

## ORIGINAL

ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS DEL SÍNDROME DE BURNOUT  
EN PERSONAL SANITARIO

Juan Carlos Atance Martínez.

Dirección Provincial de Insalud de Guadalajara.

## RESUMEN

**Fundamentos:** El Síndrome Burnout se invoca como probable responsable de la desmotivación que sufren los profesionales sanitarios actualmente. Esto sugiere la posibilidad de que este síndrome esté implicado en las elevadas tasas de absentismo laboral que presentan estos profesionales. El estudio pretende aportar una serie de caracterizaciones de las variables epidemiológicas universales que permitan una aproximación al perfil de riesgo en esta profesión.

**Método:** Estudiamos una muestra de 294 profesionales de atención primaria y atención especializada obtenida aleatoriamente, a los que se les aplicó el instrumento de medida del Síndrome de Burnout (Maslach Burnout Inventory) de forma autoadministrada. Se hizo estadística descriptiva con comparación de medias para variables sociodemográficas ( $P < 0,05$ ) con Epiinfo V.60 y SPSS PC.W.

**Resultados:** Obtuvimos 87,76% de respuestas frente al 12,23% de pérdidas. Esta muestra nos permite una confianza del 95% y un error del 5%. Obtuvimos diferencias significativas en función del sexo, edad, estado civil, antigüedad en la profesión y en el centro de trabajo, número de trabajadores en el centro, lugar de trabajo, número de enfermos a cargo, horas de trabajo semanales, tiempo de interacción con los pacientes. La media de presencia del síndrome de Burnout fue  $47,16 \pm 7,93$ , siendo las mayores proporciones las consignadas para las dimensiones cansancio emocional y falta de realización.

**Conclusiones:** El perfil epidemiológico de riesgo obtenido sería: mujer de más de 44 años sin pareja estable, con más de 19 años de antigüedad en la profesión y más de 11 en el centro, profesional de atención especializada, con más de 21 pacientes diarios a su cargo, a los que dedica más del 70% de la jornada laboral y a ésta entre 36 y 40 horas semanales.

**Palabras clave:** Burnout. Sanitarios. Epidemiología. Variables sociodemográficas. Área de Salud.

## ABSTRACT

## Epidemiological Aspects of the Burnout Syndrome in Health Workers

**Background:** Burnout Syndrome is claimed to be the most probable cause of the lack of motivation suffered by professional health workers nowadays. This suggests that the syndrome may be linked to the high levels of absenteeism from work among this professional group. The study aims to provide a number of descriptions of the universal epidemiological variables that would allow us to draw up a risk profile for this profession.

**Method:** We studied a random sample of 294 professionals working in the primary specialised health sector to which we applied the Burnout Syndrome measurement instrument (Maslach Burnout Inventory) which was self-administered. Descriptive statistics were gathered with a comparison of average values for socio-demographic variables ( $P < 0,05$ ) using Epiinfo V.60 and SPSS PC.W.

**Results:** We obtained 87.76% responses compared with 12.23% losses. This sample gave us a 95% reliability level with a 5% error margin. We obtained significant differences in line with sex, age, marital status, length of service in the workplace, number of workers, place of work, number of patients under their responsibility, weekly working hours, patient interaction time. The Burnout average was  $47.16 \pm 7.93$ , with the highest proportions corresponding to emotional fatigue and lack of self-fulfilment.

**Conclusions:** The epidemiological risk profile obtained would be as follows: a female, over 44 years old, with no stable partner, with more than 19 years service in the profession and more than 11 at that particular workplace, working in a specialised department, with more than 21 patients under her responsibility, devoting more than 70% of the working day to these patients and with a working week of 36-40 hours.

**Key words:** Burnout. Health workers. Epidemiology. Socio-demographic variables. Area...

## INTRODUCCIÓN

El término *Burnout* hace referencia a un tipo de estrés laboral e institucional generado en profesionales que mantienen una rela-

ción constante y directa con otras personas, máxime cuando ésta es catalogada de ayuda (médicos, enfermeros, profesores)<sup>1</sup>, y su origen se basa en cómo estos individuos interpretan y mantienen sus propios estadios profesionales ante situaciones de crisis. El término Burnout es descrito originalmente en 1.974 por Fredeunberger<sup>2</sup> aunque es principalmente con los estudios, de Maslach y Jackson<sup>3,5</sup>, cuando realmente adquiere verdadera importancia el estudio de este síndrome.

Los elementos que se revelan como más característicos serían el **cansancio emocional**, (C.E) caracterizado por la pérdida progresiva de energía, el desgaste, el agotamiento, la fatiga etc.; la **despersonalización**(DP) manifestada por un cambio negativo de actitudes y respuestas hacia los demás con irritabilidad y pérdida de motivación hacia el trabajo; y la incompetencia personal (falta de **realización personal**) (FRP) con respuestas negativas hacia sí mismo y el trabajo<sup>6</sup>.

