan de dar respuesta a necesidades de los niños y adolescentes hospitalizados así como el personal sanitario.

5.3. Payasos de Hospital en la Universidad

Tal es el reconocimiento a la labor de los payasos de hospital, que la Facultad de Medicina de la Universitat de Barcelona está desarrollando una experiencia pedagógica enmarcada en el contexto de la adquisición de competencias comunicativas en la formación global del profesional de la medicina. La experiencia consiste en trasladar al aula la

metodología de intervención de los payasos de hospital como profesionales del espectáculo y de la transmisión de positivismo y, a la vez, como conocedores del entorno hospitalario (pediátrico, geriátrico, psiquiátrico) desde un punto de vista distinto al del profesional sanitario. Se trata de aportar herramientas complementarias al trato con el paciente desde una perspectiva estrictamente humana.

La actividad se desarrolla actualmente como asignatura optativa de tres créditos ECTS, formando parte integral del plan de estudios del grado de Medicina que se imparte en la Universitat de Barcelona. La asignatura está coordinada por dos profesores de la Facultad de Medicina, Vicedecano y Secretario respectivamente, que se encargan de introducir la asignatura, supervisar sus contenidos en coherencia con otras asignaturas con competencias reconocidas de comunicación (psicología, semiología, oncología, asistencia primaria) y valorar los resultados. En cada sesión participan dos profesionales de la asociación Pallapupas. Su principal objetivo es dar respuesta a la necesidad de formar al médico en aquellos aspectos más humanos de la comprensión, tolerancia y relaciones humanas, desde la vertiente del sentido del humor.

Los resultados obtenidos hasta la fecha son muy satisfactorios, en lo referente a la aceptación y apreciación entre el alumnado y el profesorado, y la experiencia resulta lo bastante innovadora y prometedora como para darla a conocer (Ambrosio, Rosales, Masegosa y Ariza, (2013).

Con respecto a la Universidad de Murcia hay una estrecha colaboración desde hace años con la asociación Pupaclown y desde el pasado 23 de Diciembre un convenio de colaboración que permitirá a los alumnos de psicología de la institución docente realizar prácticas con dicha asociación permitiendo a éstos que se familiaricen con los beneficios terapéuticos de la risa.

5.4 Estudios empíricos sobre la eficacia de la presencia de los Payasos de Hospital

Gorfinkle, Slater, Bagiella, Tager y Labisky (1998) efectuaron dos estudios en la Universidad de Columbia que tuvieron como objetivo determinar la efectividad de los

payasos como «presencias distractoras». En un estudio, 32 niños con cáncer fueron evaluados en dos visitas consecutivas al hospital de día para diferentes pruebas. Los resultados no mostraron diferencias significativas en el estrés observado en los niños en las condiciones “payaso presente” o “payaso ausente” aunque, tanto médicos como enfermeras encontraron más fácil la realización de las pruebas oportunas en la condición en la que el payaso estaba presente.

En el otro estudio, 28 niños trasplantados de corazón, fueron observados durante dos biopsias consecutivas, siendo asignados al azar a la condición de payaso / no payaso durante la segunda biopsia. La línea base para todos los niños se estableció sin payaso; los resultados de la segunda biopsia mostraron un descenso del estrés observado tanto en niños como en padres. Sin embargo, cuando las líneas base fueron covariadas estos resultados no alcanzaron diferencias. Los médicos encontraron más difícil de realizar el procedimiento con payaso.

La intervención del payaso en intervenciones pediátricas invasivas representa una innovación en la atención de niños gravemente enfermos. Futuros estudios podrían apuntar las ventajas bio-psicológicas de payasos con niños enfermos en intervenciones médicas menos traumáticas, ya que, la alegría y la risa originada por los payasos pueden proporcionar ventajas a los niños hospitalizados. (Gorfinkle et al., 1998).

Vagnoli, Bastiani, Turchi, Caprilli y Messeri, (2007) estudiaron la eficacia de los payasos con la presencia de los padres para disminuir la ansiedad preoperatoria, utilizando una herramienta cualitativa de autoinforme, además de la escala observacional. Los resultados demostraron que la presencia de los payasos, junto con uno de los padres, reducía la ansiedad preoperatoria durante la administración de la anestesia.

Gutiérrez et al., (2008) estudiaron el efecto de los payasos de hospital sobre la ansiedad en niños que iban a ser operados en una muestra de 60 niños, entre 6 y 10 años de edad, 30 niños con payasos antes de la cirugía y 30 niños sin ellos.

Los resultados mostraron que ambos grupos tenían tendencia a incrementar la ansiedad, pero, los niños del grupo de payasos mostraron menos incremento en la

puntuación de ansiedad. El grupo control mostró que los niños están más alterados incluso a los siete días del alta.

Los niños que recibieron la atención de los payasos tienen tendencia a estar menos estresados y con menos miedo que los otros niños, niveles medidos por la escala STAIC y la escala de caras, y estos resultados se mantienen incluso siete días después del alta.

Golan, Tighe, Dobija, Perel y Keidan (2009) determinaron si payasos especialmente entrenados aliviaban la ansiedad preoperatoria resultado de la inducción a la anestesia comparada con el empleo de midazolam o ninguna intervención. Fue un estudio aleatorizado, controlado y ciego, realizado con niños de 3-8 años sometidos a anestesia general y cirugía ambulatoria, los cuales fueron asignados a uno de tres grupos: Grupo 1, no recibía midazolam ni se contaba con la presencia de payaso; Grupo 2, se le administraba midazolam; y Grupo 3, que contaba con la presencia de dos payasos especialmente entrenados, los cuales estaban presentes a la llegada del niño al área de espera, en el desplazamiento al quirófano, a la entrada al mismo y durante la aplicación de la máscara para la inducción de la anestesia por inhalación. Los niños fueron grabados en video para ser clasificados posteriormente.

Los resultados mostraron que los niños que conformaron el Grupo 3 (grupo payasos) arrojaron puntuaciones más bajas en ansiedad en el área de espera comparado con los niños pertenecientes a los grupos 1 y 2. Los grupos 2 y 3 (Midazolam Vs. Payasos) no mostraron diferencias durante la aplicación de la máscara de anestesia en la Sala de Operaciones. El efecto payaso en la reducción de la ansiedad continuó cuando los niños entraron en la sala de operaciones pero, en este punto fue igual al grupo 2 (midazolam). No hubo diferencias en la aplicación de la máscara de anestesia entre grupos.

El estudio concluyó que el empleo de payasos entrenados para niños sometidos a cirugía, puede aliviar la ansiedad significativamente. Sin embargo, los payasos no tienen ningún efecto una vez que la máscara de anestesia es aplicada.

Meissel, Chellew, Ponsell, Ferreira, Bordas y García-Banda (2009) evaluaron el efecto de la intervención de los payasos de hospital sobre el malestar psicológico y las

conductas desadaptativas en 61 niños y niñas de 3 a 12 años que iban a ser operados, siendo asignados a un grupo experimental o grupo de control, encontrando que los payasos de hospital no fueron eficaces para reducir el nivel de malestar psicológico. Las conductas desadaptativas de los niños y niñas en el grupo experimental disminuyeron después de la operación, aunque no alcanzaron niveles significativos, concluyendo que es necesario realizar más estudios que determinen los efectos de los payasos de hospital, teniendo en cuenta la edad, el sexo, la presencia de los padres y los diferentes contextos de hospitalización.

Vagnoli, Caprili y Messeri (2010) investigaron qué intervención era más eficaz para reducir la ansiedad preoperatoria ante los altos niveles de ansiedad en el periodo prequirúrgico. La muestra estuvo compuesta por 75 niños de 5-12 años que tenían que someterse a cirugía ambulatoria. Los niños fueron asignados aleatoriamente a: 1) grupo de Payasos (n=25), acompañados en la sala preoperatoria por payasos y uno de los padres; 2) grupo Premedicado (n=25), con administración de midazolam y acompañado por uno de los padres en la sala preoperatoria; y 3) grupo de Control (n=25), sólo acompañados por uno de los padres. La ansiedad en el periodo preoperatorio fue medida en niños y padres.

Los resultados indicaron que el grupo de Payasos (grupo 1) estaba considerablemente menos ansioso durante la administración de la anestesia comparada con el grupo de Premedicado (grupo 2) y el grupo de Control (grupo 3). No hubo ninguna diferencia significativa entre el grupo de Premedicado y el grupo de Control (grupos 2 y 3). Se observó que, en la sala de inducción a la anestesia, se produjo un incremento en los niveles de ansiedad respecto a los mostrados en la sala de espera. Estos incrementos no fueron significativos entre los grupos 1 y 2 (Premedicado y Payasos), pero sí lo fueron entre éstos y el grupo de control, mostrando los últimos los niveles de ansiedad más elevados.

Las conclusiones fueron que la presencia de uno de los padres con Payasos es más efectiva en la reducción de la ansiedad en niños durante el periodo preoperatorio que la presencia de uno de los padres solamente o éstos más la administración de midazolam.

Rivara, Bucher y Briceño (2010) investigaron el efecto de la intervención de un grupo de payasos de hospital como método analgésico no farmacológico durante los

procedimientos dolorosos. Para ello se formaron dos grupos de niños hospitalizados: grupo intervenido (n=30) y grupo control (n=38). La intervención consistió en la interacción de una pareja de payasos (Doctores Bola roja) durante el procedimiento doloroso. El grupo intervenido mostró significativamente menor intensidad de dolor al ser comparado con el grupo control. La interacción de un grupo de payasos fue una intervención positiva para disminuir la intensidad del dolor de dicho procedimiento al ser comparado con el grupo control.

En Portugal, Fernández y Arriaga (2010) estudiaron el efecto de la intervención del payaso sobre las preocupaciones preoperatorias en niños y a la vez con la intervención del payaso sobre la ansiedad en los padres. Setenta niños fueron asignados a uno de dos grupos: niños acompañados por sus padres y una pareja de payasos o niños acompañados por sus padres, pero sin los payasos. Los resultados mostraron una reducción de preocupaciones preoperatorias y respuestas emocionales no sólo en niños, sino también en sus padres en la condición en la que el payaso estaba presente.

Bertini, Isola, Paolone y Curcio (2011) estudiaron de la función generadora de salud de la terapia del humor en una sala del hospital en niños con patologías respiratorias. Investigaron los posibles efectos positivos de la presencia del payaso tanto sobre la evolución clínica de la enfermedad en curso, como sobre parámetros fisiológicos y de dolor. Cuarenta y tres niños con patologías respiratorias participaron en el estudio: 21 de ellos pertenecieron al Grupo experimental y 22 niños al Grupo control. Durante su hospitalización, los niños del Grupo experimental interactuaron con dos payasos con experiencia en el campo de la intervención pediátrica. Todos los participantes fueron evaluados tanto en el proceso clínico como en una serie de medidas fisiológicas y de dolor, antes y después de la interacción con el payaso. Cuando se comparó con el Grupo de control, los niños del Grupo experimental mostraron una desaparición más anticipada de los síntomas patológicos. Además, la interacción del payaso con los niños condujo a una bajada estadísticamente significativa de tensión arterial diastólica, la frecuencia respiratoria y la temperatura en el Grupo Experimental comparado con el Grupo de Control. Otros dos parámetros, presión sistólica y frecuencia cardíaca mostraron resultados en la misma dirección, aunque sin alcanzar importancia estadística.

Un efecto similar, inductor de la salud por la presencia del payaso, fue observado sobre los parámetros de dolor, tanto por la autoevaluación como por la valoración de las enfermeras. En conjunto, los datos indicaron que la presencia de payasos en la sala tuvo un posible efecto inductor de salud. Así, el humor puede ser visto como una modalidad fácil de usar, barata y natural para ser usado dentro de diferentes técnicas terapéuticas.

Kjaersgaard, Kibaek, Martinussen, Kragh y Hejl (2011) estudiaron el efecto de la presencia de un payaso de hospital en niños tratados con toxina botulínica, experiencia dolorosa y estresante para los mismos.

Un total de 60 niños, la mayoría de ellos con parálisis cerebral espástica, fueron sometidos a un total de 121 sesiones de tratamiento con toxina botulínica. Treinta y dos niños estaban siendo tratados por primera vez. Durante un período de 2 años, llevaron a cabo 121 sesiones de tratamiento, y los niños fueron asignados de forma aleatoria a la presencia o no, de una payasa durante el tratamiento. La duración del llanto del niño durante el procedimiento fue usada como un indicador del efecto de la presencia de un payaso.

El efecto del payaso fue considerablemente relacionado con el género del paciente. Se encontró en las niñas un período considerablemente más corto de llanto cuando el payaso estaba presente. En niño/as menores de 8 años, el efecto en niños fue negativo. En niños tratados por primera vez no parecieron beneficiarse de la presencia del payaso, y no mostraron diferencias en el efecto entre géneros.

Las conclusiones fueron que no se observó ningún efecto debido a la presencia del payaso en niños tratados por primera vez. En tratamientos de repetición, observaron un efecto positivo del payaso femenino en relación las niñas, y un efecto negativo sobre niños menores de 8 años.

Hanuka, Rotchild, Gluzman y Uziel (2011), en su artículo sobre el procedimiento en la terapia de la Artritis Juvenil Idiopática (JIA), generalmente asociado a la ansiedad y el dolor, en el Departamento de Reumatología Pediátrica en el Meir Medical Center, Kfar Saba de Israel, el payaso médico es el primer miembro de equipo que se encuentra con el

niño y sus padres. Esta interacción hace que la ansiedad se reduzca significativamente antes del procedimiento y que algunos niños recuerden al payaso más que a la inyección. Actualmente la actividad del payaso médico en el Departamento Pediátrico los ha convertido en una parte importante del equipo de Reumatología Pediátrica.

Ortigosa, Gutiérrez, Astilleros, Sánchez y Riquelme (2011) valoraron la eficacia del programa “Pupaquirófano” aplicado a niños y niñas de 6 a 12 años sometidos a cirugía ambulatoria. Los resultados revelaron que los niños atendidos por los payasos mostraron menos ansiedad que los controles antes de la operación, siendo esta diferencia estadísticamente significativa en el comportamiento observado a los siete días de la operación, lo que lleva concluir que el efecto de la actuación de los payasos se prolonga más allá del período prequirúrgico, incidiendo especialmente sobre la posthospitalización.

Dionigi, Sangiorgi y Flangini (2014), encontraron que la presencia de un payaso reducía significativamente la ansiedad preoperatoria, beneficiando a los niños, que mostraban mejor ajuste que los niños del grupo de control. Además las madres del grupo de control también mostraban mayores niveles de ansiedad.

5.5. Estudios empíricos sobre la actitud de niños, padres y profesionales sanitarios hacia los Payasos de Hospital

Vagnoli, Caprilli, Robiglio y Messeri (2005) investigaron los efectos de la presencia de payasos sobre la ansiedad preoperatoria de niños durante la inducción de anestesia y sobre el padre/madre que le acompaña hasta que esté dormido/a. La muestra estuvo compuesta por 40 niños de 5 a 12 años, los cuales fueron asignados al azar a dos grupos: el grupo payasos, en el cual los niños estaban acompañados en la sala preoperatoria por los payasos y uno de los padres; o al grupo control, en el que los niños estaban acompañados solo por uno de sus padres.

El equipo médico consideró beneficiosa la presencia de los payasos pero se oponía a continuar con el programa debido a que percibían interferencia con los procedimientos. Los resultados indicaron que el grupo de payaso mostraba menos ansiedad de forma significativa durante la inducción de anestesia comparada con el grupo de control, en el

cual se observaron incrementos en los niveles de ansiedad en la sala de inducción a la anestesia en comparación con la sala de espera.

El estudio mostró que la presencia de payasos durante la inducción de anestesia, junto con los padres del niño, era una intervención eficaz para disminuir los niveles de ansiedad de padres y niños durante el período preoperatorio. La resistencia del personal médico hacia este tipo de intervención puede estar en una mejor información en cuanto a los beneficios de la terapia en los niños e investigando si la presencia de los payasos durante la inducción a la anestesia frena el proceso de manera significativa (Vagnoli *et al.*, 2005).

Battrick, Glasper, Prudhoe y Weaver (2007) estudiaron las percepciones de doctores, enfermeras, padres y niños con respecto a la eficacia del trabajo de los payasos de la Fundación Theodora en niños enfermos en un hospital infantil en el sur de Inglaterra. Los participantes incluían a 49 niños, 43 padres/cuidadores, 17 médicos y 93 asistentes de otra índole. Se empleó un cuestionario que mezclaba preguntas cerradas y actitudinales tipo Likert y la estadística descriptiva fue calculada sobre cómo grupos individuales de encuestados veían la eficacia del humor de los doctores payaso en los niños enfermos del hospital.

La mayoría de niños indicó que les gustó jugar con los payasos durante su estancia en el hospital y la mayoría de padres estuvieron de acuerdo en que la presencia de los payasos tenía un impacto positivo en los niños y sus familias. La mayoría de pediatras que participó en el estudio también estuvieron de acuerdo en que la presencia de los payasos tenía un impacto positivo tanto en los niños como sus familias, aunque seis de ellos revelaron que no les gustaron los payasos.

Entre el resto de personal de otra índole, una gran mayoría estuvo de acuerdo en el impacto positivo de los payasos sobre el niño y su familia y que el encuentro con el payaso era de gran ayuda para el niño enfermo, sin embargo 22 de ellos reconocieron que personalmente no les gustaban los payasos.

Los resultados muestran que tanto padres como niños estaban entusiasmados con la presencia de los payasos. La mayoría de personal sanitario, incluyendo pediatras, sirven de apoyo en las actividades para los niños de los doctores payaso, a pesar de sus propios prejuicios personales.

Ortigosa, Riquelme, Álvarez, Sánchez y Astillero (2014) indagaron la opinión respecto a la actuación de los payasos de hospital entre los niños hospitalizados en diversas áreas del Hospital Materno-Infantil “Virgen de la Arrixaca” de Murcia. Para ello, se reclutó una muestra de 182 niños y niñas de 4 a 14 años durante su visita o estancia en el hospital y se aplicó el cuestionario H-CRIN adaptado para niños. La entrevista a los niños se realizó tras la actuación de la pareja de payasos.

Los resultados fueron que los niños consideran la actuación de los payasos como divertida y señalando sentirse contentos después de su visita. La magia y las rutinas de clown son los elementos que más les gustan de la actuación. La mayoría de los niños desea que los payasos vuelvan a visitarles, concluyendo que, los payasos de hospital son un buen instrumento para incrementar el afecto positivo de los niños hospitalizados.

5.6. Estudios empíricos sobre Payasos de Hospital y *Burnout*

La labor de los payasos está vinculada al personal sanitario, como consecuencia no pueden trabajar de forma independiente y descoordinada con el equipo médico, sino integrados en una estructura de trabajo multidisciplinar que favorezca la atención integral del paciente infantil.

Estos profesionales son artistas de diferentes ámbitos (payasos, magos, cuentacuentos, músicos, actores...) que adaptan sus conocimientos artísticos al trabajo en los hospitales con el objetivo de hacer esta estancia más humana. No realizan terapia, pero su trabajo tiene un efecto terapéutico

El empleo del humor en la práctica pediátrica se está ganando el respeto y ha habido un crecimiento rápido en el número de payasos en los departamentos pediátricos en muchos países en particular en los EE.UU. y en Europa (Bornstein, 2008). Los payasos pueden entretener, divertir, distraer y motivar. Un niño puede estar entusiasmado intentando

alcanzar una burbuja hecha volar por un payaso, Los payasos, a diferencia del personal médico, sólo entran en el espacio de un niño si son invitados, dando sensación de poder en un entorno donde ellos pueden sentir que tienen muy poco.

