

Desgaste profesional en el personal sanitario y su relación con los factores personales y ambientales

Armand Grau^a / Rosa Suñer^b / María M. García^c, en nombre del Grupo de Estudio del Síndrome de Desgaste Profesional en los Hospitales de Girona

^aUnidad de Calidad, Formación e Investigación. Hospital de Figueres. Figueres. Girona.

^bHospital Universitario Dr. Josep Trueta. Girona. EUE. Universidad de Girona. Girona.

^cUnidad de Bioestadística. Hospital Universitario Dr. Josep Trueta de Girona. Girona. España.

(Burnout syndrome in health workers and relationship with personal and environmental factors)

Resumen

Objetivos: Entre los profesionales sanitarios se han hallado altos índices de desgaste profesional. Nuestro objetivo fue estudiar la prevalencia del síndrome de desgaste profesional en los trabajadores sanitarios hospitalarios, y valorar su relación con los factores personales y ambientales.

Métodos: Un total de 2.290 trabajadores sanitarios de 5 hospitales de Girona fueron invitados a participar. Se les administró un cuestionario de elaboración propia, una encuesta del clima organizacional, y el Maslach Burnout Inventory, que incluye tres dimensiones: cansancio emocional, despersonalización y baja realización personal.

Resultados: Contestaron la encuesta 1.095 trabajadores (con un 47,8% de participación). Un 41,6% presentó un alto nivel de cansancio emocional, sobre todo los médicos y el personal de enfermería; un 23% tuvo un alto nivel de despersonalización, sobre todo los médicos, y un 27,9% tuvo una baja realización personal, en especial los técnicos y los médicos.

Mediante un análisis de regresión logística múltiple, se asoció un alto nivel de cansancio emocional al consumo de tranquilizantes o antidepresivos con asiduidad, mientras que el optimismo y la satisfacción profesional mostraron una asociación inversa. Los años de profesión, el optimismo, valorar como útil el trabajo y percibir que se es valorado por los demás se asociaron inversamente con un alto nivel de despersonalización. La baja realización personal se asoció inversamente con el optimismo, la valoración de la utilidad del trabajo y el equipo de trabajo.

Conclusiones: A partir de los resultados obtenidos, recomendamos mejorar el clima organizacional y potenciar el optimismo y la autoestima individual, para disminuir el desgaste profesional en los hospitales.

Palabras clave: Desgaste profesional. Satisfacción en el trabajo. Personal sanitario. Hospitales.

Abstract

Objectives: High rates of professional burnout syndrome have been found among health service professionals. Our objective was to study the prevalence of burnout syndrome in hospital health workers and to determine its relationship with personal and environmental factors.

Methods: A total of 2290 health workers from five hospitals in the province of Girona (Spain) were invited to participate. Interviewees were given a specifically designed questionnaire, a questionnaire on organizational climate, and the Spanish version of the Maslach Burnout Inventory, which includes three scales: emotional exhaustion, depersonalization, and reduced personal accomplishment.

Results: Responses were received from 1095 health workers (a response rate of 47.8%). A high level of emotional exhaustion was found in 41.6% of staff members, especially among doctors and nurses; a high level of depersonalization was found in 23%, mainly among doctors, and reduced personal accomplishment was found in 27.9%, mainly among technicians and doctors. Multiple logistic regression revealed that a high level of emotional exhaustion was associated with frequent consumption of tranquilizers or antidepressants, whereas optimism and job satisfaction showed an inverse association. The variables that were inversely associated with a high level of depersonalization were the number of years in the profession, optimism, evaluation of work as being useful and the perception of being valued by others. Reduced personal accomplishment was also inversely associated with optimism, satisfaction with the usefulness of one's work, and satisfaction with teamwork.

Conclusions: In view of the results obtained, to reduce professional burnout in hospitals, optimism and a sense of self-worth among individuals should be encouraged and the organizational environment should be improved.

Key words: Professional burnout. Job satisfaction. Health personnel. Hospitals.

Correspondencia: Armand Grau.
Unidad de Calidad, Formación e Investigación. Hospital de Figueres.
Rector Aroles, s/n. 17600 Figueres (Girona). España.
Correo electrónico: grauma@comg.es

Recibido: 4 de noviembre de 2004.