Entre las consecuencias del síndrome se describen siguiendo a Orlowski<sup>7</sup> alteraciones emocionales y conductuales, psicósomáticas y sociales, pérdida de la eficacia laboral y alteraciones leves de la vida familiar. Siguiendo a Flórez<sup>8</sup> además se justificaría el alto nivel de absentismo laboral entre estos profesionales, tanto por problemas de salud física como psicológica, siendo frecuente la aparición de situaciones depresivas hasta la automedicación, ingesta de psicofármacos y aumento del consumo de tóxicos, alcohol y otras drogas.

Entre los aspectos epidemiológicos del síndrome de Burnout descritos en la literatura no parece existir un acuerdo unánime entre los diferentes autores si bien existe un determinado nivel de coincidencia para algunas variables. **La edad** aunque parece no influir en la aparición del síndrome se considera que puede existir un periodo de sensibilización debido a que habría unos años en los que el profesional sería especialmen-

te vulnerable a éste, siendo éstos los primeros años de carrera profesional dado que sería el período en el que se produce la transición de las expectativas idealistas hacia la práctica cotidiana, aprendiéndose en este tiempo que tanto las recompensas personales, profesionales y económicas, no son ni las prometidas ni las esperadas. Según el **sexo** sería principalmente las mujeres el grupo más vulnerable, quizá en este caso de los sanitarios por razones diferentes como podrían ser la doble carga de trabajo que conlleva la práctica profesional y la tarea familiar así como la elección de determinadas especialidades profesionales que prolongarían el rol de mujer<sup>10-12</sup>. El **estado civil**, aunque se ha asociado el Síndrome más con las personas que no tienen pareja estable, tampoco hay un acuerdo unánime<sup>13</sup>; parece que las personas solteras tienen mayor cansancio emocional, menor realización personal y mayor despersonalización, que aquellas otras que o bien están casadas o conviven con parejas estables<sup>14</sup>. En este mismo orden la existencia o no de hijos hace que estas personas puedan ser más resistentes al síndrome, debido a la tendencia generalmente encontrada en los padres, a ser personas más maduras y estables, y la implicación con la familia y los hijos hace que tengan mayor capacidad para afrontar problemas personales y conflictos emocionales; y ser más realistas<sup>15,16</sup> con la ayuda del apoyo familiar.

**La rotación de turno** laboral y el horario laboral de estos profesionales pueden conllevar para algunos autores la presencia del síndrome aunque tampoco existe unanimidad en este criterio: siendo en enfermería donde esta influencia es mayor<sup>12</sup>.

Sobre la antigüedad profesional tampoco existe un acuerdo. Algunos autores encuentran una relación positiva con el síndrome manifestada en dos períodos, correspondientes a los dos primeros años de carrera profesional y los mayores de 10 años de experiencia, como los momentos en los que se produce un menor nivel de asociación con el síndrome<sup>9,17,18</sup>. Naisberg y Fenning<sup>19</sup> encuen-

tran una relación inversa debido a que los sujetos que más Burnout experimentan acabarían por abandonar su profesión, por lo que los profesionales con más años en su trabajo serían los que menos Burnout presentaron y por ello siguen presentes.

Es conocida la relación entre Burnout y **sobrecarga laboral** en los profesionales asistenciales, de manera que este factor produciría una disminución de la calidad de las prestaciones ofrecidas por estos trabajadores, tanto cualitativa como cuantitativamente<sup>4,20,21</sup>. Sin embargo no parece existir una clara relación entre el número de horas de contacto con los pacientes y la aparición de Burnout, si bien si es referida por otros autores<sup>21,22</sup>. También **el salario** ha sido invocado como otro factor que afectaría al desarrollo de Burnout en estos profesionales, aunque no queda claro en la literatura<sup>23,24</sup>.

El objetivo del estudio fue comprobar la adecuación de los datos proporcionados por la literatura a los profesionales sanitarios del sistema público en el área de salud de Guadalajara para las variables epidemiológicas clásicas —personas, lugar y tiempo—, así como teorizar sobre las explicaciones correspondientes que pudiesen justificar nuevos estudios, y obtener el perfil epidemiológico de riesgo para el síndrome según esas variables, aceptando en todo caso las limitaciones obvias que el diseño del estudio tiene, así como la posible influencia en los resultados de **la huelga** de médicos de especializada durante parte del tiempo de estudio.

## MATERIAL Y MÉTODO

El estudio se realizó entre marzo y agosto de 1.995 para profesionales sanitarios de atención primaria y especializada del sistema público del Área de Guadalajara, realizándose selección al azar en ambos niveles asistenciales. El cuestionario utilizado fue la versión española de *Maslach Burnout Inventory*<sup>25-26</sup> y se realizó de forma autoadmi-

nistrada; el cuestionario valora C.E, DP y FRP. Además se estudian las variables sociodemográficas, edad, sexo, estado civil, número de hijos, categoría profesional, antigüedad profesional y en el centro de trabajo, situación laboral, lugar de trabajo, número de trabajadores en el centro, turno de trabajo, número de enfermos a cargo del profesional, tiempo dedicado a los pacientes, horas de trabajo semanales en el centro y en el domicilio relacionadas con la tarea profesional.