Nos encontramos pues con un colectivo que comparte en gran medida los estresores que afectan a los diversos profesionales sanitarios, y si bien son escasas las publicaciones empíricas, aunque cada vez son más las que reconocen los beneficios que producen los payasos de hospital, también se desconoce la incidencia de los estresores antes mencionados en estos profesionales (Romero et al, 2012).

En el estudio realizado por Gervais, Warren y Twohig (2006) sobre los payasos de hospital en Windsor en la ciudad de Ontario (Canadá), encontraron que aquellos factores que contribuirían al desarrollo del *Burnout* eran los siguientes:

- *La Ansiedad de la Actuación*: un requisito para este trabajo es la capacidad de improvisación del payaso, y este hecho puede ser percibido como estresante sobre todo cuando en la actuación se dan momentos de bloqueo.
- *La Pareja del Payaso*: los payasos de hospital trabajan por parejas. Este hecho es positivo ya que se apoyan mutuamente en las actuaciones; sin embargo, cuando este apoyo no se da puede resultar muy estresante ya que uno de ellos tendrá que responsabilizarse del otro. Además, las parejas deberán rotar entre sí para no desgastar la interacción entre ambos. No obstante, una rotación excesiva con muchas parejas nuevas no es beneficioso ya que la calidad de la relación y por consiguiente de la actuación puede verse afectada.
- *La Tristeza en los pacientes*: la muerte o el deterioro de los pacientes a quienes han visitado provocan en los payasos de hospital sentimientos de tristeza.
- *Exceso de Trabajo*: pueden sentirse frustrados, exhaustos y tensos de trabajar tanto, ya que éste trabajo entraña mucha energía tanto física como mental.
- *Obtener (o no) información incorrecta*: es crucial para los payasos de hospital obtener toda la información posible y correcta de la situación del paciente a quien van a visitar, ya que su actuación se orientará en función de la misma.

- *Sentirse poco apreciado o respetado por el personal sanitario*: la falta de cooperación por parte del personal sanitario puede hacer que la labor de los payasos quede eclipsada.
- *Preocupaciones extrañas*: varios de los participantes identificaron estresores que, aunque pueden ocupar una parte buena de los pensamientos de la persona, no son objeto de este estudio.

El primer resultado posible para el payaso que sufre *Burnout* es la dificultad en meterse adecuadamente en su papel. Cuando un payaso es sólo la mitad “en el payaso” (p. ej. su completa atención no está enfocada en su arte o actuación), afecta a sus interacciones con los pacientes y el personal médico. Ellos confían más en su compañero, lo que genera estrés adicional y tensión sobre este compañero. Y así el ciclo continúa.

Barkmann, Siem, Wessolowski y Schulte-Markwort (2013) estudiaron condiciones estructurales y procedimentales del payaso pediátrico en Alemania y recogieron las evaluaciones de payasos de hospital por parte de padres y personal sanitario. En su estudio en hospitales de Hamburgo encontraron que los payasos de hospital estaban bien preparados, motivados y generalmente satisfechos con su trabajo. Ellos ante todo aumentan la moral y promueven la imaginación en los pacientes. Sin embargo, también desean mayor colaboración interdisciplinaria y seguridad económica, así como un mayor reconocimiento de su trabajo. El estudio de Hamburgo también confirmó que la intervención del payaso aumentaba la moral y reducía estrés en los pacientes, además, sin efectos secundarios. Tanto padres como personal del hospital, así como ellos mismos, declararon sentirse beneficiados por la intervención.

6. Objetivos e Hipótesis

Puesto que queda constancia de los beneficios que supone, tanto para los niños como para los familiares de los mismos, la función de los payasos de hospital y puesto que no existen estudios en España previos acerca de cómo puede verse afectado este colectivo por distintos estresores al ejercer su labor en situaciones donde hay una gran presencia de situaciones de enfermedad e incluso de muerte, los objetivos planteados en este estudio son:

1. Delimitar la presencia de *Burnout* en Payasos de Hospital.
2. Analizar la relación entre *Burnout* y otras variables asociadas al desempeño de la actividad en Payasos de Hospital.
3. Analizar la estructura propia de los ítems de la escala Maslach en Payasos de Hospital.

Para ello se plantean las siguientes hipótesis:

1. El colectivo de Payasos de Hospital presentará altos niveles de *Burnout*.
2. Existirá relación entre las variables personales y *burnout*.
3. Existirá relación entre las variables propias del desempeño del trabajo y *burnout*.
4. En el cuestionario Maslach, no habrá diferencia entre la estructura factorial hallada en los Payasos de Hospital y la de otros colectivos sanitarios.

7. Metodología

7.1 Participantes

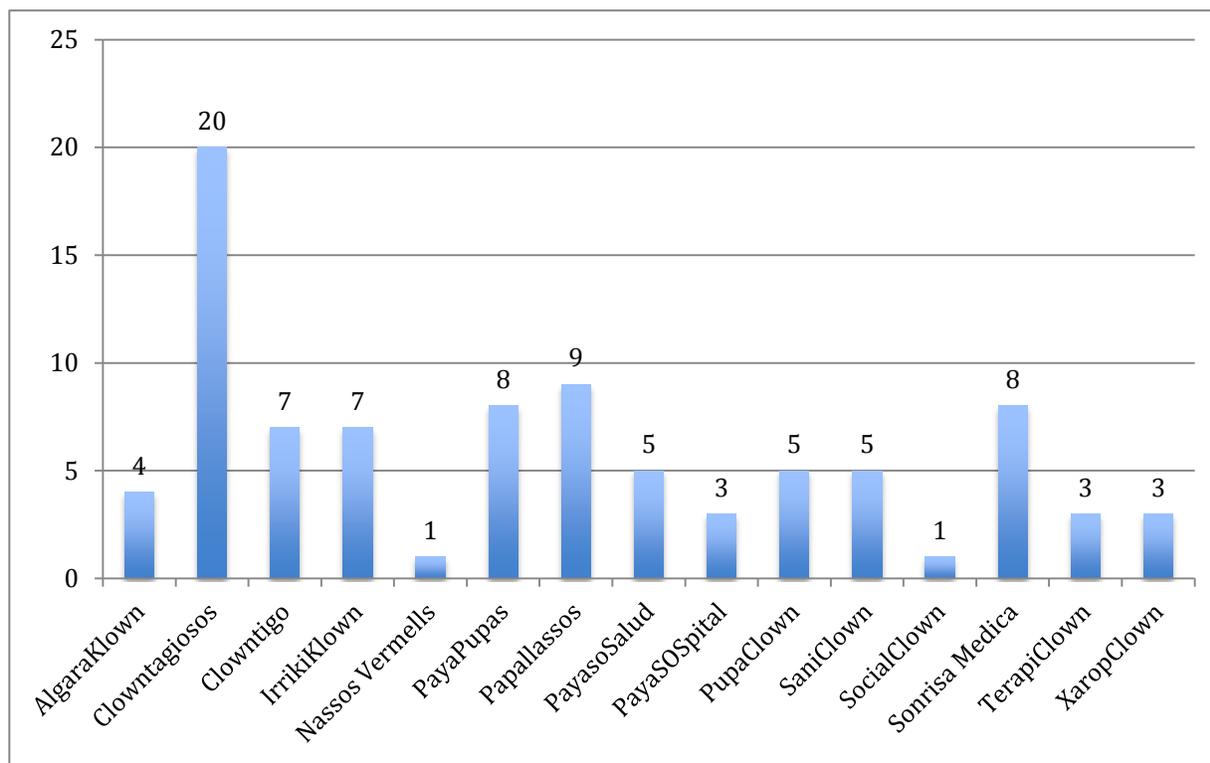
Para la selección de la muestra se ha elegido como población de interés la formada por personas que ejercen funciones de Payaso de Hospital.

Para el presente estudio se ha contado con la colaboración de las siguientes asociaciones:

| Asociación | Ubicación | Asociación | Ubicación | Asociación | Ubicación |
|-------------------|------------------|-------------------|------------------|-------------------|------------------|
| AlgaraKlown | Guipúzcoa | PayaPupas | Cataluña | SaniClown | Madrid |
| Clowntagiosos | Zaragoza | Papallasos | Barcelona | SocialClown | Ibiza |
| Clowntigo | Oviedo | PayasoSalud | Madrid | Sonrisa Médica | Mallorca |
| IrrikiClown | Vizcaya | PayaSOSPital | Valencia | TerapiClown | Burgos |
| Nassos Vermells | Caleta | PupaClown | Murcia | XaropClown | Gerona |

La muestra fue incidental y estuvo compuesta por un total de 89 sujetos pertenecientes a las 15 asociaciones que han participado en el estudio (Figura 1), lo que representa un 59,7% de la población diana, ya que se tiene constancia de que en estas asociaciones hay un total de 149 personas ejerciendo labores de Payaso de Hospital.

Figura 1: Número de participantes por Asociaciones



De los 89 participantes (figura 2), 37 han sido hombres (42%) frente a 52 mujeres (58%). La Tabla 1 muestra el resumen de los datos de edad de los participantes en función del sexo de los mismos, pudiendo apreciar como la edad media de los participantes ha sido de 38,01 años, con un mínimo de 19 años, un máximo de 66 y desviación típica de 11,85.

Figura 2: Número de participantes por Sexo

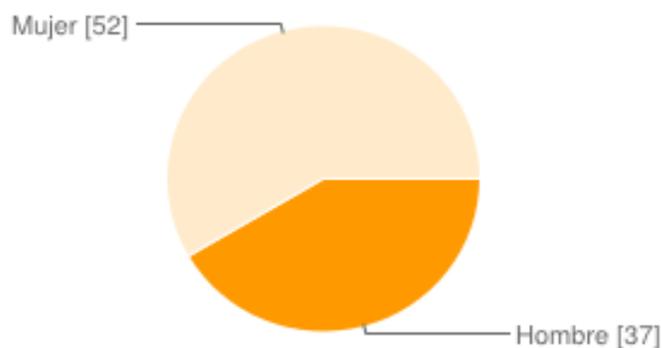
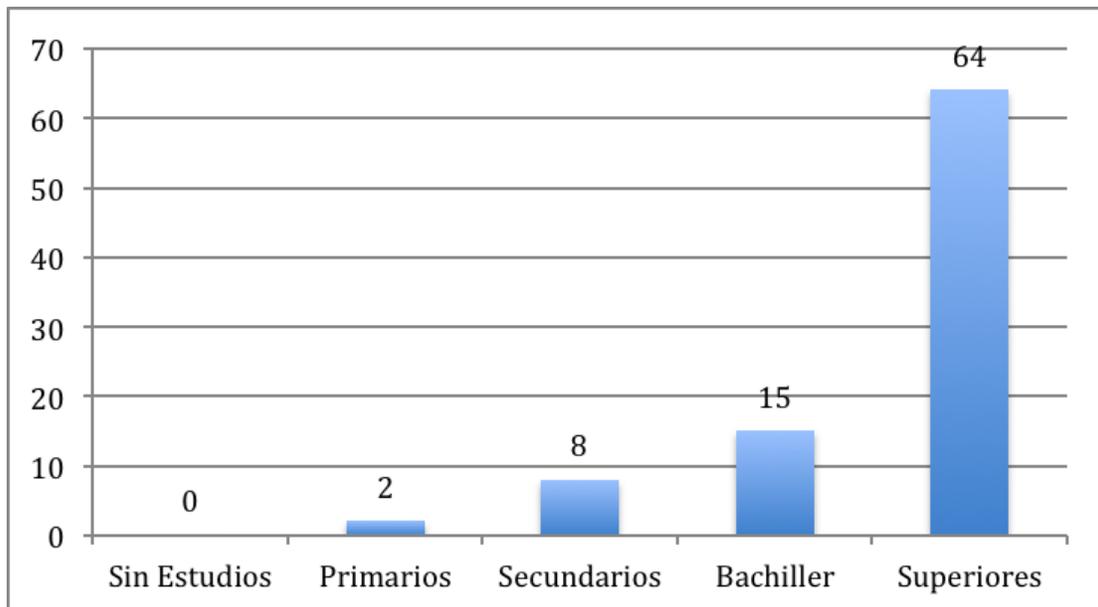


Tabla 1: Datos de edad de los participantes en función del sexo

| SEXO | Media | Mínimo | Máximo | Desv. Típica |
|--------|-------|--------|--------|--------------|
| Hombre | 40,35 | 19 | 66 | 10,584 |
| Mujer | 36,28 | 19 | 66 | 12,534 |
| Total | 38,01 | 19 | 66 | 11,853 |

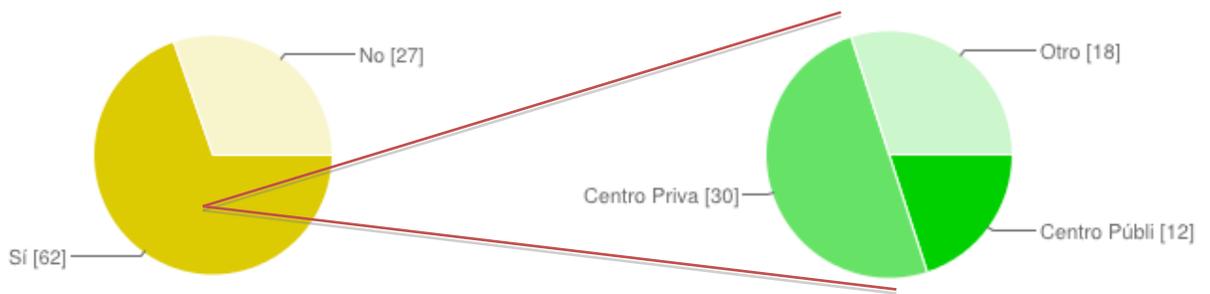
La formación académica de los participantes (Figura 3) indica que un 72% (64 casos) tiene formación universitaria, frente a un 17% (15 casos) que tiene estudios de Bachiller, un 9% con Estudios Secundarios (8 casos) y un 2% (2 casos) con Estudios Primarios.

Figura 3: Nivel de estudios de los participantes



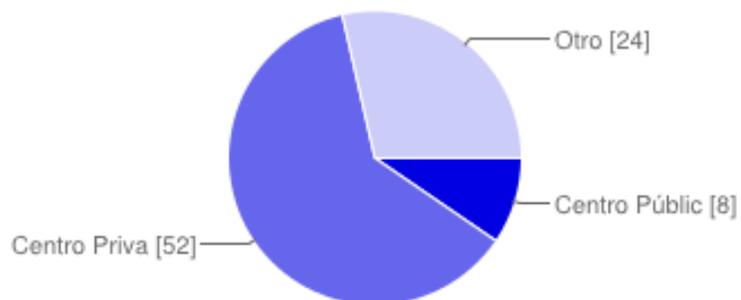
De los 89 participantes, 27 de ellos (30%) informa no haber recibido formación como actor frente a 62 (70%) que manifiestan haber recibido este tipo de formación. De éstos, 12 (13%) han recibido dicha formación en centros públicos, frente a 30 (34%) que han recibido formación en centros privados. 18 participantes (20%) informan haber recibido dicha formación en centros de otra índole (concertados o privados subvencionados). El resumen de los datos se muestra en la Figura 4.

Figura 4: Formación como actor y tipo de centro



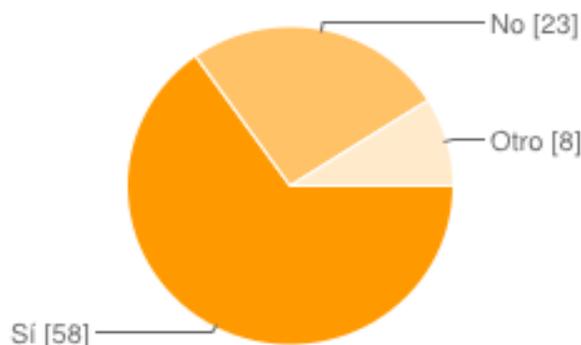
Todos los participantes informan haber recibido formación específica como Clown. La Figura 5 muestra el resumen del tipo de centro donde los participantes han recibido formación como Clown. Si bien 8 de ellos (9%) ha recibido esta formación en centro público frente a 52 (58%) que han sido formados en centros privados y 24 (27%) que han recibido formación en otros tipos de centros.

Figura 5: Centro de formación Clown



Como complemento a una formación de Actor o Clown, 58 participantes (65%) informan haber recibido otro tipo de formación frente a 23 participantes (26%) que manifiestan no haberla recibido. 8 participantes (9%) informan estar formados en otras habilidades (canto, baile, instrumentos musicales o diversos tipos de manualidades). Se muestra un resumen en la Figura 6.

Figura 6: Otro tipo de formación artística



Respecto al tiempo ejerciendo como Payaso de Hospital, los resultados informan que, quien menos, no ha completado todavía un año trabajando como Payaso de Hospital, siendo el máximo de 22 años, con una media de 4,71 años y una desviación típica de 4,46. Por sexo, tal y como se muestra en la Tabla 2, los hombres llevan una media de 5,59 años, con un mínimo de 0 años, un máximo de 22 y Desviación Típica de 5,209. Las mujeres, en cambio, llevan una media de 4,71 años, con un mínimo de 0, máximo de 18 y Desviación Típica de 3,767.

Tabla 2: Tiempo en años ejerciendo como Payaso de Hospital en función del Sexo

| SEXO | Media | Mínimo | Máximo | Desv. Típica |
|-------------|--------------|---------------|---------------|---------------------|
| Hombres | 5,59 | 0 | 22 | 5,209 |
| Mujeres | 4,08 | 0 | 18 | 3,767 |
| Total | 4,71 | 0 | 22 | 4,460 |

Se solicitó a los participantes que informaran de la frecuencia, en días por semana, en que realizaban funciones de Payaso de Hospital. Los datos obtenidos informan que, semanalmente, la media de actuaciones es de 1,52 días por semana (1,41 días los hombres frente a 1,60 días las mujeres) con un mínimo de 1 día por semana, tanto hombres como mujeres, un máximo de 3 días los hombres frente a 4 días las mujeres y una Desviación Típica total de 0,813 (0,599 los hombres frente a 0,934 las mujeres). La Tabla 3 muestra el resumen de estos datos.

Tabla 3: Frecuencia, en días por semana, en que se trabaja como Payaso de Hospital

| SEXO | Media | Minimo | Máximo | Desv. Típica |
|-------------|--------------|---------------|---------------|---------------------|
| Hombres | 1,41 | 1 | 3 | 0,599 |
| Mujeres | 1,60 | 1 | 4 | 0,934 |
| Total | 1,52 | 1 | 4 | 0,813 |

El presente estudio contempla varios tipos de actividades que se pueden realizar desde las diversas asociaciones: Gestión, Dirección Artística, Artístico-Asistencial y la combinación de ellas. Los resultados indican que las labores de Gestión y Dirección Artística se realizan en conjunto (1 caso, que representa un 1%) o en combinación con otras funciones como Artístico-Asistencial (2 casos, representando un 2%). La mayoría de los participantes realizan únicamente funciones Artístico-Asistencial (70 casos, representando un 70% de la muestra), seguido por la combinación de todas las funciones, esto es, Gestión, Dirección Artística y Artístico-Asistencial (16 casos que representan un 18% de la muestra). La Tabla 4 muestra el resumen de estos datos.