Aceptado: 8 de junio de 2005.

Introducción

El síndrome de desgaste profesional (SDP) o síndrome de *burnout* fue introducido por Freudenberguer en los años setenta¹ y desarrollado por Maslach en la década de los ochenta, con la creación de un instrumento de valoración, el Maslach Burnout Inventory^{2,3}, que mide tres dimensiones: el cansancio emocional, la despersonalización y la realización personal.

El SDP aparece ante una respuesta continuada al estrés laboral, y puede afectar a la salud física y mental, así como a las relaciones sociales de los trabajadores que lo padecen. Se ha observado en los afectados un cierto cansancio físico y emocional, tensión, ansiedad y limitación en las relaciones personales en el ámbito laboral con una disminución de la eficacia y la eficiencia, absentismo y mengua de la calidad asistencial cuando se trata de personal sanitario⁴⁻⁸. Muchos de los síntomas pertenecen a categorías psicopatológicas claras, como depresión, ansiedad, trastornos adaptativos o de personalidad⁹.

Hay múltiples factores individuales y ambientales que conducen a situaciones de mayor desgaste profesional y menor satisfacción en el trabajo^{7,10-15} y no hay acuerdo unánime con respecto a la etiología de este síndrome¹⁶⁻¹⁸. Entre los factores individuales relacionados con un menor desgaste profesional, se han estudiado diversos rasgos de la personalidad, como el optimismo, la afectividad, la autoestima o determinados factores hereditarios¹⁹⁻²². Respecto a los factores ambientales, se ha observado que los trabajadores del sector servicios, como los profesionales sanitarios y docentes, son los que presentan mayores índices de desgaste profesional, insatisfacción, trastornos afectivos y estrés¹⁶. Específicamente, entre los profesionales sanitarios se han hallado altos índices de *burnout* en médicos y diplomados de enfermería, relacionados con la insatisfacción laboral, la falta de reconocimiento social, una falta de identificación con la empresa, un menor control sobre el trabajo, la autopercepción de baja remuneración económica y el hecho de cuidar a personas que padecen una enfermedad o un proceso terminal^{10-15,23-25}.

El objetivo de esta investigación ha sido estudiar la prevalencia del SDP en el personal sanitario hospitalario y establecer su relación con los factores personales y ambientales.

Métodos

Se trata de un estudio de tipo transversal.

Población

El estudio se realizó en 5 de los 7 hospitales de la provincia de Girona: 4 hospitales de ámbito comarcal y pertenecientes a la Red de Hospitales de Utilización Pública, ubicados en Figueras, Olot, Palamós y Blanes, y el Hospital Universitario Dr. Josep Trueta del Instituto Catalán de la Salud. Se escogieron estos hospitales por criterios de oportunidad. Incluimos a todos los trabajadores sanitarios en activo en el momento del estudio (mayo y junio de 2002). Se excluyó a los trabajadores con funciones no sanitarias.

Previamente al inicio del estudio, los investigadores de cada hospital (médicos y personal de enfermería) informaron a sus compañeros de los objetivos y la metodología del estudio, solicitando su colaboración. La encuesta fue entregada personalmente o a través de compañeros de trabajo. La recogida se realizó de manera anónima mediante buzones instalados en diversas zonas de los hospitales.

Encuesta

La encuesta era anónima y constaba de un cuestionario general de elaboración propia, el Maslach Burnout Inventory (MBI), y un cuestionario sobre clima organizacional.

El cuestionario general recogió información de variables sociodemográficas, situación profesional, aspectos personales (enfermedad crónica, uso frecuente de tranquilizantes o antidepresivos) y capacidad asertiva, entre otros datos. Además, se estudió la valoración laboral de los trabajadores mediante la suma de 4 preguntas: sentirse valorado en el trabajo por los pacientes, los familiares, los compañeros y los superiores. Se utilizó una escala analógica visual de 0 a 10 para estudiar la situación económica y la satisfacción profesional en la empresa (desde 0, para nada satisfactorio, hasta 10, para muy satisfactorio) y otra escala para valorar el optimismo (desde 0, nada optimista, a 10, muy optimista).