Todos los profesionales fueron candidatos teóricos sin más criterios de exclusión que los médicos residentes (MIR) que se encontraban en la mitad de su proceso de formación (2.º ó 3.º año según la especialidad).

El análisis estadístico se realizó con los paquetes SPSS-PC, W. 5.0 y Epiinfo V.6.0, mediante análisis descriptivo y comparación de medias para un error tipo I y probabilidad Alfa de  $P < 0,05$  y hipótesis nula de igualdad, con análisis de varianza Post-Hoc LSD (Least Significance difference) y T-Student para variables dicotómicas-dicotomizadas.

El tamaño muestral fue determinado de acuerdo a la literatura<sup>27</sup> para un I.C. del 95% y un error del 5%, y estimando en ese volumen las pérdidas según la bibliografía<sup>28</sup>.

El cuestionario incluye ítems con posibles respuestas (escala tipo Likert).

La tabla 1 expone la población y muestra estudiadas. El Alpha de Cronbach aportó los valores siguientes: CE = 0.8380; DP = 0.5693; FRP = 0.6281.

## RESULTADOS

Se remitieron 335 test con una tasa de respuesta de 87,76% (294 casos) de los que uno no estaba cumplimentado (0,34%) por lo que se desechó.

En la distribución por sexos hubo 94 varones frente a 199 mujeres. Para el estado civil la muestra se distribuyó en 206 sujetos

**Tabla 1**  
**Población y muestra**

<i>Población de referencia</i>							
<i>Atención especializada</i>				<i>Atención primaria</i>			
<i>DIV</i> <i>N.º</i>	<i>MED</i> <i>%</i>	<i>DIV</i> <i>N.º</i>	<i>ENF</i> <i>%</i>	<i>DIV</i> <i>N.º</i>	<i>MED</i> <i>%</i>	<i>DIV</i> <i>N.º</i>	<i>ENF</i> <i>%</i>
277	21,37	688	53,08	186	14,3	145	11,18
		965	(74,45)		5		
					331	(25,54%)	
<b>TOTAL</b>	1.296						
<i>Población muestral</i>							
<i>A.E.</i>				<i>A.P.</i>			
<i>DIV</i> <i>N.º</i>	<i>MED</i> <i>%</i>	<i>DIV</i> <i>N.º</i>	<i>ENF</i> <i>%</i>	<i>DIV</i> <i>N.º</i>	<i>MED</i> <i>%</i>	<i>DIV</i> <i>N.º</i>	<i>ENF</i> <i>%</i>
86	61,04	162	23,54	26	14,0	19	13,10
	248	(25,69%)		45		(13,59%)	
<b>TOTAL MUESTRA</b>	294						

DIV. MED.= División Médica  
 DIV.ENF.= División enfermería  
 A.E.= Atención Especializada  
 A.P.= Atención Primaria

casados, 74 solteros y 13 separados/viudos/divorciados. El número de hijos se distribuyó en 87 sin hijos, 65 con un hijo, 100 con 2 hijos y 42 con 3 o más hijos. Los grupos de edad fueron los siguientes: De 22 a 30 años 40 sujetos; de 31 a 37 años 94 sujetos; de 38 a 43 años 99 sujetos y de 44 a 63 años 60 sujetos.

Para la situación laboral se registraron 223 profesionales con plaza en propiedad, 28 interinos, 37 contratados, 4 en comisión de servicios. En relación con el centro de trabajo se distribuyeron en 227 trabajadores de hospital, 20 de ambulatorio de especialidades, 26 de centros de salud urbanos y 19 de centros rurales de atención primaria. La antigüedad profesional se distribuyó de la siguiente manera: 89 trabajadores de 0 a 10 años de antigüedad, 121 de 11 a 19 años y 84 entre 20 a 35 años; mientras que la antigüedad en el centro de trabajo fue de 168 profesionales entre 0 y 10 años de antigüedad en el centro, 85 de 11 a 19 años y 41

entre 20 y 44 años de antigüedad en ese lugar de trabajo. Con relación al número de trabajadores en el centro de trabajo la distribución fue la siguiente: 45 sujetos realizaban su tarea en centros de 1 a 100 trabajadores, 21 sujetos lo hacían en centros de 101 a 1.000 trabajadores y 226 en centros de más de 1000 trabajadores.

El número de enfermos a cargo de cada profesional estudiado aportó los siguientes resultados en este estudio: ningún enfermo a cargo 90 profesionales, de 1 a 20 enfermos 80 trabajadores, de 21 a 100 enfermos 81 sujetos, de 101 a 999 enfermos 15 profesionales y más de 1.000 enfermos 28 trabajadores. Con relación al tiempo de interacción con los pacientes 146 profesionales informaron dedicar a sus enfermos más del 70% de su jornada, 73 dedicaban entre el 51 y el 70%, 29 entre el 21 y el 50%, y 45 dedicaban hasta el 20% de su jornada laboral.