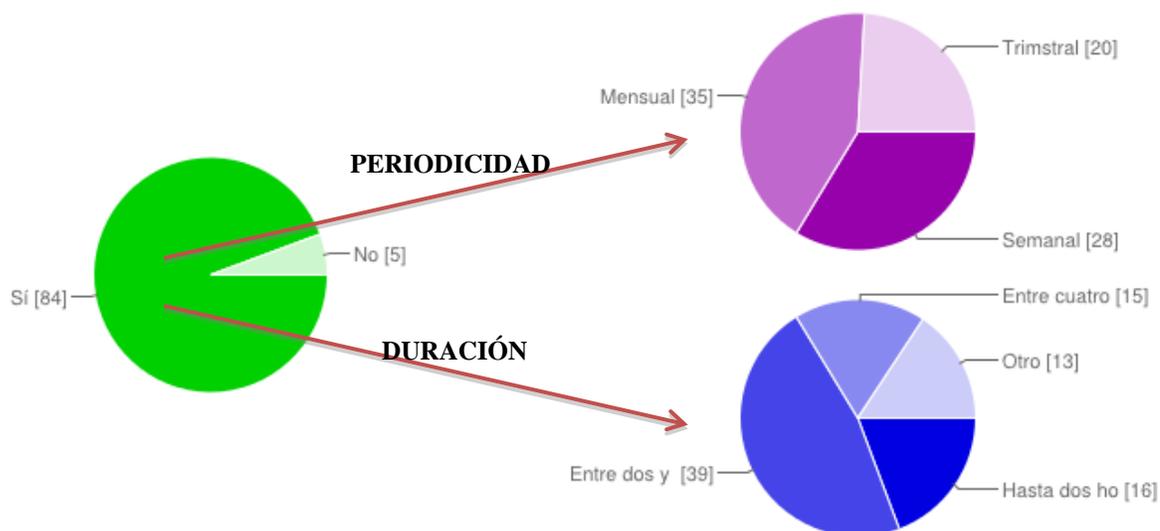
Tabla 4: Resumen del tipo de actividad desarrollada por los participantes

| Tipo de actividad | Frecuencia | Porcentaje |
|---|-------------------|-------------------|
| Gestión | 0 | 0% |
| Dirección Artística | 0 | 0% |
| Artístico-Asistencial (Payaso Hospital) | 70 | 79% |
| Gestión + Dirección | 1 | 1% |
| Gestión + Artístico-Asistencial | 0 | 0% |
| Dirección + Artístico-Asistencial | 2 | 2% |
| Gestión + Dirección + Asistencial | 16 | 18% |

En relación con la variedad de técnicas empleadas, los participantes informaron de aquellas que emplean con más asiduidad por ser las que mejor dominan, resultando ser la más empleada Otras actividades (papiroflexia, globoflexia, mímica, cuentacuentos), (50 casos), seguido de Marionetas (38 casos), Canto (27 casos), Instrumentos musicales y Magia (26 casos) y finalmente, Malabares (17 casos). Puede observarse que no se domina una única técnica, sino que cada payaso presenta facilidad en la realización de al menos dos tipos de actividades diferentes. En cuanto a la preparación para ejercer la actividad de Payaso de Hospital, 84 participantes (94%) informaron de la realización de ensayos previos en la asociación frente a 5 (6%) que informan que no se realizan ensayos previos. Estos

ensayos o sesiones de trabajo se llevan a cabo con una periodicidad semanal en 28 casos (31%), mensual en 35 casos (31%) y trimestral en 20 casos (22%). La duración de los ensayos oscila entre: hasta dos horas (16 casos, 18%); entre dos y cuatro horas (39 casos, 44%); entre cuatro y seis horas (15 casos, 17%); y otra duración (13 casos, 15%). La Figura 7 muestra un resumen de estos datos.

Figura 7: Periodicidad y duración de las sesiones de ensayo



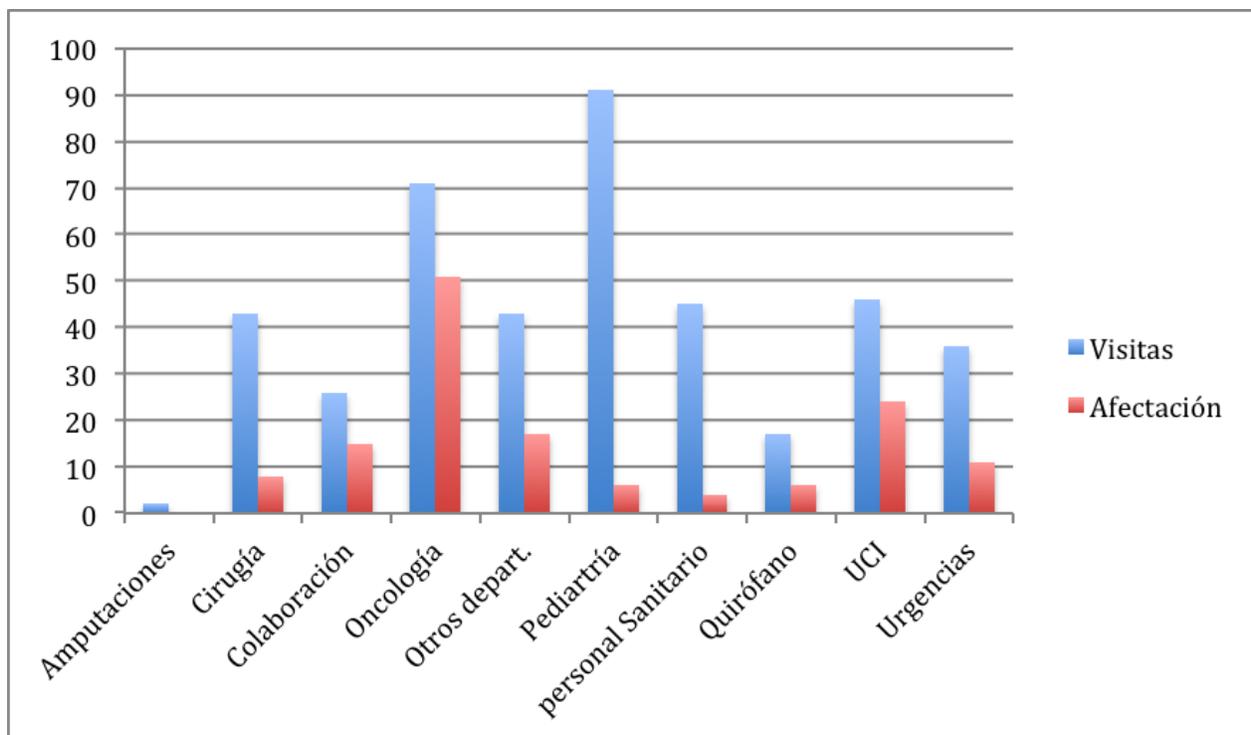
Un total de 34 participantes (38%) informan de que realizan intercambios con otras asociaciones rente a 55 casos (62%) que informa en sentido contrario.

Ya en el ámbito hospitalario, un 40% de participantes (36 casos) manifiesta realizar reuniones periódicas con miembros de equipos sanitarios frente a un 60% (53 casos) que manifiesta no lleva a cabo este tipo de reuniones. Dichas reuniones se realizan con médicos en 13 casos (15%), con enfermeros/as en 25 casos (28%), con personal auxiliar en 9 casos (10%) y con otro personal en 14 casos (16%).

Los departamentos más visitados por los Payasos de Hospital son, por orden de mayor a menor frecuencia de visitas, Pediatría, Oncología, UCI, Personal Sanitario, Cirugía y Otros, Urgencias, Colaboración terapéutica en procedimientos dolorosos, Quirófano y finalmente, Amputaciones. De estas visitas, aquellos departamentos donde los Payasos

informan de mayor afectación personal a nivel emocional son, por orden de más importancia a menos, Oncología, UCI, Otros departamentos, Colaboración terapéutica en procedimientos dolorosos, Urgencias, Cirugía, Pediatría y Quirófano, y por último, Amputaciones. La Figura 8 muestra un resumen de estos datos.

Figura 8: Departamentos más visitados y grado de afectación emocional a nivel personal

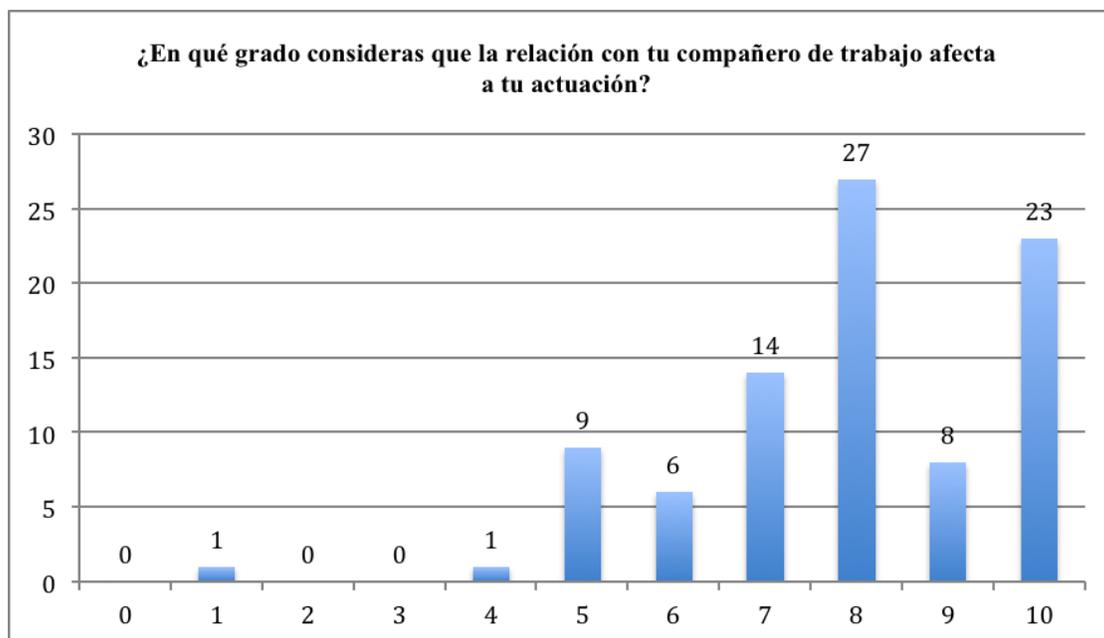


Dada la peculiaridad de las situaciones a las que se enfrenta el Payaso de Hospital, se preguntó a los participantes si consideraban que, para ejercer sus funciones, era necesario que la persona tuviera un carácter especial, a lo que 70 participantes contestaron en sentido afirmativo (79%) frente a 9 (10%) que contestaron en sentido negativo. 10 participantes (11%) no se decantaron en ningún sentido en esta pregunta.

Se preguntó a los participantes su opinión acerca del grado en que la relación con su compañero de trabajo pudiera afectar a la actuación a desarrollar. Las respuestas oscilaban desde 0 (ninguna afectación) a 10 (máxima afectación). Los resultados indican que sí se otorga bastante importancia a la relación con el compañero, dadas las valoraciones

efectuadas por los participantes, donde 27 casos (30%) otorgaron una puntuación de 8 sobre 10 a la importancia de la relación con el compañero para el desarrollo de la actuación, 23 casos (26%) otorgaron un 10 a la importancia de esta relación, 14 casos (16%) otorgaron un 7 a esta relación, 9 casos (10%) puntuaron con un 5 y 8 casos (9%) puntuaron con un 9 la importancia de esta relación. La Figura 9 muestra el resumen de estas puntuaciones.

Figura 9: Importancia de la relación respecto a la actuación a desarrollar



Finalmente, se preguntó a los participantes que indicasen con sus propias palabras cómo afrontan las diversas emociones que se derivan de su trabajo como Payaso de Hospital. Sin entrar en un análisis del discurso, sí se observan distintas estrategias de afrontamiento / aceptación de las emociones que se generan, pudiendo agrupar las mismas en diferentes categorías. El recurso más empleado consiste en meditación y reflexión acerca de los sentimientos que se experimentan, seguido de charlas, bien con compañeros, con personas de confianza o con profesionales. También se recurre mucho a la potenciación de emociones positivas y la aceptación de emociones negativas. Los recursos menos empleados consisten en intentar transformar emociones negativas en positivas, mediante la realización de otras actividades (deporte, pintura, escritura) y evitando excesiva implicación con las personas a las que se atiende. Se muestra un resumen de estos datos en la Tabla 5.

Tabla 5: Estrategias de afrontamiento / aceptación empleadas

| Estrategia | Frecuencia | Proporción |
|---|-------------------|-------------------|
| Aceptación de emociones negativas | 16 | 18% |
| Potenciación de emociones positivas y minimización de negativas | 20 | 22,5% |
| Transformación de emociones negativas en positivas | 3 | 3,3% |
| Meditación, reflexión e interiorización | 23 | 25,9% |
| Evitando excesiva implicación. | 3 | 3,3% |
| Verbalización (compañeros, amigos, profesionales) | 21 | 23,7% |
| Otras actividades (escritura, pintura, canto, deporte) | 3 | 3,3% |

7.2. Instrumentos

Cuestionario Sociodemográfico elaborado *ad hoc* a fin de obtener un perfil de los profesionales que trabajan como payasos de hospital en variables de interés (Anexo I). Este cuestionario estuvo compuesto por un total de 24 preguntas de respuesta única y múltiple y una pregunta final de respuesta abierta donde se pretendía recoger una opinión personalizada a la pregunta formulada.

Además de las preguntas propias en este tipo de cuestionarios, se incluyeron otras como: formación como actor, formación clown, tiempo trabajando como payaso de hospital, frecuencia en días por semana, tipo de actividad como payaso de hospital, técnicas que domina, si realiza ensayos en la asociación, si se reúne con el equipo sanitario, si hace intercambios con otras asociaciones, qué departamentos visita, en que unidades nota mayor alteración de su bienestar emocional, grado en el que afecta la relación personal con su compañero de trabajo o si considera necesario tener un carácter especial para ser payaso de hospital.

Maslach Burnout Inventory (MBI), de Maslach y Jackson (1986), traducido (Anexo II). Este instrumento está constituido por tres subescalas, que miden la frecuencia con que los profesionales perciben:

- *Agotamiento emocional*, consistente en no poder dar más de sí mismo en el ámbito emocional y afectivo, compuesto por los ítems 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16 y 20. La puntuación máxima que se puede alcanzar en esta subescala es de 54.
- *Despersonalización*, consistente en el desarrollo de sentimientos y actitudes de cinismo y, en general, de carácter negativo hacia las personas destinatarias del

trabajo, compuesto por los ítems 5, 10, 11, 15 y 22. La puntuación máxima que se puede alcanzar en esta subescala es de 30.

- *Realización personal en el trabajo*, consistente en la tendencia a evaluarse de manera especial con relación a la habilidad para realizar el trabajo y para relacionarse profesionalmente con las personas a las que atienden, compuesto por los ítems 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19 y 21. La puntuación máxima que se puede alcanzar en esta subescala es de 48.

El cuestionario consta pues de un total de 22 ítems evaluados mediante una escala tipo Likert con 7 opciones de respuesta, siendo éstas: 0 = Nunca, 1 = Pocas veces al año o menos, 2 = Una vez al mes o menos, 3 = Unas pocas veces al mes o menos, 4 = Una vez a la semana, 5 = Pocas veces a la semana y 6 = Todos los días.

Se considera que las puntuaciones del MBI son bajas si la suma de las puntuaciones de las variables Agotamiento Emocional y Despersonalización se encuentra entre 1 y 33. Puntuaciones altas en estas dos variables y bajas en la variable Realización Personal definen la presencia del síndrome de Burnout. Estudiando los factores por separado, la interpretación de las puntuaciones corresponde con los valores mostrados en la Tabla 6.

Tabla 6: Interpretación de las variables por separado en función de la puntuación obtenida.

| Factor | Alto | Medio | Bajo |
|-----------------------|-------------|---------------|-------------|
| Agotamiento Emocional | ≥ 27 | Entre 19 y 26 | ≤ 18 |
| Despersonalización | ≥ 10 | Entre 6 y 9 | ≤ 5 |
| Realización Personal | ≥ 40 | Entre 34 y 39 | ≤ 33 |

7.3. Procedimiento

A raíz de las II Jornadas Nacionales de Payasos de Hospital organizadas por Pupaclown y celebradas en Murcia en octubre de 2013 surgió la idea de hacer un estudio sobre las principales preocupaciones, fuentes de estrés y burnout en estos profesionales. Finalmente este año y tras contactar con las asociaciones para solicitar su colaboración y confirmarnos su contribución al estudio, se procedió a la traducción del cuestionario MBI y posterior adaptación del mismo al ámbito de los Payasos de Hospital.

Para la recogida de datos se elaboro un cuadernillo en web con la peculiaridad de que todas las preguntas eran de obligada respuesta, con lo que no cupo la posibilidad de encontrar datos perdidos o respuestas en blanco. Se incluyó, además, un cuestionario sociodemográfico elaborado *ad hoc* y un consentimiento informado, requiriendo la forma de los participantes para la participación en el estudio. Se solicitó colaboración a las diferentes asociaciones de Payasos de Hospital, cuyos responsables accedieron a colaborar, en la medida de sus posibilidades para la difusión del cuestionario a los payasos de la asociación.

El periodo de recogida de datos tuvo una duración de un mes, entre el 12 de enero y el 16 de febrero de 2015.

7.4. Diseño.

Estudio descriptivo de tipo transversal.

7.5. Análisis de datos.

Se realizó un análisis clásico de los ítems del cuestionario MBI, analizando los estadísticos descriptivos de los mismos (medias, desviaciones típicas, distribución de respuesta y correlación ítem-total).

Se llevó a cabo un estudio individualizado de las distintas subescalas. Asimismo se analizó las posibles diferencias entre las puntuaciones obtenidas en cada una de ellas en función de distintas variables procedentes del Cuestionario Sociodemográfico.

Posteriormente, con el fin de obtener las propiedades psicométricas del cuestionario MBI, se realizó un análisis de su dimensionalidad mediante la técnica de Análisis Factorial Exploratorio siguiendo el método de Ejes Principales Iterados. Se ha utilizado la técnica de Rotación Varimax con el objetivo de encontrar una solución factorial parsimoniosa, guiándonos por el criterio de la estructura simple. Se analizó la fiabilidad mediante el coeficiente alfa de consistencia interna de Cronbach (1951).

Para obtener la puntuación global de la escala se dividió la puntuación total obtenida en cada ítem por el número de ítems. Para determinar diferencias entre variables tales como Sexo y Edad en las puntuaciones en el cuestionario MBI, se realizó ANOVA. La variable

Edad de agrupó en dos categorías a saber: menores de 40 años y mayores de 40 años por marcar una diferencia entre juventud – adultez y madurez.

Para el Inventario de Preocupaciones para Profesionales de a Salud se llevó a cabo el mismo procedimiento antes indicado.

El tratamiento estadístico de los datos se realizó mediante el programa informático SPSS 21.0

8. Resultados

1. Análisis clásico de ítems.

El coeficiente de fiabilidad del cuestionario mediante el coeficiente alfa de Cronbach fue de 0,610.

La Tabla 7 muestra un resumen de las medias y desviaciones típicas de cada uno de los ítems que componen la escala, así como los datos globales de la misma y la correlación ítem – total corregida de cada uno de ellos. En ella se observa que los ítems que arrojan puntuaciones medias por encima de 3 (sobre un máximo de 6) se corresponden con aspectos positivos en la interacción entre payaso y paciente (ítems 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19 y 21). Únicamente se observa una puntuación media cercana a 3 en un ítem (Ítem 2: media = 2,69), mientras que el resto de ítems arroja puntuaciones medias con valores muy bajos. Esto es indicativo de que, en general, los payasos de hospital no van a presentar indicios de Burnout, si bien son capaces de extraer aspectos muy positivos de su relación con los pacientes.