Las horas de trabajo semanales en el centro se distribuyeron de la siguiente forma:

entre 1 y 35 horas de trabajo 47 profesionales, de 36 a 40 horas 171, más de 40 horas 74 trabajadores; mientras que las horas de trabajo en casa dedicadas a la tarea profesional fue como sigue: 121 sujetos no dedicaban ninguna hora, 53 invertían entre 1 y 10 horas a la semana, 42 entre 11 y 20 horas, 28 entre 21 y 30 horas y 50 más de 30 horas semanales.

Según los turnos de trabajo la distribución fue la siguiente: 275 trabajaban en turno de mañana, 9 de tardes, 6 de noches y 3 correturnos.

En la tabla 2 se exponen los resultados obtenidos para el síndrome de Burnout y sus 3 dimensiones con relación al global de la muestra y su fraccionamiento en atención primaria y especializada.

Se obtuvieron diferencias significativas con relación al sexo para la dimensión de cansancio emocional ( $t = -2.12$ ;  $p = 0.034$ ), siendo el grupo de mujeres quienes presentó una puntuación media más elevada. Se observó una tendencia a la significación en Burnout para esta variable ( $t = -1,68$ ;  $p = 0.094$ ), siendo también el grupo de mujeres el que obtenía medias más altas.

En relación con la edad se encontraron diferencias significativas en las variables

cansancio emocional ( $f = 4.00$ ;  $p = 0.008$ ), siendo el grupo de edad superior a 44 años, con respecto a los de los demás, en el que se obtuvo esta significación. También se dio esta situación con relación a la dimensión de falta de realización personal ( $f = 4.98$ ;  $p = 0.0022$ ), siendo el grupo de edad más avanzada los que tuvieron medias superiores respecto a los de edades inferiores a los 37 años. Para Burnout también hubo diferencias significativas ( $f = 5.14$ ;  $p = 0.0018$ ), también entre el grupo de edad de 44 a 63 años con respecto a los grupos de edades inferiores.

En cuanto al estado civil se dieron diferencias significativas en cuanto a la falta de realización personal ( $f = 3.01$ ;  $p = 0.05$ ), siendo el grupo de separados/divorciados/viudos el que obtuvo las medias superiores respecto a los demás; Sin embargo, no se obtuvo una significación estadística respecto al número de hijos, si bien la dimensión falta de realización personal para el grupo de 3 o más hijos fue el que obtuvo medias superiores ( $f = 2.31$ ;  $p = 0.07$ ).

Para la variable antigüedad profesional se obtuvieron diferencias significativas en la dimensión falta de realización personal ( $f = 3.80$ ;  $p = 0.023$ ), siendo el grupo de más de 19 años de antigüedad el que obtenía medias superiores respecto al grupo de 11 a 19

Tabla 2

Burnout por niveles asistenciales

Dimensión	Global		A.P.		A.E.	
	X	S	X	S	X	S
Cansancio emocional	14.51	4.29	12,19	3,90	14,99	4,13
Despersonalización	11.07	2.78	10,14	2,61	11,29	2,70
Falta realización personal	14,51	3,90	22,61	3,33	21,48	3,74
Burnout	47,16	7,93	44,89	8,09	47,76	7,27

A.P.= Atención Primaria

A.E.= Atención Especializada

X= Media

S= Desviación estandar

años de antigüedad, pero no con respecto a los de más breve experiencia (0-10 años). La antigüedad en el centro de trabajo proporcionó diferencias significativas en la variable cansancio emocional ( $f = 5.37$ ;  $p = 0.005$ ), para el grupo de 11 a 19 años en el centro, el cual proporcionó las medias superiores respecto a aquellos que llevaban más de 20 años o menos de 10.

Según el número de trabajadores en el centro de trabajo se hallaron diferencias significativas en cansancio emocional ( $f = 8.57$ ;  $p = 0.002$ ) y en despersonalización ( $f = 3.89$ ;  $p = 0.021$ ), siendo en ambos casos el grupo de más de mil empleados el que tenía media superior, aunque sólo fueron significativas respecto al grupo de menor número de trabajadores (de 1 a 100 empleados). También se dieron diferencias significativas en la dimensión falta de realización personal ( $f = 3.59$ ;  $p = 0.028$ ), siendo en este caso el grupo de 101 a 1.000 trabajadores el que obtuvo medias superiores respecto a los dos grupos restantes (más de 1.000 y menos de 100).

Según el lugar de trabajo se encontraron diferencias significativas con cansancio emocional ( $f = 6.43$ ;  $p = 0.000$ ), siendo la media superior en el personal de hospital respecto a los de centros de salud urbanos y rurales, así como la de personal de ambulatorio respecto a los profesionales de centros de salud rurales. También hubo significación en despersonalización ( $f = 2.82$ ;  $p = 0.03$ ), siendo el personal de centros de salud rurales el que obtenía medias inferiores aunque sólo fueron significativas respecto al hospital cuyas medias fueron las más altas y del mismo modo hubo significación para la dimensión falta de realización personal ( $f = 3.01$ ;  $p = 0.034$ ), para el personal de centros de salud urbanos y rurales que obtuvieron las medias más altas en relación al personal hospitalario. También hubo diferencias significativas en Burnout ( $f = 3.01$ ;  $p = 0.030$ ), siendo los profesionales de hospital y ambulatorio los que obtenían medias superiores respecto a los de

centros de salud rurales aunque no marcaban dicha diferencia en relación a los centros urbanos de salud.

Para el número de enfermos a cargo de cada profesional se obtuvieron diferencias significativas en cansancio emocional ( $f = 2.57$ ;  $p = 0.000$ ), siendo el grupo de más de 20 enfermos el que obtenía medias más altas respecto a los que tenían más de 100 o menos de 21 pero no en relación a los que no tenían enfermos a su cargo. También hubo significación en la dimensión falta de realización personal ( $f = 3.30$ ;  $p = 0.011$ ), siendo el grupo de los que tenían más enfermos a su cargo (más de 1.000) los que obtuvieron medias superiores respecto a los que, o bien no tenían enfermos o éstos eran menos de 20. Así mismo hubo diferencias significativas en Burnout ( $f = 3.89$ ;  $p = 0.0042$ ), siendo el grupo de 21 a 100 enfermos el que presentaba medias superiores a los que tenían menos de 20 y entre 101 y 999.

Con relación a las horas de trabajo semanales en el centro hubo significación en la dimensión cansancio emocional ( $f = 4.08$ ;  $p = 0.017$ ), siendo el grupo de profesionales que dedican entre 36 y 40 horas el que tenía entre las medias más altas respecto a los que trabajaban menos de 36 horas o más de 40 horas semanales.

Para el tiempo de interacción con los pacientes se hallaron significaciones en las dimensiones cansancio emocional ( $f = 5.25$ ;  $p = 0.001$ ), en el grupo cuya dedicación suponía el 60% de la jornada de trabajo respecto a todos los demás; también la significación se dio en la dimensión despersonalización ( $f = 2.88$ ;  $p = 0.036$ ), siendo los grupos de menos del 20% y más del 70% de interacción con el enfermo los que obtuvieron los valores medios más altos respecto a los otros grupos. También hubo significación en la dimensión falta de realización personal ( $f = 2.71$ ;  $p = 0.044$ ) siendo el grupo cuya interacción es más del 70% el que tenía medias superiores con relación a los que dedi-

caban menos del 20% a esa tarea. Con relación a Burnout también hubo diferencias significativas ( $f = 4.87$ ;  $p = 0.0025$ ), siendo el grupo de más del 70% el que obtenía los valores más altos aunque solo significativos con relación al grupo que dedicaba entre el 50% y el 70% del tiempo en contacto directo con los pacientes.

En la tabla 2 se exponen los resultados obtenidos para Burnout y sus dimensiones tanto para el global de profesionales estudiados como su proporción en atención primaria y especializada. Se obtuvieron diferencias significativas en cansancio emocional ( $t=4.43$ ;  $p=0.000$ ) y despersonalización ( $t = 2.62$ ;  $p = 0.009$ ), siendo en ambos casos el grupo de Atención Especializada el que obtenía medias superiores. También hubo significación en Burnout ( $t = 0.018$ ;  $p = 0.019$ ) siendo también el grupo de atención especializada el que presentó los valores medios más altos.

En la tabla 3 se reflejan los datos obtenidos para Burnout y sus dimensiones para profesionales médicos y de enfermería, mientras que en la tabla 4 se recogen los mismos datos distribuidos por nivel asistencial y categoría profesional. En este ámbito se obtuvieron diferencias significativas para cansancio emocional ( $t = -3.38$ ;  $p = 0.001$ ), siendo el grupo de médicos de atención especializada el que obtuvo medias más altas, y del mismo modo fue significativa la diferencia en Burnout entre médicos de atención

primaria y especializada ( $t = -2.60$ ;  $p = 0,011$ ), siendo los segundos los que obtuvieron medias superiores respecto a los de primaria. Respecto a la dimensión despersonalización, si bien no hubo significación, sí aparecía una tendencia hacia ésta ( $t = -1.95$ ;  $p = 0.054$ ), siendo también el grupo de médicos de atención especializada el que obtenía las puntuaciones medias más altas.

No fueron obtenidas diferencias significativas ni en Burnout ni en ninguna de sus dimensiones entre médicos y enfermeras en atención primaria. Sin embargo sí hubo significación en cansancio emocional ( $t = -2.41$ ;  $p = 0.017$ ), entre las enfermeras de atención primaria y especializada siendo éstas últimas las que obtuvieron las puntuaciones medias más altas; y del mismo modo ocurrió para despersonalización ( $t = 1.79$ ;  $p = 0,076$ ) siendo también el grupo de la enfermería de atención especializada quien obtuvo las puntuaciones más altas, aunque no fueron estadísticamente estas diferencias significativas.