El valor de la correlación ítem – total corregida es muy bajo, superando el límite de 0,30 únicamente en 8 casos (ítems 3, 5, 8, 10, 11, 14, 16 y 22)

Tabla 7: Medias, desviaciones típicas de los ítems, datos globales y correlación ítem – total del cuestionario MBI

| Ítem | Enunciado | Media | Desv. Típica | Correlación ítem – total corregida |
|------|--|-------------|--------------|------------------------------------|
| 1 | Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo | 0,61 | 0,937 | 0,194 |
| 2 | Cuando termino mi jornada de trabajo me siento vacío | 2,69 | 2,092 | 0,116 |
| 3 | Cuando me levanto por la mañana y me enfrento a otra jornada de trabajo me siento fatigado | 0,71 | 1,130 | 0,538 |
| 4 | Siento que puedo entender fácilmente a los pacientes | 5,17 | 1,400 | 0,005 |
| 5 | Siento que estoy tratando a algunos pacientes como si fueran objetos impersonales | 0,24 | 0,675 | 0,398 |

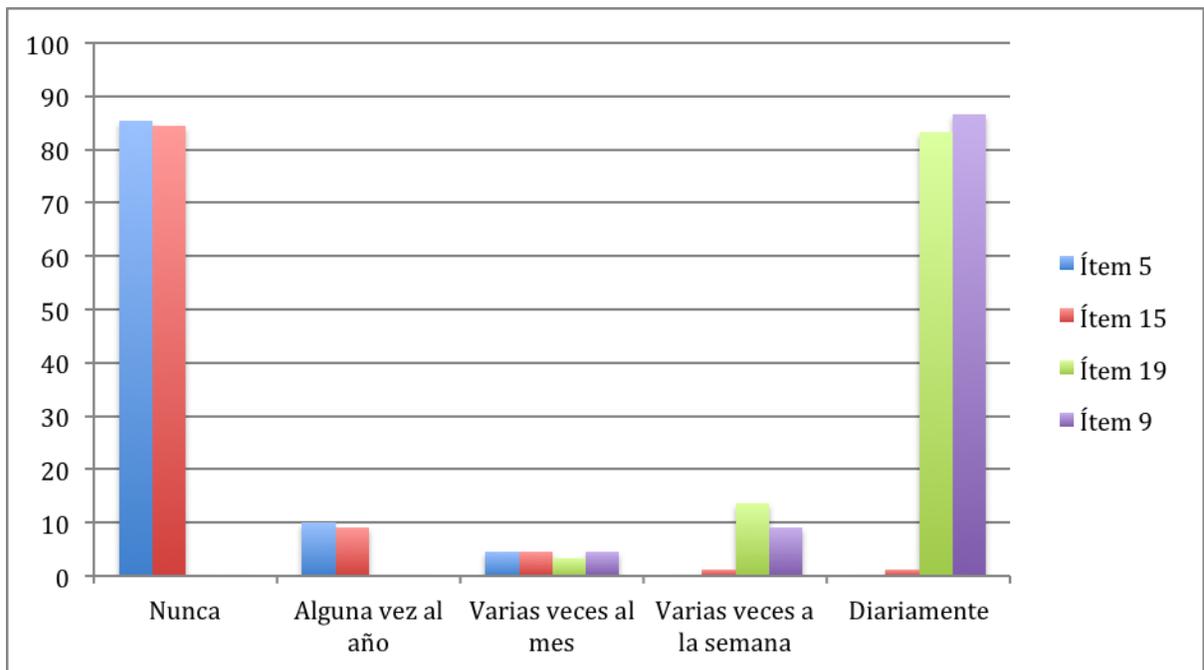
| | | | | |
|----|---|-------------|-------|--------|
| 6 | Siento que trabajar todo el día con gente me cansa | 0,89 | 1,027 | 0,284 |
| 7 | Siento que trato con mucha eficacia los problemas de mis pacientes | 4,61 | 1,642 | 0,223 |
| 8 | Siento que mi trabajo me está desgastando | 0,65 | 0,918 | 0,501 |
| 9 | Siento que estoy influyendo positivamente en la vida de otras personas a través de mi trabajo | 5,78 | 0,670 | 0,095 |
| 10 | Siento que me he hecho más duro con la gente | 0,76 | 1,357 | 0,396 |
| 11 | Me preocupa que este trabajo me está endureciendo emocionalmente | 0,69 | 1,427 | 0,422 |
| 12 | Me siento con mucha energía en mi trabajo | 5,27 | 1,204 | 0,065 |
| 13 | Siento que realmente no me importa lo que les ocurra a mis pacientes | 0,73 | 1,185 | 0,280 |
| 14 | Siento que estoy demasiado tiempo en mi trabajo | 0,87 | 1,583 | 0,364 |
| 15 | Siento que realmente no me importa lo que les ocurra a mis pacientes | 0,35 | 1,035 | -0,024 |
| 16 | Siento que trabajar en contacto directo con la gente me cansa | 0,65 | 1,078 | 0,388 |
| 17 | Siento que puedo crear con facilidad un clima agradable con mis pacientes | 5,37 | 1,162 | -0,054 |
| 18 | Me siento estimado después de haber trabajado íntimamente con mis pacientes | 5,58 | 0,939 | 0,029 |
| 19 | Creo que consigo muchas cosas valiosas en este trabajo | 5,76 | 0,622 | 0,059 |
| 20 | Me siento como si estuviera al límite de mis posibilidades | 0,57 | 0,865 | 0,465 |
| 21 | Siento que en mi trabajo los problemas emocionales son tratados de forma adecuada | 4,64 | 1,604 | -0,184 |
| 22 | Me parece que los pacientes me culpan de alguno de sus problemas | 0,45 | 1,087 | 0,336 |
| | Media de ítems | 2,410 | 0,401 | |
| | General escala MBI | 53,02 | 8,827 | |

Los ítems en los que se obtuvo una media más elevada han sido los ítems 9 (5,78) y 19 (5,76). Por el contrario, aquellos que arrojaron una media más baja fueron los ítems 15 (0,34) y 5 (0,24). La tabla 8 muestra la distribución de frecuencias y porcentajes para cada una de las alternativas de respuesta a estos ítems. En la Figura 10 se muestran los porcentajes obtenidos a efectos de comparación entre los diferentes ítems.

Tabla 8: Distribución de frecuencias y porcentaje en los ítems con medias más altas y más bajas

| Respuestas | Ítem 5 | | Ítem 15 | | Ítem 19 | | Ítem 9 | |
|--------------------------|--------|-------|---------|-------|---------|-------|--------|-------|
| | Frec. | Porc. | Frec. | Porc. | Frec. | Porc. | Frec. | Porc. |
| Nunca | 76 | 85,4% | 75 | 84,3% | 0 | 0% | 0 | 0% |
| Alguna vez al año | 9 | 10,1% | 8 | 9% | 0 | 0% | 0 | 0% |
| Varias veces al mes | 4 | 4,5% | 4 | 4,5% | 3 | 3,4% | 4 | 4,5% |
| Varias veces a la semana | 0 | 0% | 1 | 1,1% | 12 | 13,5% | 8 | 9% |
| Diariamente | 0 | 0% | 1 | 1,1% | 74 | 83,1% | 77 | 86,5% |

Figura 10: Porcentajes de los ítems con respuestas más altas y más bajas



2. Delimitación de la presencia de *Burnout* en Payasos de Hospital.

La interpretación de los resultados del cuestionario MBI se basa en la suma de las puntuaciones directas en tres grupos de variables:

- Agotamiento Emocional: Compuesta por la suma de las puntuaciones de los ítems 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16 y 20.
- Despersonalización: Compuesta por la suma de las puntuaciones de los ítems 5, 10, 11, 15 y 22.
- Realización Personal: Compuesta por la suma de las puntuaciones de los ítems 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19 y 21.

Para determinar la presencia de *Burnout* es preciso alcanzar una puntuación elevada en la suma de las puntuaciones de las variables Agotamiento Emocional y Despersonalización y una puntuación baja en la variable Realización Personal.

Una vez sumadas las puntuaciones de las variables implicadas, se muestra un resumen de los resultados obtenidos en la Tabla 9. La variable Agotamiento Emocional + Despersonalización, cuya puntuación máxima posible es de 84, arroja una media de 10,84, con puntuación mínima de 0, máxima de 42 y Desviación Típica de 8,807. La variable Realización Personal, cuya puntuación máxima es de 48 arroja una media de 42,18, con puntuación mínima de 27, máxima de 48 y Desviación Típica de 5,151. Estas puntuaciones nos permiten afirmar que no se presentan signos que apunten hacia la presencia de Agotamiento Emocional y Despersonalización. Sí en cambio es significativo el alto valor alcanzado en la variable Realización Personal.

Tabla 9: Descriptivos de Agotamiento Emocional, Despersonalización y Realización Personal

| | N | Mínimo | Máximo | Media | Desvi. Típica |
|--------------------------|----|--------|--------|-------|---------------|
| Agotamiento y Desperson. | 89 | 0 | 42 | 10,84 | 8,807 |
| Realización Personal | 89 | 27 | 48 | 42,18 | 5,151 |

Puesto que puntuaciones entre 1 y 33, en las variables Agotamiento Emocional y Despersonalización, se consideran bajas, se observa que únicamente en tres casos, las puntuaciones observadas han estado por encima de estos valores (Caso 20: puntuación = 37 (24 + 13); Caso 21: puntuación = 42 (24 + 18); Caso 22: puntuación = 41 (21 + 20)). Comprobando las puntuaciones obtenidas en estos tres casos en la variable Realización Personal, se observa que las puntuaciones obtenidas son elevadas (Caso 20: puntuación = 38; Caso 21: puntuación = 42; Caso 22: puntuación = 38), con lo que no se puede concluir que se esté desarrollando el Síndrome de *Burnout*. Se muestra un resumen de estos datos en la Tabla 10.

Tabla 10: Resumen puntuaciones casos atípicos

| | Agota. + Despers. (máx. 84) | Realización personal (máx. 48) |
|---------|-----------------------------|--------------------------------|
| Caso 20 | 37 | 38 |
| Caso 21 | 42 | 42 |
| Caso 22 | 41 | 38 |

3. Relación entre las dimensiones de *Burnout* y las variables estudiadas.

Respecto a la variable Agotamiento Emocional, únicamente se obtienen valores de “Agotamiento Emocional” bajos (79 casos; 88,8% de la muestra) y medios (10 casos; 11,2% de la muestra), no hallando valores altos en esta variable. Se muestra un resumen en la Tabla 11.

Tabla 11: Frecuencia y porcentaje de los valores obtenidos en Agotamiento Emocional.

| Nivel | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje acumulado |
|-------|------------|------------|----------------------|
| Bajo | 79 | 88,8% | 88,8% |
| Medio | 10 | 11,2% | 100 % |
| Total | 89 | 100 % | |

Por lo que se refiere a Despersonalización, podemos decir que se obtienen valores bajos en 78 casos (87,6% de la muestra), medios en 5 casos (5,6% de la muestra) y altos en 6 casos (6,7% de la muestra). Se muestra un resumen en la Tabla 12.

Tabla 12: Frecuencia y porcentaje de los valores obtenidos en Despersonalización.

| Nivel | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje acumulado |
|-------|------------|------------|----------------------|
| Bajo | 78 | 87,6% | 87,6% |
| Medio | 5 | 5,6% | 93,3% |
| Alto | 6 | 6,7% | 100% |
| Total | 89 | 100% | |

En cuanto a Realización Personal, los resultados indican que únicamente se obtienen valores bajos en 5 casos (5,6% de la muestra), medios en 19 casos (21,3%) y valores altos en 65 casos (73%). Se muestra un resumen en la Tabla 13.

Tabla 13: Frecuencia y porcentaje de los valores obtenidos en Realización Personal.

| Nivel | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje acumulado |
|-------|------------|------------|----------------------|
| Bajo | 5 | 5,6% | 5,6% |
| Medio | 19 | 21,3% | 26,9% |
| Alto | 65 | 73,0% | 100% |
| Total | 89 | 100 % | |

En cuanto a la relación entre Agotamiento Emocional y Sexo, la media arrojada por los hombres fue de 8,30 frente a 8,40 arrojada por las mujeres, con una desviación típica de 7,031 para los hombres y de 5,988 para las mujeres. No se encontraron diferencias significativas en esta variable en función del sexo. Para determinar esto, se realizó una prueba T de Student, cuyos resultados se resumen en la Tabla 14.

Tabla 14: Media, Desviación Típica y Prueba para muestras independientes de Agotamiento Emocional en función del sexo.

| Sexo | N | Media | Desv. Típica | F | Sig. | t | gl | Sig (Bilateral) | 95% intervalo confianza | |
|--------|----|-------|--------------|-------|-------|--------|----|-----------------|-------------------------|----------|
| | | | | | | | | | Inferior | Superior |
| Hombre | 37 | 8,30 | 7,031 | 1,415 | 0,238 | -0,077 | 87 | 0,939 | -2,860 | 2,646 |
| Mujer | 52 | 8,40 | 5,988 | | | | | | | |

Respecto a la edad, los resultados obtenidos apuntan a la existencia de una correlación inversa entre la edad de los participantes y la puntuación arrojada. Así, los participantes de menor edad arrojan valores más altos que los de mayor edad (Tabla 15).

Tabla 15: Correlación entre Edad de los participantes y Agotamiento Emocional.

| | Edad | Agotamiento Emocional |
|---------------------------|---------|-----------------------|
| Correlación de Pearson | 1 | -0,213* |
| Significación (bilateral) | | 0,450 |
| N | | 89 |
| Correlación de Pearson | -0,213* | 1 |
| Significación (bilateral) | 0,450 | |
| N | 89 | |

*La correlación es significativa en el nivel 0,05 (2 colas)

En cuanto al nivel de estudios de los participantes, los que informaron tener estudios primarios arrojaron una media de 2,50, con una desviación típica de 0,707, un mínimo de 2 y un máximo de 3 puntos. Los participantes con estudios secundarios obtuvieron una media de 7,38, con una desviación típica de 6,523, mínimo de 1 y máximo de 21 puntos. Los participantes que cuentan con estudios de bachiller obtuvieron una media de 9,33, con una desviación típica de 7,761, un mínimo de 2 y un máximo de 25 puntos. Los participantes con estudios superiores obtuvieron una media de 8,44, con una desviación típica de 6,141, un mínimo de 0 y un máximo de 24 puntos. Respecto al total de la muestra, la media obtenida fue de 8,36, con una desviación típica de 6,404, mínimo de 0 y máximo de 25 puntos. Se muestra un resumen de estas puntuaciones en la Tabla 16. Al comparar las puntuaciones mediante la prueba ANOVA, no se han encontrado diferencias significativas entre los diferentes grupos (Tabla 17).

Tabla 16: Media, desviación típica, mínimo y máximo de Agotamiento Emocional en función del nivel de estudios de los participantes.

| Nivel Estudios | N | Media | Desviación Típica | Mínimo | Máximo |
|----------------|---|-------|-------------------|--------|--------|
| Primarios | 2 | 2,50 | 0,707 | 2 | 3 |
| Secundarios | 8 | 7,38 | 6,523 | 1 | 21 |

| | | | | | |
|------------|----|------|-------|---|----|
| Bachiller | 15 | 9,33 | 7,761 | 2 | 25 |
| Superiores | 64 | 8,44 | 6,141 | 0 | 24 |
| Total | 89 | 8,36 | 6,404 | 0 | 25 |

Tabla 17: Prueba ANOVA de Agotamiento Emocional en función del nivel de estudios.

| | Suma de cuadrados | gl | Media cuadrática | F | Sig. |
|-------------|-------------------|----|------------------|-------|-------|
| Intergrupos | 91,036 | 3 | 30,345 | 0,733 | 0,535 |
| Intragrupos | 3517,458 | 85 | 41,382 | | |
| Total | 3608,494 | 88 | | | |

A continuación se compararon las puntuaciones obtenidas en función de si los participantes habían recibido formación como actor. Los resultados obtenidos informan que aquellos que no habían recibido dicha formación arrojaron una media de 7,44 con una desviación típica de 6,500 frente a una media de 8,76 y desviación típica de 6,373 que sí habían recibido formación como actor. No se hallaron diferencias significativas entre estos grupos, mostrando un resumen de estos datos en la Tabla 18.

Tabla 18: Media, Desviación Típica y Prueba para muestras independientes de Agotamiento Emocional en función de haber recibido formación como actor

| Form. Actor | N | Media | Desv. Típica | F | Sig. | t | gl | Sig (Bilateral) | 95% intervalo confianza Inferior | Superior |
|-------------|----|-------|--------------|-------|-------|--------|----|-----------------|----------------------------------|----------|
| Sí | 27 | 7,44 | 6,500 | 0,037 | 0,848 | -0,889 | 87 | 0,377 | -4,252 | 1,625 |
| No | 62 | 8,76 | 6,373 | | | | | | | |

Seguidamente se estudió la puntuación obtenida en Agotamiento Emocional en función del tiempo que los participantes llevaban ejerciendo como Payasos de Hospital. Los resultados obtenidos indican que aquellos que más tiempo llevan dedicados a esta tarea arrojaron las puntuaciones más bajas (Media = 5,63; Desviación típica = 4,069) seguidos del grupo de participantes que llevaban ejerciendo como Payaso de Hospital entre 2 y 5 años (Media = 8; Desviación Típica = 6,925), los que llevan un año o menos (Media = 8,95; Desviación Típica = 6,576) y las puntuaciones más elevadas se obtuvieron en el grupo que llevaba ejerciendo entre 6 y 10 años (Media = 9; Desviación Típica = 5,804). En la Tabla 19 se muestra un resumen de estas puntuaciones. A continuación, la Tabla 20 muestra los datos del ANOVA realizado, resultando que no se encontraron diferencias significativas entre los grupos estudiados.

Tabla 19: Media, desviación típica, mínimo y máximo de Agotamiento Emocional en función del tiempo que se lleva ejerciendo como Payaso de Hospital.

| Nivel Estudios | N | Media | Desviación Típica | Mínimo | Máximo |
|-------------------|----|-------|-------------------|--------|--------|
| Un año o menos | 21 | 8,95 | 6,576 | 1 | 24 |
| Entre 2 y 5 años | 41 | 8,00 | 6,925 | 0 | 24 |
| Entre 6 y 10 años | 19 | 9,63 | 5,804 | 2 | 25 |
| Más de 10 años | 8 | 5,63 | 4,069 | 3 | 15 |
| Total | 89 | 8,36 | 6,404 | 0 | 25 |

Tabla 20: Prueba ANOVA de Agotamiento Emocional en función del tiempo ejerciendo.

| | Suma de cuadrados | gl | Media cuadrática | F | Sig. |
|-------------|-------------------|----|------------------|-------|-------|
| Intergrupos | 103,246 | 3 | 34,415 | 0,835 | 0,479 |
| Intragrupos | 3505,248 | 85 | 41,238 | | |
| Total | 3608,494 | 88 | | | |

Una vez estudiado el Agotamiento Emocional según el tiempo que se estaba ejerciendo como Payaso de Hospital se procedió a estudiar esta variable en función del número de días a la semana que dedicaba el participante a realizar esta tarea. Así, se pudo comprobar cómo los participantes que dedican más días a realizar labores de Payaso de Hospital arrojan las puntuaciones medias más elevadas. Estos valores disminuyen conforme disminuyen los días a la semana empleados para la tarea de Payado de Hospital (Tabla 21). Las comparaciones efectuadas indican que existen diferencias significativas en función del número de días a la semana que se realizan labores de payaso. La Prueba de Tukey indica que estas diferencias son significativas entre todos los niveles de la variable estudiada. (Tabla 22 y Tabla 23). La Figura 11 muestra gráficamente las medias de las puntuaciones obtenidas.