Entre médicos y enfermeras de atención especializada hubo significación en las diferencias respecto a la dimensión falta de realización personal ( $t = -2.04$ ;  $p = 0.042$ ), siendo el grupo de médicos el que obtuvo puntuaciones más elevadas.

## DISCUSIÓN

Tanto el tamaño de la muestra como la estimación de las pérdidas así como la consistencia del instrumento utilizado es acorde a la literatura<sup>25,26</sup>, de forma que parecería ser válida para estimar algunas conclusiones siguientes.

Las diferencias encontradas por sexo, se obtuvieron en la dimensión cansancio emocional, siendo mayor en las mujeres como refiere Maslach<sup>15</sup>, si bien esta relevancia no se obtuvo respecto al Burnout a pesar de presentar puntuaciones también más altas las mujeres, lo que nos puede hacer pensar que

Tabla 3

### Burnout por categoría profesional

Dimensión	Médicos		Enfermería	
	X	S	X	S
Cansancio emocional	14.16	4.44	14.84	4.11
Despersonalización	11.07	2.46	11.28	2.94
Falta realización personal	22.22	3.14	21.32	4.09
Burnout	47.45	6.94	47.44	7.98

CX= Media

S= Desviación estandar

**Tabla 4**  
**Burnout por nivel asistencial y categoría profesional**

Dimensión	A.P.				A.E.			
	Médicos		Enfermería		Médicos		Enfermería	
	X	S	X	S	X	S	X	S
Cansancio emocional	11,64	3,69	12,72	4,28	14,89	4,38	15,10	4,02
Despersonalización	10,24	2,36	9,94	3,03	11,31	2,44	11,45	2,89
Falta realización personal	22,48	2,66	22,72	4,22	22,13	3,27	31,14	4,05
Burnout	44,36	6,95	45,36	9,77	48,34	6,70	47,70	7,72

A.P. = Atención Primaria  
 A.E. = Atención Especializada  
 X = Media  
 S = Desviación estándar

esta relación no fue específica en este estudio, coincidiendo así con algunos autores<sup>9,13</sup>.

Con relación a los grupos de edad también fue el cansancio emocional en los mayores de 44 años y la falta de realización personal los que presentaron diferencias significativas respecto a los más jóvenes coincidiendo con la bibliografía consultada<sup>9,17,18</sup>. Para las relaciones personales, es decir el estado civil, la falta de realización personal fue significativa en el grupo de separados/divorciados/viudos, coincidiendo con Golembiewsky<sup>14</sup> y Loughlin<sup>21</sup>; sin embargo y dado lo ajustado del valor nos parece que aunque pueda darse la asociación también hay autores que no responden a este acuerdo y nos parece más adecuado encuadrarlos en este grupo junto con Moreno y Peñacoba<sup>13</sup>.

En cuanto al número de hijos no hubo diferencias significativas para ninguna de las dimensiones del síndrome en contra por lo referido por algunos autores<sup>19,15</sup>, argumentando que las personas que cumplen esta condición serían más realistas, estables y maduras, y con mayores posibilidades de afrontar conflictos emocionales y reconociendo un papel de apoyo en la familia, extremos que en nuestro caso no pudimos comprobar.

Respecto a la antigüedad en la profesión fue significativa la falta de realización personal en el grupo de más antigüedad pero no respecto a los de menos de 10 años de experiencia, por lo que nuestro acuerdo con la literatura sería solo parcial, de manera que coincidiríamos con los autores que refieren menor asociación al síndrome en los dos primeros años de experiencia y de más de 10 sin que hayan llegado al abandono<sup>12,18,19</sup>. La antigüedad en el centro de trabajo proporcionó diferencias significativas para cansancio emocional en los profesionales que llevaban entre 11 y 19 años. También el número de trabajadores fue una variable que determinó significación para la dimensión cansancio emocional y falta de realización personal, siendo la primera para el hospital (lugar con más de 1.000 trabajadores) y la segunda para los profesionales de ambulatorio. Parece pues que a mayor número de personas en el centro de trabajo se producen más alteraciones, quizás como refiere Flórez<sup>8</sup> por la dificultad de sistemas de comunicación, grupos de apoyo etc. A pesar de lo anterior no se considera que sólo el número de trabajadores sea un factor sino que otros más podrían estar implicados como expectativas, desarrollo profesional etc, en la línea apuntada por Kramer<sup>29</sup> y Maslach<sup>6</sup> y Jayaratne<sup>30</sup>.