Tabla 21: Media, desviación típica, mínimo y máximo de Agotamiento Emocional en función del número de días a la semana que se ejerce como Payaso de Hospital.

| Días por semana | N | Media | Desviación Típica | Mínimo | Máximo |
|-----------------|----|-------|-------------------|--------|--------|
| 1 | 57 | 7,11 | 5,882 | 0 | 24 |
| 2 | 22 | 9,18 | 6,752 | 1 | 24 |
| 3 | 6 | 13,00 | 4,195 | 7 | 19 |
| 4 | 4 | 14,75 | 8,732 | 7 | 25 |
| Total | 89 | 8,36 | 6,404 | 0 | 25 |

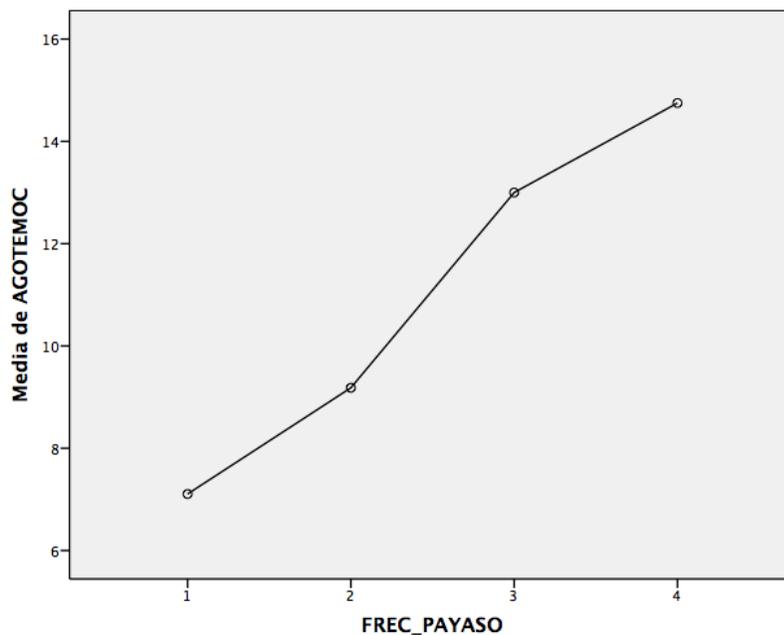
Tabla 22: Prueba ANOVA de Agotamiento Emocional en función del número de días que se ejerce como Payaso de Hospital.

| | Suma de cuadrados | gl | Media cuadrática | F | Sig. |
|-------------|-------------------|----|------------------|-------|--------------|
| Intergrupos | 397,103 | 3 | 132,368 | 3,504 | 0,019 |
| Intragrupos | 3211,391 | 85 | 37,781 | | |
| Total | 3608,494 | 88 | | | |

Tabla 23: Prueba de Tukey para comparaciones múltiples

| Frec. Payaso (I) | Frec. Payaso (J) | Diferencia de medias (I - J) | Error típico | Sig. | 95% de intervalo de confianza | |
|------------------|------------------|------------------------------|--------------|-------|-------------------------------|-----------------|
| | | | | | Límite Inferior | Límite Superior |
| 1 | 2 | -2,077 | 1,543 | 0,537 | -6,12 | 1,97 |
| | 3 | -5,895 | 2,638 | 0,122 | -12,81 | 1,02 |
| | 4 | -7,645 | 3,179 | 0,084 | -15,98 | 0,69 |
| 2 | 3 | 2,077 | 1,543 | 0,537 | -1,97 | 6,12 |
| | 4 | -3,818 | 2,831 | 0,535 | -11,24 | 3,60 |
| | 1 | -5,568 | 3,341 | 0,348 | -14,32 | 3,19 |
| 3 | 2 | 5,895 | 2,638 | 0,122 | -1,02 | 12,81 |
| | 4 | 3,818 | 2,831 | 0,535 | -3,60 | 11,24 |
| | 1 | -1,750 | 3,968 | 0,971 | -12,15 | 8,65 |
| 4 | 1 | 7,645 | 3,179 | 0,084 | -0,69 | 15,98 |
| | 2 | 5,568 | 3,341 | 0,348 | -3,19 | 14,32 |
| | 3 | 1,750 | 3,968 | 0,971 | -8,65 | 12,15 |

Figura 11: Medias de las puntuaciones arrojadas en función del número de días a la semana que se ejerce como Payaso de Hospital.



También se estudió la puntuación obtenida en Agotamiento Emocional según la función que se realizaba dentro de la asociación. Los resultados indican que aquellos que realizan funciones de Gestión y Dirección Artística obtienen medias más elevadas (9,68) que los que realizan funciones de Payaso de Hospital (8,00). La Tabla 24 muestra el resumen de estas puntuaciones. Las diferencias entre estos grupos, tal y como se muestra en la Tabla 25 no resultaron significativas.

Tabla 24: Media, desviación típica, mínimo y máximo de Agotamiento Emocional según la función que se desempeña en la asociación.

| Función desempeñada | N | Media | Desviación Típica | Mínimo | Máximo |
|----------------------------|----------|--------------|--------------------------|---------------|---------------|
| Payaso de Hospital | 70 | 8,00 | 6,357 | 0 | 25 |
| Gestión y Dirección | 19 | 9,68 | 6,575 | 1 | 24 |
| Total | 89 | 8,36 | 6,404 | 0 | 25 |

Tabla 25: Prueba ANOVA de Agotamiento Emocional según la función que se desempeña en la asociación.

| | Suma de cuadrados | gl | Media cuadrática | F | Sig. |
|-------------|--------------------------|-----------|-------------------------|----------|-------------|
| Intergrupos | 42,389 | 1 | 42,389 | 1,034 | 0,312 |
| Intragrupos | 3566,105 | 87 | 40,990 | | |
| Total | 3608,494 | 88 | | | |

A continuación se estudió las puntuaciones arrojadas en función de la realización o no realización de ensayos previos, resultando que los participantes que informaron no realizar ensayos obtuvieron una puntuación media muy inferior (Media = 2; Desviación Típica = 1,414) respecto a aquellos que informaron realizar ensayos previos a la actuación (Media = 8,74; Desviación Típica = 6,387). Se muestra un resumen de estas puntuaciones en la Tabla 26. Estas diferencias resultaron significativas (Tabla 27), si bien hay que tener precaución al interpretar este resultado dada la diferencia existente entre el número de participantes que compone cada uno de los grupos.

Tabla 26: Media, desviación típica, mínimo y máximo de Agotamiento Emocional según la realización de ensayos previos.

| Ensayos previos | N | Media | Desviación Típica | Mínimo | Máximo |
|------------------------|----------|--------------|--------------------------|---------------|---------------|
| No | 5 | 2,00 | 1,414 | 0 | 3 |
| Sí | 84 | 8,74 | 6,387 | 0 | 25 |
| Total | 89 | 8,36 | 6,404 | 0 | 25 |

Tabla 27: Prueba ANOVA de Agotamiento Emocional según la realización de ensayos previos.

| | Suma de cuadrados | gl | Media cuadrática | F | Sig. |
|-------------|-------------------|----|------------------|-------|--------------|
| Intergrupos | 214,256 | 1 | 214,256 | 5,492 | 0,021 |
| Intragrupos | 3394,238 | 87 | 39,014 | | |
| Total | 3608,494 | 88 | | | |

Se estudió también la puntuación media obtenida dentro del grupo que informó realizar ensayos, estudiando la puntuación según la periodicidad y duración de los mismos. Los que realizaban ensayos mensuales arrojaron medias más elevadas (9,14) que los que realizaban ensayos semanales (8,46) o trimestrales (8,45). En este apartado hubo un caso perdido. Los resultados se muestran en la Tabla 28. Respecto a la duración de los ensayos (Tabla 30), aquellos participantes que ensayaban un periodo de entre 2 y 4 horas obtuvieron las medias más elevadas (9,74), seguidos de quienes realizaban ensayos de más de 4 horas (8,25). Las puntuaciones más bajas correspondieron a aquellos que realizaban ensayos de hasta 2 horas de duración (5,87). En este apartado hubo otro caso perdido. Ninguna de estas diferencias resultaron significativas (Tabla 29 y Tabla 31)

Tabla 28: Media, desviación típica, mínimo y máximo de Agotamiento Emocional según la periodicidad de ensayos previos.

| Periodicidad | N | Media | Desviación Típica | Mínimo | Máximo |
|--------------|----|-------|-------------------|--------|--------|
| Semanal | 28 | 8,46 | 6,557 | 1 | 24 |
| Mensual | 35 | 9,14 | 6,179 | 0 | 24 |
| Trimestral | 20 | 8,45 | 6,947 | 1 | 25 |
| Total | 83 | 8,75 | 6,426 | 0 | 25 |

Tabla 29: Prueba ANOVA de Agotamiento Emocional según la periodicidad de ensayos.

| | Suma de cuadrados | gl | Media cuadrática | F | Sig. |
|-------------|-------------------|----|------------------|-------|-------|
| Intergrupos | 9,487 | 2 | 4,743 | 0,112 | 0,894 |
| Intragrupos | 3376,200 | 80 | 4,203 | | |
| Total | 3385,687 | 82 | | | |

Tabla 30: Media, desviación típica, mínimo y máximo de Agotamiento Emocional según la duración de ensayos previos.

| Duración | N | Media | Desviación Típica | Mínimo | Máximo |
|-------------------|----|-------|-------------------|--------|--------|
| Hasta 2 horas | 15 | 5,87 | 4,224 | 0 | 14 |
| Entre 2 y 4 horas | 47 | 9,74 | 7,255 | 1 | 25 |
| Más de 4 horas | 20 | 8,25 | 5,250 | 1 | 22 |
| Total | 82 | 8,67 | 6,450 | 0 | 25 |

Tabla 31: Prueba ANOVA de Agotamiento Emocional según la duración de ensayos.

| | Suma de cuadrados | gl | Media cuadrática | F | Sig. |
|-------------|-------------------|----|------------------|-------|-------|
| Intergrupos | 175,690 | 2 | 87,845 | 2,172 | 0,121 |
| Intragrupos | 3194,420 | 79 | 40,436 | | |
| Total | 3370,110 | 81 | | | |

Concluyendo con el estudio de la variable Agotamiento Emocional se relacionó la puntuación obtenida con el mantenimiento de reuniones con otro personal sanitario y con la realización de intercambios con Payasos de Hospital de otras asociaciones. Tal y como se muestra en la Tabla 32, aquellos que mantienen reuniones con otro personal sanitario obtienen puntuaciones más altas (Media = 9,92) que aquellos que no mantienen este tipo de reuniones (Media = 7,30). Estas diferencias no resultaron significativas (Tabla 33). Tal y como puede comprobarse en la Tabla 34, las puntuaciones más altas corresponden a aquellos participantes que suelen mantener reuniones con médicos (14,00) seguido de aquellos que mantienen reuniones con enfermeros/as (10,47). Siguen a estos grupos quienes mantienen reuniones con médicos y enfermeros (9,38) y las puntuaciones más bajas corresponden a quienes mantienen reuniones con otro tipo de personal sanitario (7,17). Estas diferencias tampoco resultaron significativas (Tabla 35).

Tabla 32: Media, desviación típica, mínimo y máximo de Agotamiento Emocional en función del mantenimiento de reuniones con personal sanitario.

| Reuniones | N | Media | Desviación Típica | Mínimo | Máximo |
|-----------|----|-------|-------------------|--------|--------|
| No | 53 | 7,30 | 5,733 | 0 | 24 |
| Sí | 36 | 9,92 | 7,077 | 1 | 25 |
| Total | 89 | 8,36 | 6,404 | 0 | 25 |

Tabla 33: Prueba ANOVA de Agotamiento Emocional en función del mantenimiento de reuniones con personal sanitario.

| | Suma de cuadrados | gl | Media cuadrática | F | Sig. |
|-------------|-------------------|----|------------------|-------|-------|
| Intergrupos | 146,575 | 1 | 146,575 | 3,684 | 0,058 |
| Intragrupos | 3461,920 | 87 | 39,792 | | |
| Total | 3608,494 | 88 | | | |

Tabla 34: Media, desviación típica, mínimo y máximo de Agotamiento Emocional según con quien se realizan las reuniones.

| Personal sanitario | N | Media | Desviación Típica | Mínimo | Máximo |
|----------------------|----|-------|-------------------|--------|--------|
| Médicos | 1 | 14,00 | . | 14 | 14 |
| Enfermeros/as | 15 | 10,47 | 6,174 | 3 | 24 |
| Médicos y enfermeros | 13 | 9,38 | 8,016 | 1 | 25 |
| Otros | 6 | 7,17 | 7,139 | 2 | 21 |
| Total | 35 | 9,60 | 6,916 | 1 | 25 |

Tabla 35: Prueba ANOVA de Agotamiento Emocional según con quien se realizan las reuniones.

| | Suma de cuadrados | gl | Media cuadrática | F | Sig. |
|-------------|-------------------|----|------------------|-------|-------|
| Intergrupos | 66,756 | 3 | 22,252 | 0,442 | 0,724 |
| Intragrupos | 1559,644 | 31 | 50,311 | | |
| Total | 1626,400 | 34 | | | |

Respecto a los intercambios con otras asociaciones, los participantes que informaron no realizar intercambios arrojaron medias más elevadas (8,49) frente a aquellos que sí realizan intercambios con payasos de otras asociaciones (8,15), (Tabla 36). No obstante, estas diferencias tampoco resultaron significativas, tal y como se puede comprobar en la Tabla 37.

Tabla 36: Media, desviación típica, mínimo y máximo de Agotamiento Emocional según la realización de intercambios con otras asociaciones.

| Intercambios | N | Media | Desviación Típica | Mínimo | Máximo |
|--------------|----|-------|-------------------|--------|--------|
| No | 55 | 8,49 | 6,749 | 0 | 25 |
| Sí | 34 | 8,15 | 5,894 | 1 | 24 |
| Total | 89 | 8,36 | 6,404 | 0 | 25 |

Tabla 37: Prueba ANOVA de Agotamiento Emocional según la realización de intercambios con otras asociaciones.

| | Suma de cuadrados | gl | Media cuadrática | F | Sig. |
|-------------|-------------------|----|------------------|-------|-------|
| Intergrupos | 2,484 | 1 | 2,484 | 0,060 | 0,807 |
| Intragrupos | 3606,010 | 87 | 41,448 | | |
| Total | 3608,494 | 88 | | | |

Por último, se estudió la posible relación entre la variable Agotamiento Emocional y la pregunta relativa a la importancia que otorga cada participante a la relación con el compañero de trabajo como Payaso de Hospital para el desempeño de las funciones características, cuya respuesta estaba graduada desde 0 (Ninguna importancia) hasta 10 (Máxima importancia). El resultado obtenido indicó que la relación existente era de signo positivo pero de intensidad muy baja, tal y como se muestra en la Tabla 38.

Tabla 38: Correlación entre Agotamiento Emocional e importancia que se otorga a la relación con el compañero de trabajo como Payaso de Hospital.

| | Relación | Agotamiento Emocional |
|---------------------------|----------|-----------------------|
| Correlación de Pearson | 1 | 0,169 |
| Significación (bilateral) | | 0,114 |
| N | 89 | 89 |
| Correlación de Pearson | 0,169 | 1 |
| Significación (bilateral) | 0,114 | |
| N | 89 | 89 |

En cuanto a la relación entre Despersonalización y Sexo, la media arrojada por los hombres fue de 3,32 frente a 1,88 arrojada por las mujeres, con una desviación típica de 5,416 para los hombres y de 2,625 para las mujeres. No se encontraron diferencias significativas en esta variable en función del sexo. Para determinar esto, se realizó una prueba T de Student, cuyos resultados se resumen en la Tabla 39.

Tabla 39: Media, Desviación Típica y Prueba para muestras independientes de Despersonalización en función del sexo.

| Sexo | N | Media | Desv. Típica | F | Sig. | t | gl | Sig (Bilateral) | 95% intervalo confianza | |
|--------|----|-------|--------------|--------|-------|-------|----|-----------------|-------------------------|----------|
| | | | | | | | | | Inferior | Superior |
| Hombre | 37 | 3,32 | 5,416 | 10,683 | 0,002 | 1,664 | 87 | 0,100 | -0,280 | 3,159 |
| Mujer | 52 | 1,88 | 2,625 | | | | | | | |

Respecto a la edad, los resultados obtenidos apuntan a la existencia de una correlación inversa entre la edad de los participantes y la puntuación arrojada. Así, los participantes de menor edad arrojan valores más altos que los de mayor edad. Esta diferencia en las puntuaciones no resultó significativa (Tabla 40).

Tabla 40: Correlación entre Edad de los participantes y Despersonalización.

| | Edad | Despersonalización |
|---------------------------|--------|--------------------|
| Correlación de Pearson | 1 | -0,187 |
| Significación (bilateral) | | 0,080 |
| N | | 89 |
| Correlación de Pearson | -0,187 | 1 |
| Significación (bilateral) | 0,080 | |
| N | 89 | |

En cuanto al nivel de estudios de los participantes, los que informaron tener estudios primarios arrojaron una puntuación media de 0. Los participantes con estudios secundarios

obtuvieron una media de 4,13, con una desviación típica de 6,770, mínimo de 0 y máximo de 20 puntos. Los participantes que cuentan con estudios de bachiller obtuvieron una media de 1,80, con una desviación típica de 4,539, un mínimo de 0 y un máximo de 18 puntos. Los participantes con estudios superiores obtuvieron una media de 2,52, con una desviación típica de 3,568, un mínimo de 0 y un máximo de 17 puntos. Respecto al total de la muestra, la media obtenida fue de 2,48, con una desviación típica de 4,062, mínimo de 0 y máximo de 20 puntos. Se muestra un resumen de estas puntuaciones en la Tabla 41. No se han encontrado diferencias significativas al comparar las puntuaciones entre los diferentes grupos (Tabla 42).

Tabla 41: Media, desviación típica, mínimo y máximo de Despersonalización en función del nivel de estudios de los participantes.

| Nivel Estudios | N | Media | Desviación Típica | Mínimo | Máximo |
|----------------|----|-------|-------------------|--------|--------|
| Primarios | 2 | 0,00 | 0,000 | 0 | 0 |
| Secundarios | 8 | 4,13 | 6,770 | 0 | 20 |
| Bachiller | 15 | 1,80 | 4,539 | 0 | 18 |
| Superiores | 64 | 2,52 | 3,568 | 0 | 17 |
| Total | 89 | 2,48 | 4,062 | 0 | 20 |

Tabla 42: Prueba ANOVA de Despersonalización en función del nivel de estudios.

| | Suma de cuadrados | gl | Media cuadrática | F | Sig. |
|-------------|-------------------|----|------------------|-------|-------|
| Intergrupos | 40,965 | 3 | 13,655 | 0,822 | 0,485 |
| Intragrupos | 1411,259 | 85 | 16,603 | | |
| Total | 1452,225 | 88 | | | |

A continuación se compararon las puntuaciones obtenidas en función de si los participantes habían recibido formación como actor. Los resultados obtenidos informan que aquellos que no habían recibido dicha formación arrojaron una media de 2,22 con una desviación típica de 2,833 frente a una media de 2,60 y desviación típica de 4,510 que sí habían recibido formación como actor. No se hallaron diferencias significativas entre estos grupos, mostrando un resumen de estos datos en la Tabla 43 y 44.

Tabla 43: Media, desviación típica, mínimo y máximo de Despersonalización en función de haber recibido formación como actor.

| Nivel Estudios | N | Media | Desviación Típica | Mínimo | Máximo |
|----------------|----|-------|-------------------|--------|--------|
| No | 27 | 2,22 | 2,833 | 0 | 13 |
| Si | 62 | 2,60 | 4,510 | 0 | 20 |
| Total | 89 | 2,48 | 4,062 | 0 | 20 |

Tabla 44: Prueba ANOVA de Despersonalización en función de haber recibido formación como actor.

| | Suma de cuadrados | gl | Media cuadrática | F | Sig. |
|-------------|-------------------|----|------------------|-------|-------|
| Intergrupos | 2,639 | 1 | 2,639 | 0,158 | 0,692 |
| Intragrupos | 1449,586 | 87 | 16,662 | | |
| Total | 1452,225 | 88 | | | |

Seguidamente se estudió la puntuación obtenida en Despersonalización en función del tiempo que los participantes llevaban ejerciendo como Payasos de Hospital. Los resultados obtenidos indican que aquellos que más tiempo llevan dedicados a esta tarea arrojaron las puntuaciones más bajas (Media = 0,50; Desviación típica = 0,535) seguidos del grupo de participantes que llevaban ejerciendo como Payaso de Hospital entre 6 y 10 años (Media = 2,21; Desviación Típica = 3,614), los que llevan entre dos y 5 años (Media = 2,78; Desviación Típica = 4,436) y las puntuaciones más elevadas se obtuvieron en el grupo que llevaba ejerciendo un año o menos (Media = 2,90; Desviación Típica = 4,403). En la Tabla 45 se muestra un resumen de estas puntuaciones. A continuación, la Tabla 46 muestra los datos del ANOVA realizado, resultando que no se encontraron diferencias significativas entre los grupos estudiados.

Tabla 45: Media, desviación típica, mínimo y máximo de Despersonalización en función del tiempo que se lleva ejerciendo como Payaso de Hospital.

| Nivel Estudios | N | Media | Desviación Típica | Mínimo | Máximo |
|-------------------|----|-------|-------------------|--------|--------|
| Un año o menos | 21 | 2,90 | 4,403 | 0 | 20 |
| Entre 2 y 5 años | 41 | 2,78 | 4,436 | 0 | 18 |
| Entre 6 y 10 años | 19 | 2,21 | 3,614 | 0 | 13 |
| Más de 10 años | 8 | 0,50 | 0,535 | 0 | 1 |
| Total | 89 | 2,48 | 4,062 | 0 | 20 |

Tabla 46: Prueba ANOVA de Despersonalización en función del tiempo ejerciendo.

| | Suma de cuadrados | gl | Media cuadrática | F | Sig. |
|-------------|-------------------|----|------------------|-------|-------|
| Intergrupos | 40,233 | 3 | 13,411 | 0,807 | 0,493 |
| Intragrupos | 1411,992 | 85 | 16,612 | | |
| Total | 1452,225 | 88 | | | |

Una vez estudiada la variable Despersonalización según el tiempo que se estaba ejerciendo como Payaso de Hospital se procedió a estudiar esta variable en función del número de días a la semana que dedicaba el participante a realizar esta tarea. Así, se pudo comprobar cómo los participantes que dedican 2 días a la semana a realizar labores de

Payaso de Hospital arrojan las puntuaciones medias más elevadas (3,05), seguidos por aquellos que emplean un día a la semana (2,49). Las puntuaciones más bajas correspondieron a quienes dedicaban 4 días por semana (1,25) y 3 días por semana (1,17) a ejercer como Payaso de Hospital (Tabla 47). Las comparaciones efectuadas indican que no existen diferencias significativas en función del número de días a la semana que se realizan labores de payaso (Tabla 48).

Tabla 47: Media, desviación típica, mínimo y máximo de Despersonalización en función del número de días a la semana que se ejerce como Payaso de Hospital.

| Días por semana | N | Media | Desviación Típica | Mínimo | Máximo |
|-----------------|----|-------|-------------------|--------|--------|
| 1 | 57 | 2,49 | 3,728 | 0 | 18 |
| 2 | 22 | 3,05 | 5,507 | 0 | 20 |
| 3 | 6 | 1,17 | 0,753 | 0 | 2 |
| 4 | 4 | 1,25 | 1,893 | 0 | 4 |
| Total | 89 | 2,48 | 4,062 | 0 | 20 |

Tabla 48: Prueba ANOVA de Despersonalización en función del número de días que se ejerce como Payaso de Hospital.

| | Suma de cuadrados | gl | Media cuadrática | F | Sig. |
|-------------|-------------------|----|------------------|-------|-------|
| Intergrupos | 23,441 | 3 | 7,814 | 0,465 | 0,708 |
| Intragrupos | 1428,783 | 85 | 16,809 | | |
| Total | 1452,225 | 88 | | | |

También se estudió la puntuación obtenida en Despersonalización según la función que se realizaba dentro de la asociación. Los resultados indican que aquellos que realizan funciones de Gestión y Dirección Artística obtienen medias más bajas (2,05) que los que realizan funciones de Payaso de Hospital (2,60). La Tabla 49 muestra el resumen de estas puntuaciones. Las diferencias entre estos grupos, tal y como se muestra en la Tabla 50, no resultaron significativas.

Tabla 49: Media, desviación típica, mínimo y máximo de Despersonalización según la función que se desempeña en la asociación.

| Función desempeñada | N | Media | Desviación Típica | Mínimo | Máximo |
|---------------------|----|-------|-------------------|--------|--------|
| Payaso de Hospital | 70 | 2,60 | 4,302 | 0 | 20 |
| Gestión y Dirección | 19 | 2,05 | 3,082 | 0 | 13 |
| Total | 89 | 2,48 | 4,062 | 0 | 20 |

Tabla 50: Prueba ANOVA de Despersonalización según la función que se desempeña en la asociación.

| | Suma de cuadrados | gl | Media cuadrática | F | Sig. |
|-------------|-------------------|----|------------------|-------|-------|
| Intergrupos | 4,477 | 1 | 4,477 | 0,269 | 0,605 |
| Intragrupos | 1447,747 | 87 | 16,641 | | |
| Total | 1452,225 | 88 | | | |

A continuación se estudió las puntuaciones arrojadas en función de la realización o no realización de ensayos previos, resultando que los participantes que informaron no realizar ensayos obtuvieron una puntuación media inferior (Media = 1,60; Desviación Típica = 2,608) respecto a aquellos que informaron realizar ensayos previos a la actuación (Media = 2,54; Desviación Típica = 4,138). Se muestra un resumen de estas puntuaciones en la Tabla 51. Estas diferencias no resultaron significativas (Tabla 52).

Tabla 51: Media, desviación típica, mínimo y máximo de Despersonalización según la realización de ensayos previos.

| Ensayos previos | N | Media | Desviación Típica | Mínimo | Máximo |
|-----------------|----|-------|-------------------|--------|--------|
| No | 5 | 1,60 | 2,608 | 0 | 6 |
| Sí | 84 | 2,54 | 4,138 | 0 | 20 |
| Total | 89 | 2,48 | 4,062 | 0 | 20 |

Tabla 52: Prueba ANOVA de Despersonalización según la realización de ensayos previos.

| | Suma de cuadrados | gl | Media cuadrática | F | Sig. |
|-------------|-------------------|----|------------------|-------|-------|
| Intergrupos | 4,132 | 1 | 4,132 | 0,248 | 0,620 |
| Intragrupos | 1448,093 | 87 | 16,645 | | |
| Total | 1452,225 | 88 | | | |

Concluyendo con el estudio de la variable Despersonalización se relacionó la puntuación obtenida con el mantenimiento de reuniones con otro personal sanitario y con la realización de intercambios con Payasos de Hospital de otras asociaciones. Tal y como se muestra en la Tabla 53, aquellos que mantienen reuniones con otro personal sanitario obtienen puntuaciones más altas (2,53) que aquellos que no mantienen este tipo de reuniones (2,45). Estas diferencias no resultaron significativas (Tabla 54).

Tabla 53: Media, desviación típica, mínimo y máximo de Despersonalización en función del mantenimiento de reuniones con personal sanitario.

| Reuniones | N | Media | Desviación Típica | Mínimo | Máximo |
|-----------|----|-------|-------------------|--------|--------|
| No | 53 | 2,45 | 3,593 | 0 | 17 |
| Sí | 36 | 2,53 | 4,724 | 0 | 20 |
| Total | 89 | 2,48 | 4,062 | 0 | 20 |

Tabla 54: Prueba ANOVA de Despersonalización en función del mantenimiento de reuniones con personal sanitario.

| | Suma de cuadrados | gl | Media cuadrática | F | Sig. |
|-------------|-------------------|----|------------------|-------|-------|
| Intergrupos | 0,120 | 1 | 0,120 | 0,007 | 0,933 |
| Intragrupos | 1452,104 | 87 | 16,691 | | |
| Total | 1452,225 | 88 | | | |

Respecto a los intercambios con otras asociaciones, los participantes que informaron no realizar intercambios arrojaron medias más elevadas (2,69) frente a aquellos que sí realizan intercambios con payasos de otras asociaciones (2,15), (Tabla 55). No obstante, estas diferencias tampoco resultaron significativas, tal y como se muestra en la Tabla 56.

Tabla 55: Media, desviación típica, mínimo y máximo de Despersonalización según la realización de intercambios con otras asociaciones.

| Intercambios | N | Media | Desviación Típica | Mínimo | Máximo |
|--------------|----|-------|-------------------|--------|--------|
| No | 55 | 2,69 | 4,294 | 0 | 20 |
| Sí | 34 | 2,15 | 3,694 | 0 | 17 |
| Total | 89 | 2,48 | 4,062 | 0 | 20 |

Tabla 56: Prueba ANOVA de Despersonalización según la realización de intercambios con otras asociaciones.

| | Suma de cuadrados | gl | Media cuadrática | F | Sig. |
|-------------|-------------------|----|------------------|-------|-------|
| Intergrupos | 6,215 | 1 | 6,215 | 0,374 | 0,542 |
| Intragrupos | 1446,010 | 87 | 16,621 | | |
| Total | 1452,225 | 88 | | | |

Por último, se estudió la posible relación entre la variable Despersonalización y la pregunta relativa a la importancia que otorga cada participante a la relación con el compañero de trabajo como Payaso de Hospital para el desempeño de las funciones características, cuya respuesta estaba graduada desde 0 (ninguna importancia) hasta 10 (Máxima importancia). El resultado obtenido indicó que la relación existente era prácticamente inexistente (Tabla 57).

Tabla 57: Correlación entre Despersonalización e importancia que se otorga a la relación con el compañero de trabajo como Payaso de Hospital.

| | Relación | Agotamiento Emocional |
|---------------------------|----------|-----------------------|
| Correlación de Pearson | 1 | -0,028 |
| Significación (bilateral) | | 0,792 |
| N | 89 | 89 |
| Correlación de Pearson | -0,028 | 1 |
| Significación (bilateral) | 0,792 | |
| N | 89 | 89 |

En cuanto a la relación entre Realización Personal y Sexo, la media arrojada por los hombres fue de 43,00 frente a 41,60 arrojada por las mujeres, con una desviación típica de 4,230 para los hombres y de 5,685 para las mujeres. No se encontraron diferencias significativas en esta variable en función del sexo. Para determinar esto, se realizó una prueba T de Student, cuyos resultados se resumen en la Tabla 58.

Tabla 58: Media, Desviación Típica y Prueba para muestras independientes de Realización Personal en función del sexo.

| Sexo | N | Media | Desv. Típica | F | Sig. | t | gl | Sig (Bilateral) | 95% intervalo confianza | |
|--------|----|-------|--------------|-------|-------|-------|----|-----------------|-------------------------|----------|
| | | | | | | | | | Inferior | Superior |
| Hombre | 37 | 43,00 | 4,230 | 3,714 | 0,057 | 1,272 | 87 | 0,207 | -0,791 | 3,598 |
| Mujer | 52 | 41,60 | 5,685 | | | | | | | |

Respecto a la edad, los resultados obtenidos apuntan a la existencia de una correlación de signo positivo, aunque prácticamente inexistente entre la edad de los participantes y la puntuación arrojada. Así, los participantes de mayor edad arrojan valores ligeramente más altos que los de menor edad (Tabla 59).

Tabla 59: Correlación entre Edad de los participantes y Realización Personal.

| | Edad | Realización Personal |
|---------------------------|-------|----------------------|
| Correlación de Pearson | 1 | 0,099 |
| Significación (bilateral) | | 0,355 |
| N | | 89 |
| Correlación de Pearson | 0,099 | 1 |
| Significación (bilateral) | 0,355 | |
| N | 89 | |

En cuanto al nivel de estudios de los participantes, los participantes con estudios primarios obtuvieron una media de 47,50, con una desviación típica de 0,707, mínimo de 47 y máximo de 48 puntos. Los participantes que cuentan con estudios secundarios obtuvieron una media de 39,88, con una desviación típica de 5,842, un mínimo de 33 y un máximo de 48 puntos. Los participantes con estudios de bachiller obtuvieron una media de 42,60, con una desviación típica de 4,532, un mínimo de 34 y un máximo de 48 puntos y los participantes que cuentan con estudios superiores obtuvieron una media de 42,20, con una desviación típica de 5,204, mínimo de 27 y máximo de 48. Respecto al total de la muestra, la media obtenida fue de 42,18, con una desviación típica de 5,151, mínimo de 27

y máximo de 48 puntos. Se muestra un resumen de estas puntuaciones en la Tabla 60. No se han encontrado diferencias significativas al comparar las puntuaciones entre los diferentes grupos (Tabla 61).

Tabla 60: Media, desviación típica, mínimo y máximo de Realización Personal en función del nivel de estudios de los participantes.

| Nivel Estudios | N | Media | Desviación Típica | Mínimo | Máximo |
|----------------|----|-------|-------------------|--------|--------|
| Primarios | 2 | 47,50 | 0,707 | 47 | 48 |
| Secundarios | 8 | 39,88 | 5,842 | 33 | 48 |
| Bachiller | 15 | 42,60 | 4,532 | 34 | 48 |
| Superiores | 64 | 42,20 | 5,204 | 27 | 48 |
| Total | 89 | 42,18 | 5,151 | 27 | 48 |

Tabla 61: Prueba ANOVA de Realización Personal en función del nivel de estudios.

| | Suma de cuadrados | gl | Media cuadrática | F | Sig. |
|-------------|-------------------|----|------------------|-------|-------|
| Intergrupos | 101,789 | 3 | 33,930 | 1,291 | 0,283 |
| Intragrupos | 2233,334 | 85 | 26,275 | | |
| Total | 2335,124 | 88 | | | |

A continuación se compararon las puntuaciones obtenidas en función de si los participantes habían recibido formación como actor. Los resultados obtenidos informan que aquellos que no habían recibido dicha formación arrojaron una media de 41,48 con una desviación típica de 4,080 frente a una media de 42,48 y desviación típica de 5,557 que sí habían recibido formación como actor. No se hallaron diferencias significativas entre estos grupos, mostrando un resumen de estos datos en las Tablas 62 y 63.

Tabla 62: Media, desviación típica, mínimo y máximo de Realización Personal en función de haber recibido formación como actor.

| Nivel Estudios | N | Media | Desviación Típica | Mínimo | Máximo |
|----------------|----|-------|-------------------|--------|--------|
| No | 27 | 41,48 | 4,080 | 35 | 48 |
| Si | 62 | 42,48 | 5,557 | 27 | 48 |
| Total | 89 | 42,18 | 5,151 | 27 | 48 |

Tabla 63: Prueba ANOVA de Realización Personal en función de haber recibido formación como actor.

| | Suma de cuadrados | gl | Media cuadrática | F | Sig. |
|-------------|-------------------|----|------------------|-------|-------|
| Intergrupos | 18,899 | 1 | 18,899 | 0,710 | 0,402 |
| Intragrupos | 2316,225 | 87 | 26,623 | | |
| Total | 2335,124 | 88 | | | |

Seguidamente se estudió la puntuación obtenida en Realización Personal en función del tiempo que los participantes llevaban ejerciendo como Payasos de Hospital. Los resultados obtenidos indican que aquellos que más tiempo llevan dedicados a esta tarea arrojaron las puntuaciones más altas (Media = 44,88; Desviación típica = 3,399) seguidos del grupo de participantes que llevaban ejerciendo como Payaso de Hospital entre 2 y 5 años (Media = 42,78; Desviación Típica = 5,398) y los que llevan un año o menos (Media = 41,84; Desviación Típica = 6,576). Las puntuaciones más bajas se obtuvieron en el grupo que llevaba ejerciendo un año o menos (Media = 40,29; Desviación Típica = 4,911). En la Tabla 64 se muestra un resumen de estas puntuaciones. A continuación, la Tabla 65 muestra los datos del ANOVA realizado, resultando que no se encontraron diferencias significativas entre los grupos estudiados.

Tabla 64: Media, desviación típica, mínimo y máximo de Realización Personal en función del tiempo que se lleva ejerciendo como Payaso de Hospital.

| Nivel Estudios | N | Media | Desviación Típica | Mínimo | Máximo |
|-------------------|----|-------|-------------------|--------|--------|
| Un año o menos | 21 | 40,29 | 4,911 | 29 | 48 |
| Entre 2 y 5 años | 41 | 42,78 | 5,237 | 27 | 48 |
| Entre 6 y 10 años | 19 | 41,84 | 5,398 | 32 | 48 |
| Más de 10 años | 8 | 44,88 | 3,399 | 40 | 48 |
| Total | 89 | 42,18 | 5,151 | 27 | 48 |

Tabla 65: Prueba ANOVA de Realización Personal en función del tiempo ejerciendo.

| | Suma de cuadrados | gl | Media cuadrática | F | Sig. |
|-------------|-------------------|----|------------------|-------|-------|
| Intergrupos | 150,412 | 3 | 50,137 | 1,951 | 0,128 |
| Intragrupos | 2184,711 | 85 | 25,702 | | |
| Total | 2335,124 | 88 | | | |

Una vez estudiada la Realización Personal según el tiempo que se estaba ejerciendo como Payaso de Hospital se procedió a estudiar esta variable en función del número de días a la semana que dedicaba el participante a realizar esta tarea. Así, se pudo comprobar cómo los participantes que dedican más días a realizar labores de Payaso de Hospital arrojan las puntuaciones medias más elevadas (43,25), valor muy similar al que obtienen aquellos que dedican dos días a la semana a realizar labores de Payaso de Hospital (43,09). Las puntuaciones más bajas provienen del grupo que emplea tres días por semana en estas tareas (39,50), (Tabla 66). Las comparaciones efectuadas indican que no existen diferencias

significativas en función del número de días a la semana que se realizan labores de payaso (Tabla 67).

Tabla 66: Media, desviación típica, mínimo y máximo de Realización Personal en función del número de días a la semana que se ejerce como Payaso de Hospital.

| Días por semana | N | Media | Desviación Típica | Mínimo | Máximo |
|-----------------|----|-------|-------------------|--------|--------|
| 1 | 57 | 42,04 | 5,057 | 27 | 48 |
| 2 | 22 | 43,09 | 4,689 | 34 | 48 |
| 3 | 6 | 39,50 | 7,530 | 28 | 48 |
| 4 | 4 | 43,25 | 5,500 | 36 | 48 |
| Total | 89 | 42,18 | 5,151 | 27 | 48 |

Tabla 67: Prueba ANOVA de Realización Personal en función del número de días que se ejerce como Payaso de Hospital.

| | Suma de cuadrados | gl | Media cuadrática | F | Sig. |
|-------------|-------------------|----|------------------|-------|-------|
| Intergrupos | 67,126 | 3 | 22,375 | 0,839 | 0,476 |
| Intragrupos | 2267,998 | 85 | 26,682 | | |
| Total | 2335,124 | 88 | | | |

También se estudió la puntuación obtenida en Realización Personal según la función que se realizaba dentro de la asociación. Los resultados indican que aquellos que realizan funciones de Gestión y Dirección Artística obtienen medias más bajas (41,11) que los que realizan funciones de Payaso de Hospital (42,47). La Tabla 68 muestra el resumen de estas puntuaciones. Las diferencias entre estos grupos, tal y como se muestra en la Tabla 69 no resultaron significativas.