También se estudió si existían relaciones entre el número de enfermos a cargo de los



profesionales, obteniéndose diferencias significativas para las dimensiones de cansancio emocional y falta de realización personal, así como para Burnout, siendo estas significaciones tanto para Burnout como para cansancio emocional, más intensas en los que atendían entre 21 y 100 pacientes respecto a los demás mientras, que la segunda, falta de realización personal, se dio más en los que atendían a más de 1.000 enfermos. No obstante lo anterior es posible que pueda tratarse de un ítem que, o bien ha sido mal entendido o deficientemente explicitado, ya que algunas de las respuestas hacían referencia al número potencial de pacientes a atender desde un único centro de salud y/o desde un servicio clínico hospitalario; en cualquier caso, sí que consideramos que nos informa, sugiriéndonos que el número de enfermos a atender sería una variable de importancia de acuerdo a algunos autores con relación a la presión asistencial y/o sobrecarga laboral<sup>31,32</sup>. En esta misma línea, el tiempo de interacción con los pacientes también arrojó diferencias significativas en cansancio emocional para los que dedicaban un 60% de su jornada, mientras que aparecía la despersonalización en aquellos en los que esta tarea no les conllevaba más del 20%, mientras que la falta de realización personal y Burnout se dio en los profesionales que dedicaban a esta tarea más del 70%. También las horas de trabajo en el centro fue significativa solo para la dimensión cansancio emocional con relación a los que trabajaban entre 36-40 horas/semana respecto a los demás. Todo lo anterior es concordante con la literatura<sup>8,13</sup>.

En la comparación que se realizó entre médicos y personal de enfermería para el total de la muestra, los valores más altos en todos sus elementos fueron para enfermería coincidiendo con Foura y Col.<sup>32</sup> al informar en idéntico sentido, incluso de acuerdo con Flórez<sup>8</sup> que indica algunas características diferenciadoras del perfil de estos profesionales, de modo que en los médicos se daría más la despersonalización mientras que en el personal de enfermería sería más frecuen-

te el cansancio emocional y la falta de realización personal.

Según los niveles asistenciales, se obtuvieron siempre valores más altos en atención especializada respecto a primaria tanto para Burnout como para todas sus dimensiones, siendo significativas estas diferencias en todos los casos excepto para la falta de realización personal de acuerdo con los autores antes indicados<sup>8,34</sup>. Tanto en la comparación de médicos de los dos niveles asistenciales como de enfermería para ambos niveles de asistencia se obtuvieron idénticas situaciones coincidiendo también con la literatura al efecto; de forma que referido al personal de atención primaria parecería sugerirse que el personal de enfermería de atención especializada tiende a una huida de ese lugar de trabajo hacia la atención primaria en isocronas que no suelen superar los 30 minutos de la ciudad, coincidiendo, aparentemente al menos, con esa tendencia a un pseudoabandono que es referida por Flórez y otros autores<sup>8,21,33,35</sup>, del mismo modo que pueden estar influidos por aspectos de una mayor sobrecarga y responsabilidad y aspectos de retribuciones económicas.

Tras esta información podría proponerse como un teórico perfil de riesgo para estos profesionales el siguiente: Ser mujer, mayor de 44 años, separada, divorciada o viuda, con más de 19 años de antigüedad profesional y más de 11 años en el mismo centro de trabajo, que realiza su tarea en un centro de más de 1.000 trabajadores y dentro del ámbito de la atención especializada; dedica a su tarea directamente en relación con los enfermos al menos el 70% de su jornada laboral, teniendo a cargo entre 21-100 enfermos y trabajando entre 36-40 horas a la semana.

Por último, sobre algunos datos expuestos, conviene remarcar que no son concordantes con otros estudios de nuestro país<sup>26,36</sup> quizás por las distribuciones de participantes, las variables utilizadas, el tiempo y ámbito a los que se refieren los estudios, etc. Sin embargo, sí que los factores encontrados

en el estudio de Mira<sup>36</sup> las posiciones son más cercanas. En cualquier caso, parecería aconsejable redefinir otras variables así como utilizar diseños epidemiológicos y test estadísticos más potentes que permitan avanzar más, sobre todo en el campo de la intervención.