Tabla 68: Media, desviación típica, mínimo y máximo de Realización Personal según la función que se desempeña en la asociación.

| Función desempeñada | N | Media | Desviación Típica | Mínimo | Máximo |
|---------------------|----|-------|-------------------|--------|--------|
| Payaso de Hospital | 70 | 42,47 | 5,064 | 27 | 48 |
| Gestión y Dirección | 19 | 41,11 | 5,466 | 29 | 48 |
| Total | 89 | 42,18 | 5,151 | 27 | 48 |

Tabla 69: Prueba ANOVA de Realización Personal según la función que se desempeña en la asociación.

| | Suma de cuadrados | gl | Media cuadrática | F | Sig. |
|-------------|-------------------|----|------------------|-------|-------|
| Intergrupos | 27,891 | 1 | 27,891 | 1,052 | 0,308 |
| Intragrupos | 2307,232 | 87 | 26,520 | | |
| Total | 2335,124 | 88 | | | |

A continuación se estudió las puntuaciones arrojadas en función de la realización o no realización de ensayos previos, resultando que los participantes que informaron no realizar ensayos obtuvieron una puntuación media más elevada (Media = 43,00; Desviación Típica = 6,481) respecto a aquellos que informaron realizar ensayos previos a la actuación (Media = 42,13; Desviación Típica = 5,106). Se muestra un resumen de estas puntuaciones en la Tabla 70. Estas diferencias no resultaron significativas (Tabla 71).

Tabla 70: Media, desviación típica, mínimo y máximo de Realización Personal según la realización de ensayos previos.

| Ensayos previos | N | Media | Desviación Típica | Mínimo | Máximo |
|-----------------|----|-------|-------------------|--------|--------|
| No | 5 | 43,00 | 6,481 | 33 | 48 |
| Sí | 84 | 42,13 | 5,106 | 27 | 48 |
| Total | 89 | 42,18 | 5,151 | 27 | 48 |

Tabla 71: Prueba ANOVA de Realización Personal según la realización de ensayos previos.

| | Suma de cuadrados | gl | Media cuadrática | F | Sig. |
|-------------|-------------------|----|------------------|-------|-------|
| Intergrupos | 3,564 | 1 | 3,564 | 0,133 | 0,716 |
| Intragrupos | 2331,560 | 87 | 26,800 | | |
| Total | 2335,124 | 88 | | | |

Concluyendo con el estudio de la variable Realización Personal se relacionó la puntuación obtenida con el mantenimiento de reuniones con otro personal sanitario y con la realización de intercambios con Payasos de Hospital de otras asociaciones. Tal y como se muestra en la Tabla 72, aquellos que mantienen reuniones con otro personal sanitario obtienen puntuaciones más altas (Media = 43,28) que aquellos que no mantienen este tipo de reuniones (Media = 41,43). Estas diferencias no resultaron significativas (Tabla 73).

Tabla 72: Media, desviación típica, mínimo y máximo de Realización Personal en función del mantenimiento de reuniones con personal sanitario.

| Reuniones | N | Media | Desviación Típica | Mínimo | Máximo |
|-----------|----|-------|-------------------|--------|--------|
| No | 53 | 41,43 | 5,376 | 27 | 48 |
| Sí | 36 | 43,28 | 4,657 | 32 | 48 |
| Total | 89 | 42,18 | 5,151 | 27 | 48 |

Tabla 73: Prueba ANOVA de Realización Personal en función del mantenimiento de reuniones con personal sanitario.

| | Suma de cuadrados | gl | Media cuadrática | F | Sig. |
|-------------|-------------------|----|------------------|-------|-------|
| Intergrupos | 72,883 | 1 | 72,883 | 2,803 | 0,098 |
| Intragrupos | 2262,241 | 87 | 26,003 | | |
| Total | 2335,124 | 88 | | | |

Respecto a los intercambios con otras asociaciones, los participantes que informaron no realizar intercambios arrojaron medias inferiores (42,07) respecto a aquellos que sí realizan intercambios con payasos de otras asociaciones (42,35), (Tabla 74). No obstante, estas diferencias tampoco resultaron significativas, tal y como se puede comprobar en la Tabla 75.

Tabla 74: Media, desviación típica, mínimo y máximo de Realización Personal según la realización de intercambios con otras asociaciones.

| Intercambios | N | Media | Desviación Típica | Mínimo | Máximo |
|--------------|----|-------|-------------------|--------|--------|
| No | 55 | 42,07 | 5,242 | 28 | 48 |
| Sí | 34 | 42,35 | 5,074 | 27 | 48 |
| Total | 89 | 42,18 | 5,151 | 27 | 48 |

Tabla 75: Prueba ANOVA de Realización Personal según la realización de intercambios con otras asociaciones.

| | Suma de cuadrados | gl | Media cuadrática | F | Sig. |
|-------------|-------------------|----|------------------|-------|-------|
| Intergrupos | 1,650 | 1 | 1,650 | 0,062 | 0,805 |
| Intragrupos | 2333,474 | 87 | 26,822 | | |
| Total | 2335,124 | 88 | | | |

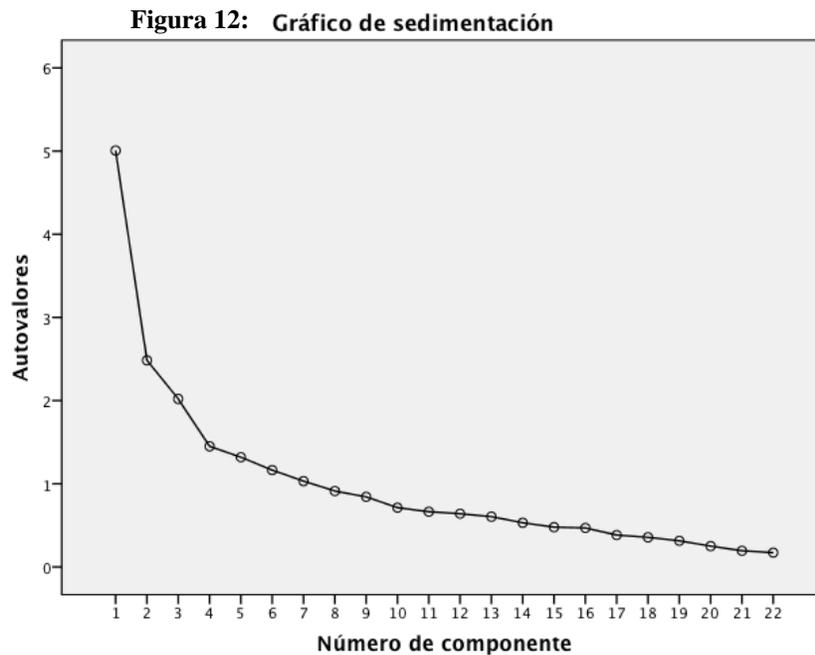
Por último, se estudió la posible relación entre la variable Realización Personal y la pregunta relativa a la importancia que otorga cada participante a la relación con el compañero de trabajo como Payaso de Hospital para el desempeño de las funciones características, cuya respuesta estaba graduada desde 0 (ninguna importancia) hasta 10 (Máxima importancia). El resultado obtenido indicó que la relación existente era de signo positivo pero de intensidad muy baja, tal y como se muestra en la Tabla 76.

Tabla 76: Correlación entre Realización Personal e importancia que se otorga a la relación con el compañero de trabajo como Payaso de Hospital.

| | Relación | Realización Personal |
|---------------------------|----------|----------------------|
| Correlación de Pearson | 1 | 0,021 |
| Significación (bilateral) | | 0,848 |
| N | 89 | 89 |
| Correlación de Pearson | 0,021 | 1 |
| Significación (bilateral) | 0,848 | |
| N | 89 | 89 |

4. Análisis Factorial.

Respecto a la varianza total explicada, el resultado indicó que un único factor daba cuenta del 22,7% de la varianza, siendo preciso tener en consideración hasta cinco factores para alcanzar un 55,8% de varianza explicada. El gráfico de sedimentación informa de una solución de dos factores como la más adecuada para esta escala, por lo que se continuó el análisis siguiendo esta indicación. Este número de factores únicamente explicó el 34,047% de la varianza total. La Figura 12 muestra el gráfico de Sedimentación resultante.



Los pesos / saturaciones factoriales quedaron comprendidos entre 0,139 (ítem 15: “Siento que realmente no me importa lo que les ocurra a mis pacientes”) y 0,761 (ítem 8: “Siento que mi trabajo me está desgastando) para el Factor 1; y entre 0,275 (ítem 21: “Siento que en mi trabajo, los problemas emocionales son tratados de forma adecuada”) y 0,685 (ítem 17: “Siento que puedo crear con facilidad un clima agradable con mis pacientes”) para el Factor II. (Ver Tabla 77).

Tabla 77: Solución factorial rotada (Rotación Varimax)

| Ít. | Enunciado | Factor I | Factor II |
|-----|--|-------------|--------------|
| 1 | Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo | ,398 | -,014 |
| 2 | Cuando termino mi jornada de trabajo me siento vacío | ,286 | ,077 |

| | | | |
|----|---|-------|-------|
| 3 | Cuando me levanto por la mañana y me enfrento a otra jornada de trabajo me siento fatigado | ,659 | -,028 |
| 4 | Siento que puedo entender fácilmente a los pacientes | -,121 | ,367 |
| 5 | Siento que estoy tratando a algunos pacientes como si fueran objetos impersonales | ,531 | -,257 |
| 6 | Siento que trabajar todo el día con gente me cansa | ,501 | -,405 |
| 7 | Siento que trato con mucha eficacia los problemas de mis pacientes | ,220 | ,578 |
| 8 | Siento que mi trabajo me está desgastando | ,761 | ,045 |
| 9 | Siento que estoy influyendo positivamente en la vida de otras personas a través de mi trabajo | ,057 | ,646 |
| 10 | Siento que me he hecho más duro con la gente | ,620 | -,215 |
| 11 | Me preocupa que este trabajo me está endureciendo emocionalmente | ,669 | -,178 |
| 12 | Me siento con mucha energía en mi trabajo | -,025 | ,375 |
| 13 | Siento que realmente no me importa lo que les ocurra a mis pacientes | ,528 | ,007 |
| 14 | Siento que estoy demasiado tiempo en mi trabajo | ,449 | ,112 |
| 15 | Siento que realmente no me importa lo que les ocurra a mis pacientes | ,139 | -,536 |
| 16 | Siento que trabajar en contacto directo con la gente me cansa | ,566 | -,251 |
| 17 | Siento que puedo crear con facilidad un clima agradable con mis pacientes | -,128 | ,685 |
| 18 | Me siento estimado después de haber trabajado íntimamente con mis pacientes | -,125 | ,543 |
| 19 | Creo que consigo muchas cosas valiosas en este trabajo | -,032 | ,642 |
| 20 | Me siento como si estuviera al límite de mis posibilidades | ,755 | -,036 |
| 21 | Siento que en mi trabajo los problemas emocionales son tratados de forma adecuada | -,368 | ,275 |
| 22 | Me parece que los pacientes me culpan de alguno de sus problemas | ,491 | -,217 |

Dado que en la solución factorial hallada, el Factor I aglutina a todos los ítems que en la escala original conforman la variable Agotamiento Emocional y la variable Despersonalización, y el Factor II aglutina a los ítems que en la escala original conforman la variable Realización Personal, podemos concluir que la estructura factorial hallada coincide parcialmente con la estructura propia de la escala MBI original.

9. Discusión

La escala MBI se ha mostrado como una herramienta válida para evaluar la presencia de *Burnout* tanto en profesionales de la salud como en otros colectivos profesionales. La novedad del presente estudio consiste en que los participantes, si bien ejercen una labor en el ámbito sanitario, ésta se desarrolla de modo voluntario, esto es, sin relación contractual ni remuneración económica por los servicios realizados.

En cuanto a la relación entre la variable Agotamiento Emocional y las variables sexo, nivel de estudios, haber recibido formación como actor, tiempo ejerciendo como Payaso de Hospital, función realizada dentro de la asociación, periodicidad de ensayos

previos, mantenimiento de reuniones con otro personal sanitario y realización de intercambios con Payasos de Hospital de otras asociaciones no se encontraron diferencias significativas entre los diferentes grupos y sí en función del número de días a la semana que dedicaba el participante a realizar esta tarea y de la realización o no realización de ensayos previos.

En cuanto a la relación entre las variables Despersonalización y Realización Personal y las variables sexo, edad, nivel de estudios, haber recibido formación como actor, tiempo ejerciendo como Payasos de Hospital, número de días a la semana dedicado a realizar esta tarea, función realizada dentro de la asociación, realización o no de ensayos previos, mantenimiento de reuniones con otro personal sanitario y realización de intercambios con Payasos de Hospital de otras asociaciones no se encontraron diferencias significativas en dichas variables.

Respecto a la variable Agotamiento Emocional, únicamente se obtienen valores bajos y medios no hallando valores altos en esta variable.

Por lo que se refiere a Despersonalización, se obtienen valores bajos en 78 casos, medios en 5 casos y altos en 6 casos, los cuales son muy diversos entre sí, con lo cual no existe un elemento que pueda determinar la alta puntuación en este factor.

En cuanto a Realización Personal, los resultados indican que únicamente se obtienen valores bajos en 5 casos, medios en 19 casos y valores altos en 65 casos. Estos 5 casos que puntúan bajo son muy heterogéneos entre sí, con lo cual no existe un factor que pueda determinar la baja puntuación en esta variable.

Esto no es indicador de que la herramienta empleada no sea adecuada a la situación pero hay que considerar que, los casos en los que las puntuaciones obtenidas indican la posible aparición de síndrome de *Burnout* (casos 20, 21 y 22) pudieran estar influenciados por otros factores ajenos a las funciones desarrolladas como Payaso de Hospital. Estos casos corresponden a payasos de entre 24 y 63 años, de distintas asociaciones, todos con estudios superiores y un tiempo trabajando como Payaso de Hospital de entre 1 y 7 años. Esta gran variabilidad de datos indica que no se puede establecer la existencia de uno o

varios determinantes concretos, en el ámbito estudiado, que expliquen las elevadas puntuaciones alcanzadas en esos casos.

Estas conclusiones se sostienen además por el hecho de que casi todas las asociaciones informaron de la realización de un trabajo de evaluación / reflexión al finalizar la jornada en el hospital y, a pesar de que no en todos los casos se disponga de un espacio concreto para la realización de estas reuniones, éstas se producen, la mayoría de ellas, de periodicidad semanal y con duración de al menos una hora. Además, algunas asociaciones cuentan, para estas sesiones, con apoyo psicológico / terapéutico provisto por la propia asociación.

10. Conclusiones

A la vista de los resultados obtenidos y una vez realizado el análisis de los mismos podemos afirmar que:

- Entre Payasos de Hospital, en el ejercicio de sus funciones, no se detectan indicios de presencia de *Burnout*, con lo que no se cumple la hipótesis nº 1.
- Las hipótesis 2 y 3 sólo se rechazan parcialmente, dado que algunos aspectos de variables personales, como edad y nivel de estudios y aspectos relativos al desarrollo de la profesión, como días a la semana ejerciendo y tiempo en años ejerciendo, se muestran asociadas a valores más altos en Agotamiento Emocional y Despersonalización.
- La hipótesis 4 se cumple parcialmente. La distribución de los ítems es congruente en forma parcial a los del manual y se propone una solución factorial de dos dimensiones: factores negativos (compuesta por los ítems que conforman las subescalas Agotamiento Emocional y Despersonalización) y factores positivos (compuesta por los ítems que conforman la subescala Realización Personal)

Dado que las puntuaciones obtenidas en las variables Agotamiento Emocional y Despersonalización son de bajas y las puntuaciones de la variable Realización Personal son altas, se puede concluir que no se está desarrollando síndrome de *Burnout*.

Sería beneficioso que futuros estudios contaran con una participación mayor, lo que podría contribuir a que la estructura factorial de la escala se aproxime a la compuesta por tres factores hallada en otros colectivos, donde se ha contado con un número de participantes significativamente más elevado.

Puesto que no se ha detectado la presencia de Burnout en este colectivo, sería interesante aplicar un instrumento que complete los resultados obtenidos, buscando las posibles fuentes de estrés o investigando las preocupaciones que más afecta a este grupo de profesionales.

11. Referencias

- Albaladejo, R., Villanueva, R., Ortega, P., Astasio, P., Calle, ME y Domínguez, V. (2004). Síndrome de Burnout en el personal de enfermería de un hospital de Madrid. *Revista Española de Salud Pública*, 78, 505-516.
- Aluja, A. (1997). Burnout profesional en maestros y su relación con indicadores de salud mental. *Boletín de Psicología*, 55, 47-61.
- Álvarez, E. y Fernández, L. (1991). El síndrome de burnout o el desgaste profesional (I): Revisión de estudios. *Revista Española de Neuropsiquiatría*, 11,257-265.
- Ambrosio, S., Rosales, A., Masegosa, A. y Ariza, J. (2013). Carta al director. *Fundación Educación Médica*, 16, 69-70.
- Atance, J. C. (1997). Aspectos epidemiológicos del síndrome de burnout en personal sanitario. *Revista Española de Salud Pública*, 71,293-303.
- Barkmann, C., Siem, A. K., Wessolowski, N., y Schulte-Markwort, M. (2013). Clowning as a supportive measure in paediatrics-a survey of clowns, parents and nursing staff. *BMC Pediatrics*, 13, 166.
- Battrick, C., Glasper, E. A., Prudhoe, G. y Weaver, K. (2007). Clown humour: The perceptions of doctors, nurses, parents and children. *Journal of Children's and Young People's Nursing*, 1, 174-179.
- Bernaldo de Quirós, M., y Labrador, F. J. (2008). Relaciones entre estrés laboral, burnout y síntomas psicopatológicos en los servicios de urgencia extrahospitalaria del área 9 de Madrid. *Anuario de Psicología Clínica y de la Salud*, 4, 53-61.
- Bertini, M., Isola, E., Paolone, G., y Curcio, G. (2011). Clowns Benefit Children Hospitalized for Respiratory Pathologies. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*, 2011.

- Bornstein, Y. (2008). Medical clowns at hospitals and their effect on hospitalized children. *Harefuah*, 147, 30-2, 95, 94
- Bujalance, J., Villanueva, F., Guerrero, S., Conejo, J., González, A., Sepúlveda, A., Viñas, C., Castro, S. y Martín, F. (2001). Burnout y satisfacción laboral de los profesionales que atienden a pacientes geriátricos. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 36, 32-40.
- Cañadas, G. A., Lozano, L. M., de la Fuente, E. I., Vargas, C., y Saldaña, L. (2010). Análisis bayesiano de variables relacionadas con el desarrollo del síndrome de Burnout en profesionales sanitarios. *Escritos de Psicología*, 3, 33-39.
- Chacón, F., Vecina, M. L., Barrón, A., y de Pául, M. P. (1999). Burnout en voluntarios que trabajan con pacientes de SIDA o cáncer. *Clínica y Salud*, 10, 137-150.
- Cherniss, C. (1980). *Staff burnout. Job stress in the human services*. Londres: Sage Publications.
- Cuevas, P., O'Ferrall, F. C. y Crespo, J. (1998). Estudio comparativo de las relaciones entre el estrés laboral y la salud mental en enfermeros de un hospital comarcal. *Enfermería Científica*, 194-195, 31-32.
- De la Fuente, E. I., García, J., Ortega, A. R. y De la Fuente, I. (1994). Salud laboral. Evaluación de burnout en profesionales sanitarios. *Revista de la Facultad de Humanidades de Jaén*, 3, 93-104.
- De los Ríos, J. L., Ocampo, M., Landeros, M., Ávila, T. L. y Tristán, L. A. (2007). Burnout en Personal Administrativo de una Dependencia Gubernamental: Análisis de sus Factores Relacionados. *Investigación y Ciencia*, 37, 26-34.
- Dionigi, A., Sangiorgi, D., y Flangini, R. (2014). Clown intervention to reduce preoperative anxiety in children and parents: A randomized controlled trial. *Journal of health psychology*, 19, 369-380.

- Dowling, J. S., Hockemberry, M. y Gregory, R. L. (2003). Sense of humor, childhood cancer stressors, and outcomes of psychosocial adjustment, immune function and infection. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*, 20, 271-292.
- Escribá, V., Más, R., Cárdenas, E., Burguete, D. y Fernández, R. (2000). Estresores laborales y bienestar psicológico. *Revista ROL de Enfermería*, 7-8, 506-511.
- Fernandes, S. y Arriaga P. (2010). The effects of clown intervention on worries and emotional responses in children undergoing surgery. *Journal of Health Psychology*, 15, 405-415.
- Freudenberger, H. J. (1974). Staff burn-out. *Journal of Social Issues*, 30(1), 159-165.
- Garcés de los Fayos, E. J. y Canton, E. (1995). El cese de la motivación: el síndrome del burnout en deportistas. *Revista de Psicología del deporte* (Vol. 4, pp. 0151-160).
- Gervais, N., Warren, B., y Twohig, P. (2006). Nothing seems funny anymore: Studying burnout in clown-doctors. *Making Sense of: Stress, Humour and Healing*, 77- 82.
- Gil-Monte, P. R. (1991). Una nota sobre el concepto de “burnout”, sus dimensiones y estrategias de afrontamiento. *Informació Psicológica*, 46, 4-7.
- Gil-Monte, P. R. (2001). Falta de reciprocidad en los intercambios sociales como antecedente del “síndrome de quemarse por el trabajo” (burnout) en profesionales de enfermería: un estudio longitudinal. *Revista de Psicología Social Aplicada*, 1, 21-31.
- Gil-Monte, P. R. (2003). El síndrome de quemarse por el trabajo (síndrome de burnout) en profesionales de enfermería. *Revista Electrônica InterAção Psy*, 1, 19-33.
- Gil-Monte, P. R. y Peiró, J. (1997). *Desgaste psíquico en el trabajo: el síndrome de quemarse*. Madrid: Síntesis.
- Gil-Monte, P. R., Carretero, N., Roldán, M. D. y Núñez-Román, E. M. (2005). Prevalencia del síndrome de quemarse por el trabajo (burnout) en monitores de taller para

personas con discapacidad. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 21, 107-123.

Gil-Monte, P. R., y Peiró, J. M. (1996). Un estudio sobre antecedentes significativos del "Síndrome de quemarse por el trabajo"(burnout) en trabajadores de centros ocupacionales para discapacitados psíquicos. *Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 1, 67-80.

Golan, G., Tighe, P., Dobija, N., Perel, A., y Keidan, I. (2009). Clowns for the prevention of preoperative anxiety in children: a randomized controlled trial. *Pediatric anesthesia*, 19, 262-266.

Gorfinkle, K. S., Slater, J. A., Bagiella, E., Tager, F. A. y Labinsky, E. B. (1998). Child behavioural distress during invasive oncologic procedures and cardiac catheterization with the Big Apple Circus Clown Care Unit. *Pediatric Research*, 43, 12.

Grau, A., Flichtentrei, D., Suñer, R., Prats, M. y Braga, F. (2009). Influencia de factores personales, profesionales y transnacionales en el síndrome de Burnout en personal sanitario hispanoamericano y español (2007). *Revista Española de Salud Pública*, 83, 215-230.

Guerrero, E. (2001). Una investigación con docentes universitarios sobre el afrontamiento del estrés laboral y el síndrome del "quemado". *Revista Iberoamericana de Educación*, 1, 1-22

Guerrero, E. (2003). Análisis pormenorizado de los grados de burnout y afrontamiento del estrés docente en profesorado universitario. *Anales de psicología*, 19, 145-158.

Guerrero, E. y Vicente, F. (2001). *Síndrome de "burnout" o desgaste profesional y afrontamiento del estrés en el profesorado*. Extremadura: Servicio de publicaciones de la Universidad de Extremadura.

Gutiérrez, M. A., Ortigosa, J. M., Girón, O., Ruiz, R., Sánchez, J., Guirao, M. J., Zambudio, G., Astillero, M. J., Castaño, I. y Cárceles, M. D. (2008). Evaluación del

efecto de la actuación de los payasos de hospital sobre la ansiedad en los niños sometidos a una intervención quirúrgica. *Cirugía Pediátrica*, 21, 195-198.

Hanuka, P., Rotchild, M., Gluzman, A., y Uziel, Y. (2011). Medical clowns: dream doctors as an important team member in the treatment of young children with juvenile idiopathic arthritis. *Pediatric Rheumatology*, 9, 1-1.

Hernández, L., Fernández, B., Ramos, F. y Contador, I. (2006). El síndrome de burnout en funcionarios de vigilancia de un centro penitenciario. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 6, 599-611.

Ibáñez, N., Vilaregut, A., y Abio, A. (2004). Prevalencia del síndrome de burnout y el estado general de salud en un grupo de enfermeras de un hospital de Barcelona. *Enfermería clínica*, 14, 142-151.

IBM Corp. Released 2012. IBM SPSS Statistics for Mac, Version 21.0. Armonk, NY: IBM Corp.

Kjaersgaard Hansen, L., Kibaek, M., Martinussen, T., Kragh, L., y Hejl, M. (2011). Effect of a clown's presence at botulinum toxin injections in children: a randomized, prospective study. *Journal of pain research*, 4, 297-300.

Koller, D., y Gryski, C. (2008). The life threatened child and the life enhancing clown: towards a model of therapeutic clowning. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*, 5, 17-25.

Maslach, C. y Jackson, S. (1986). *Maslach Burnout Inventory Manual*. Palo Alto California: Consulting Psychology Press.

Maslach, C. y Jackson, S.E. (1986). *Maslach Burnout Inventory* (2ª ed, 1981 1ª ed). Palo Alto, California: consulting Psychologists Press.

Meisel, V., Chellew, K., Ponsell, E., Ferreira, A., Bordas, L., y García-Banda, G. (2009). El efecto de los "payasos de hospital" en el malestar psicológico y las conductas

- desadaptativas de niños y niñas sometidos a cirugía menor. *Psicothema*, 21, 604-609.
- Moreno, B. (1998). El estrés laboral asistencial y la salud: los procesos de personalidad. En XI Jornadas Internacionales sobre Psicología clínica y salud. *Empleo, estrés y salud*. Murcia: Universidad de Murcia.
- Moreno, B. y Peñacoba, C. (1996). El estrés asistencial en los servicios de salud. En M. A. Simón (ed.), *Manual de Psicología de la Salud. Fundamentos, Metodología y Aplicaciones* (pp. 739-761). Madrid: Biblioteca Nueva.
- Moriana, J. A. y Herruzo, J. (2004). Estrés y burnout en profesores. *International journal of clinical and health psychology*, 4, 597-621.
- Muñoz, M. J., López, S., Fernández, B., Medina, M. I., Pérez, I. y Torrente, M. J. (2001). Estudio sobre “burnout” en la U.C.I. Hospital Torrecárdenas de Almería. En G. Aguilera (ed.), *Enfermería y salud laboral: “Un enfoque hacia el futuro”* (pp. 189-195). Almería: Universidad de Almería Servicio de Publicaciones.
- Ortigosa, J. M., Gutiérrez, M. A., Astillero, M. J., Sánchez, I. y Riquelme, A. (2011). Los payasos de hospital: valoración de un programa para reducir la ansiedad ante la cirugía. *Cuadernos de Medicina Psicosomática*, 99, 41-49.
- Ortigosa, J. M., Méndez, F. X., y Riquelme, A. (2009). Afrontamiento psicológico de los procedimientos médicos invasivos y dolorosos aplicados para el tratamiento del cáncer infantil y adolescente: la perspectiva cognitivo-conductual. *Psicooncología*, 6, 413-428.
- Ortigosa, J. M., Riquelme, A., Álvarez, H., Sánchez, I. y Astillero, M. J. (2014). ¿Qué opinan los niños sobre los payasos de hospital? Un estudio piloto realizado en niños hospitalizados. *Acta Pediátrica Española*. 72, e304-e310.
- Palacios, M. E., Morán, I. C. y Paz, M. P. (2014). Validación del inventario de Wolfgang en médicos mexicanos. Medición del estrés laboral en hospitales. *Revista Mexicana de Salud en el Trabajo*, 6, 62-68.

- Piñeiro, M. (2013). Estrés y factores relacionados en el personal sanitario de hospitalización psiquiátrica: un estudio de prevalencia. *Enfermería Global*, 31, 125-150.
- Quevedo, M. P., Delgado, C., Fuentes, J. M., Salgado, A., Sánchez, T., Sánchez, J. F. y Yela. (1997). Relación entre “despersonalización” (burnout) trastornos psicofisiológicos, clima laboral y tácticas de afrontamiento en una muestra de docentes. *Estudios de Psicología*, 63-64,87-107.
- Rivara, G., Bucher, A., y Briceño, D. (2010). Clowns como método analgésico no farmacológico en niños hospitalizados. *Rev. peru. pediatr*, 63, 9-19.
- Romero, A., Méndez, L., Bianco, M. M. y Castro, V. (2012). *Payasos de hospital. Lo terapéutico del clown*. Buenos Aires. Lumen-Horme. (P. 18, p. 36, p. 46, p. 51, p. 61-68)
- Sánchez, A., de Lucas, N., García-Ochoa, M. J., Sánchez, C., Jiménez, J. A. y Bustinza, A. (2001). Estrés laboral en el profesional de un servicio de emergencias prehospitalario. *Emergencias*, 13, 170-175.
- Santana, L., Hernández, E., Eugenio, P., Sánchez-Palacios, M., Pérez, R., y Falcón, R. (2009). Síndrome de *burnout* entre el personal de enfermería y auxiliar de una unidad de cuidados intensivos y el de las plantas de hospitalización. *Enfermería clínica*, 19, 31-34.
- Torrado, V., Fernández-Ríos, L. y Martínez, M. C. (1996). Estrés laboral y estado de salud entre psicólogos clínicos y psiquiatras. *Clínica y Salud*, 2,163-180.
- Turnipseed, D. (1994). An analysis of the influence of work environment variables and moderators on the burnout syndrome. *Journal of Applied Social Psychology*, 9, 782-800
- Vagnoli, L., Bastiani, C., Turchi, F., Caprilli, S. y Messeri, A. (2007). Preoperative anxiety in pediatrics: Is clown’s intervention effective to alleviate children discomfort? *Algia Hospital*, 2, 114-119.

Vagnoli, L., Caprilli, S., Robiglio, A. y Messeri, A. (2005). Clown doctors as a treatment for preoperative anxiety in children: A randomized, prospective study. *Pediatrics*, 116, 563-567.

Vagnoli, L., Caprilli, S., y Messeri, A. (2010). Parental presence, clowns or sedative premedication to treat preoperative anxiety in children: what could be the most promising option? *Pediatric Anesthesia*, 20, 937-943.

Vera Poseck, B., Carbelo Baquero, B., y Vecina Jiménez, M. L. (2006). La experiencia traumática desde la psicología positiva: resiliencia y crecimiento postraumático. *Papeles del psicólogo*, 27, 40-49.

Referencias en la Web

Algaraklown. (s. f.). Recuperado el 10 de febrero de 2015, de <http://algaraklown.org/>

Clowntagiosos. (s. f.). Recuperado el 16 de enero de 2015, de <http://www.clowntagiosos.org/>

Clowntigo. (s. f.). Recuperado el 26 de enero de 2015, de <http://clowntigo.com/>

European Federation of Hospital Clown Organizations (EFHCO). Recuperado el 15 de enero de 2015, de <http://www.efhco.eu/home>

Irrikiclown. (s. f.). Recuperado el 16 de enero de 2015, de <http://irrikiclown.blogspot.com.es/>

Nassos Vermells. (s. f.). Recuperado el 18 de febrero de 2015, de <http://www.nassosvermells.blogspot.com.es/>

Pallapupas. (s. f.). Recuperado el 3 de febrero de 2015, de <http://pallapupas.org/es/>

Papallassos. (s. f.). Recuperado el 13 de enero de 2015, de <http://www.papallassos.org/>

Payasosalud. (s. f.). Recuperado el 22 de enero de 2015, de <http://www.payasosalud.org/>

PayaSOSpital. (s. f.). Recuperado el 3 de febrero de 2015, de <http://www.payasospital.org/>

Pupaclown. (s. f.). Recuperado el 31 de enero de 2015, de <http://www.pupaclown.com/>

Saniclown. (s. f.). Recuperado el 22 de enero de 2015, de <http://www.saniclown.com/blog/>

Socialclown. (s. f.). Recuperado el 12 de enero de 2015, de <http://www.socialclown.org/>

Sonrisa Médica. (s. f.). Recuperado el 6 de enero de 2015, de <http://sonrisamedica.org/>

Terapiclowns. (s. f.). Recuperado el 16 de enero de 2015, de <http://www.terapiclowns.org/>

XaropClown. (s. f.). Recuperado el 13 de enero de 2015, de <http://www.xaropclown.com/web/>

ANEXOS

Anexo I

CUESTIONARIO SOCIODEMOGRÁFICO

1. **Género:**

1. Hombre 2. Mujer

2. **Asociación a la que pertenece**

3. **Edad en años:**

4. **Nivel de formación general:**

1. Sin estudios
2. Primaria
3. Secundaria
4. Bachiller
5. Superiores

5. **Formación como actor:**

1. Sí 2. No

6. **En el caso de haber respondido SÍ a la pregunta 4 especificar:**

1. Escuela pública
2. Escuela Privada
3. Otros. Especificar: _____

7. **Formación Clown:**

1. Sí 2. No

8. **En el caso de haber respondido SÍ a la pregunta 6 especificar:**

1. Escuela pública
2. Escuela Privada
3. Otros. Especificar: _____

9. **Otra formación artística:**

1. Sí Especificar: _____
2. No

10. **Tiempo que lleva trabajando como payaso de hospital en años:**

11. **Frecuencia del trabajo en el hospital en días por semana:**

12. **Tipo de actividad como payaso de hospital:**

1. Artístico asistencial (Payaso Hospital)
2. Gestión.
3. Dirección artística.
4. Artístico asistencial y Gestión.
5. Artístico asistencial y Dirección artística.
6. Gestión y Dirección artística.
7. Artístico asistencial, Gestión y Dirección artística.

13. De entre estas técnicas ¿cuáles dominas con mayor facilidad?

- 1. Instrumento
- 2. Canto
- 3. Magia
- 4. Malabares
- 5. Marionetas
- 6. Otros

14. En la Asociación a la cual perteneces, ¿se realizan ensayos (sesiones de trabajo)?

- 1. Sí
- 2. No

15. Si ha respondido SÍ a la pregunta 22, ¿Con qué periodicidad?

- 1. Semanal
- 2. Mensual
- 3. Trimestral

16. Si ha respondido SÍ a la pregunta 22, ¿de qué duración?

- 2 horas
- 4 horas
- 6 horas
- Más. Especificar: _____

17. ¿Realizas reuniones periódicas con el equipo sanitario?

- 1. Si
- 2. No

18. Si ha respondido SÍ a la pregunta 25, dichas reuniones son con:

- 1. Médicos
- 2. Enfermeras
- 3. Auxiliares
- 4. Otros. Especificar: _____

19. ¿Realizas intercambios con otras asociaciones?

- 1. Si
- 2. No

20. Durante tu trabajo en el hospital, ¿Qué departamentos visitas?

- 1. Urgencias
- 2. UCIS
- 3. Oncología
- 4. Pediatría
- 5. Cirugía
- 6. Colaboración terapéutica (procedimientos dolorosos)
- 7. Quirófano
- 8. Amputaciones
- 9. Personal sanitario
- 10. Otros:

21. Durante tu trabajo en el hospital, ¿En que unidades o situaciones denotas mayor alteración en tu bienestar emocional?

- | | |
|--|--------------------------|
| 1. Urgencias | <input type="checkbox"/> |
| 2. UCIS | <input type="checkbox"/> |
| 3. Oncología | <input type="checkbox"/> |
| 4. Pediatría | <input type="checkbox"/> |
| 5. Cirugía | <input type="checkbox"/> |
| 6. Colaboración terapéutica (procedimientos dolorosos) | <input type="checkbox"/> |
| 7. Quirófano | <input type="checkbox"/> |
| 8. Amputaciones | <input type="checkbox"/> |
| 9. Personal sanitario | <input type="checkbox"/> |
| 10. Otros: | <input type="checkbox"/> |

22. Del 0 al 10 ¿En qué grado consideras que la relación personal con tu compañero/a de trabajo afecta a tu actuación?



23. ¿Consideras que para desarrollar el rol de Payaso de Hospital se necesita tener un carácter especial?

- | | |
|----------|--------------------------|
| 1. Sí | <input type="checkbox"/> |
| 2. No | <input type="checkbox"/> |
| 3. Ns/Nc | <input type="checkbox"/> |

24. ¿Cómo afrontas las emociones que se derivan de tu trabajo como payaso de hospital?

.....

.....

.....

.....

.....

MUCHAS GRACIAS POR TU COLABORACIÓN

Anexo II

CUESTIONARIO MBI

A continuación encontrará una serie de enunciados acerca de su trabajo y de sus sentimientos en el mismo. Le pedimos su colaboración respondiendo a ellos tal y como se siente.

No existen respuestas mejores o peores. La respuesta correcta es aquella que expresa verdaderamente su propia experiencia. Los resultados de este cuestionario son estrictamente confidenciales y en ningún caso accesible a otras personas. Su objeto es contribuir al conocimiento de las condiciones de su trabajo.

A cada una de las frases debe responder expresando la frecuencia con que tiene ese sentimiento de la siguiente forma:

**0= NUNCA, 1= POCAS VECES AL AÑO O MENOS, 2= UNA VEZ AL MES O MENOS,
3= UNAS POCAS VECES AL MES, 4= UNA VEZ A LA SEMANA, 5= POCAS VECES A LA SEMANA,
6= TODOS LOS DÍAS**

Por favor señale el número que considere más adecuado

| | ÍTEMS | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
|----|--|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Me siento emocionalmente defraudado en mi trabajo | | | | | | | |
| 2 | Cuando termino mi jornada de trabajo me siento agotado | | | | | | | |
| 3 | Cuando me levanto por la mañana y me enfrento a otra jornada de trabajo me siento agotado | | | | | | | |
| 4 | Siento que puedo entender fácilmente a las personas que tengo que atender | | | | | | | |
| 5 | Siento que, en mi trabajo, estoy tratando a algunas personas como si fuesen objetos impersonales | | | | | | | |
| 6 | Siento que trabajar todo el día con la gente me cansa | | | | | | | |
| 7 | Siento que trato con mucha efectividad los problemas de las personas a las que tengo que atender | | | | | | | |
| 8 | Siento que mi trabajo me está desgastando | | | | | | | |
| 9 | Siento que estoy influyendo positivamente en las vidas de otras personas a través de mi trabajo | | | | | | | |
| 10 | Siento que me he hecho más duro con la gente | | | | | | | |
| 11 | Me preocupa que este trabajo me está endureciendo emocionalmente | | | | | | | |
| 12 | Me siento muy enérgico en mi trabajo | | | | | | | |
| 13 | Me siento frustrado por el trabajo | | | | | | | |
| 14 | Siento que estoy demasiado tiempo en mi trabajo | | | | | | | |
| 15 | Siento que realmente no me importa lo que les ocurra a las personas a las que tengo que atender profesionalmente | | | | | | | |
| 16 | Siento que trabajar en contacto directo con la gente me cansa | | | | | | | |
| 17 | Siento que puedo crear con facilidad un clima agradable en mi trabajo | | | | | | | |
| 18 | Me siento estimulado después de haber trabajado íntimamente con las personas a las que atiendo | | | | | | | |
| 19 | Creo que consigo muchas cosas valiosas en este trabajo | | | | | | | |
| 20 | Me siento como si estuviera al límite de mis posibilidades | | | | | | | |
| 21 | Siento que en mi trabajo los problemas emocionales son tratados de forma adecuada | | | | | | | |
| 22 | Me parece que los beneficiarios de mi trabajo me culpan de algunos problemas | | | | | | | |