## AGRADECIMIENTOS

Expresar el agradecimiento por el trabajo administrativo de tratamiento de textos a María Nieves Esteban, auxiliar administrativo de la Unidad de Salud Laboral de la Dirección Provincial de Insalud de Guadalajara, así como a todos los profesionales del Área de Salud que tomaron parte en el estudio.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Oliver C, Pastor JC, Aragonese A, Moreno B. Una teoría y una medida de estrés laboral asistencial. Actas II Congreso Social de Psicología.; Valencia; 1990.
2. Freudenberger M. Staff Burn-out. J Soc Issues 1974; 30:159-166.
3. Maslach C. Burned out. Hum behavior 1976;59:16-22.
4. Maslach C, Jackson S. Lawyer Burnout. Barrister 1978; 5:52-54.
5. Maslach C. Burnout: A social psychological analysis. En: Jones JW. The Burnout syndrome. California: Berkely University of California; 1981.
6. Maslach C. Understanding Burnout definitional insues in analyzing a complex phenomenon. En: Paine: Job, Stress and Burnout. Beberly Hills: Sage; 1982.
7. Moreno B, Oliver C, Pastor J.C, Aragonese A. El Burnout, una forma específica de estrés laboral. En: Carballo V.E y Buela. G. (comp): Manual de psicología clínica. Madrid: Siglo XXI: 1990.
8. Flórez Lozano J.A: Síndrome de estar quemado. Barcelona: Edikete med; 1994.
9. Seltzaer J, Numerof RE. Supervisory leadership and subordinate Burnout. Academy of Management J 1988;31 (2): 429-446.
10. Cooper CL, Rout U, Faragher B. Mental health , job satisfaction and job stress among general practitioners. B M J 1.989; 289:366-370.
11. Bowman MA, Allen DI. Stress and Women Physician. New York: Springer; 1985.
12. Mc Craine EW, Lambert V.A, Lambert C.E. Work stress, hardiness and Burnout among hospital staff nurses. Nursing Research 1987; 33(6):374-378.
13. Moreno Jiménez B, Peñacoba Puente C. Manual de Psicología de la Salud. Madrid: Siglo XXI; 1996.
14. Dale J, Weinberg RS.: The relations-hip between coache's leadership style and Burnout. Sport psychologist 1989: 1-13.
15. Maslach C, Jackson S. The role of sex and family variables in Burnout. Sex roles 1985; 12 (7-8): 837-851.
16. Greenglass E.R, Burke RJ. Career orientations and career development among male and female teachers. Psychol Report 1989; 64-59: 591-598.
17. Pines AM, Kafry D. Coping with Burnout. Ponencia presentada en la convención anual de la American Psychology Association. Toronto: 1978.
18. Cardinell C. Burnout? Mid-life crisis? Let's Understand ourselves. Contemporary education 1981.
19. Naisberg JL, Fenning S. Personality characteristics and propeness to Burnout: A study among psychiatrists. Stress Med 1991;7,4: 201-205.
20. Jackson SE, Schwab RL, Schuler RS. Toward on understanding of the Burnout phenomenon. J applied Psychol 1986; 4:630-640
21. Maslach C, Jackson S.The measurement of experienced Burnout. J Occup Behavior 1981; 2:99-113.
22. Zajonc R. Feeling and thinking. Am Psychol 980; 35:151-175.
23. Cahoon A.R, Rowney J.I. Managerial Burnout: Aarison by sex and level of responsibility. J Health Human Resources Administration 1984; 7:249-263.
24. Wilson W.P. Burnout and other stress syndromes. South Med J 1986.79.11: 1327-1330.
25. Maslach C, Jackson S. Maslach Burnout Inventory Manual. California: Consulting Psychol Press; 1986.
26. Hidalgo Rodrigo I, Díaz González R.J. Estudio de la influencia de los factores laborales y sociodemográficos en el desarrollo del Síndrome de ago-

- tamiento profesional en el área de medicina especializada del Insalud de Avila. *Med Clin (Barc)* 1994; 103: 408-412.
27. Sierra Bravo. R. *Técnicas de investigación social: teoría y ejercicios*. Madrid: Paraninfo, SA., 5.ª edición. 1988.
  28. Arce Arnaez M.C. Martínez Aguayo C. Sánchez Ludeña M.C. El clima laboral en los trabajadores de Atención Primaria. *Gac Sanit* 1994; 8: 79-84
  29. Kramer M. *Reality shock: Why nurses leave nursing*. St. Louis: Mosby; 1974.
  30. Jayaratne S, Chess W.A. *Stress and Burnout in the human service professions*. New York: Pergamon; 1983
  31. Karasek R.A. Job demand, job decision latitude and mental strain. Implications for job redesign. *Administrative Science Quarterly* 1979; 24: 285-308.
  32. Charles S.C. Wilbert J.R. Franke K.J. Sued and non sued physicians self reported reactions to mal-practice litigation. *Am J Psychiatry* 1985; 142: 437-440.
  33. Foura T, Roigé M, Serra R y cols. Prevalencia del síndrome de Burnout en enfermos de hospitalización y de atención primaria. En *Jornadas de salud laboral en el hospital*; 1994; septiembre 73-76; Barcelona.
  34. Atance Martínez J.C, Massó Abad E. La salud laboral en un hospital general de area. *Todo Hosp* 131:55-63.
  35. Artazcoz L, Druz J, Moncada S y Col. Organización del trabajo, salud y satisfacción laboral entre los profesionales de enfermería. En *Actas de Jornadas sobre Salud Laboral en el hospital*; 1994; septiembre 101-108, Barcelona.
  36. Mira J.J. Vitaller J, Buil J.A, Aranaz J, Rodríguez-Marín, J. Satisfacción y estrés laboral en médicos generalistas del Sistema Público de Salud. *Aten Primaria* 1994; 14: 1135-1140.