El SDP se estudió mediante la versión española del MBI²⁶. Consta de 22 ítems, con respuestas en una escala de Likert de 7 opciones, respecto a la frecuencia en que se experimentan ciertas sensaciones relacionadas con el trabajo y con una puntuación posible de 0 a 6 para cada ítem. Este cuestionario tiene tres dimensiones: cansancio emocional (CE) con 9 ítems, que refleja la sensación de estar exhausto emocionalmente por el trabajo y con menor capacidad de entrega a los demás; despersonalización (DP) con 5 ítems, que describe una respuesta impersonal y fría hacia los pacientes, y realización personal (RP) con 8 ítems, que expresa sentimientos de competencia y éxito. En contraste con los dos componentes previos, en esta última dimensión los valores bajos son indicativos del SDP. La clasificación

en nivel bajo, medio y alto para cada dimensión del MBI se realizó utilizando los puntos de corte que dividen en tertiles una muestra española de 1.138 personas, incluida en el manual de uso del cuestionario²⁶. Los puntos de corte para CE se sitúan en los valores 15 y 24 (es bajo si la puntuación es inferior a 15 y alto si es superior a 24), para DP en 4 y 9, y para RP en 33 y 39.

El clima organizacional²⁷ se estudió mediante un cuestionario de respuestas tipo Likert, con 5 opciones relacionadas con el grado de acuerdo en las afirmaciones del cuestionario (desde «nada» hasta «totalmente»). Este cuestionario explora 5 apartados: autonomía en el trabajo (decisiones e iniciativas), de 3 a 15 puntos; equipo de trabajo (relaciones con compañeros y jefe inmediato), de 4 a 20 puntos; incentivos (de formación, promoción y económicos), de 3 a 15 puntos; organización en conjunto (dirección de la empresa, comunicación entre estamentos, relaciones en la empresa), de 3 a 15 puntos, y utilidad del trabajo (para los pacientes, empresa, sociedad), de 4 a 20 puntos.

Análisis estadístico

Cuando un sujeto no respondió a una pregunta del cuestionario, la dimensión de la encuesta que contenía esta pregunta no se tuvo en consideración en el análisis.

Para estimar las variables relacionadas con el desgaste profesional se realizaron 3 modelos de regresión logística, uno para cada componente de este síndrome. Para ello, se recodificó la variable dependiente en dos categorías según los resultados fueran bajo-medio y alto. Las variables independientes fueron: sexo, edad, realizar gestión, trabajar en festivos, tener alguna enfermedad crónica, tomar medicación psicoactiva, valoración laboral, asertividad, años de profesión, años en el centro hospitalario, horas de ocio, optimismo, economía, satisfacción profesional, todas las dimensiones del clima organizacional y categoría profesional. Todas las variables independientes fueron introducidas simultáneamente en cada uno de los modelos. Asimismo, se incluyó la variable hospital como efecto aleatorio para controlar la variabilidad entre hospitales y calcular los intervalos de confianza de las *odds ratio* (OR). Los programas estadísticos utilizados para el análisis fueron STATA v.8 y SPSS v.12.

Resultados

Participación

La población de estudio estaba formada por 2.290 trabajadores sanitarios, de los cuales 1.095 (47,8%)

contestaron a la encuesta. El porcentaje de participación en los diferentes hospitales fue del 73,3% en el hospital de Blanes, el 69,7% en el hospital de Olot, el 58,2% en el hospital de Figueres, el 38,1% en el hospital de Palamós y el 36,2% en el hospital Dr. Josep Trueta. Por estamentos, respondieron un 56,4% de las enfermeras, un 49,4% de los técnicos, un 44,1% de los médicos, un 43,8% de las auxiliares de enfermería, un 25,7% de los celadores y un 27,9% de las restantes categorías profesionales. Las características sociodemográficas de la muestra se describen en la tabla 1.

Niveles de desgaste profesional

En la dimensión CE se obtuvo una media \pm desviación estándar de $22,5 \pm 11,5$, mínimo de 1 y máximo de 54. Al establecer tres niveles de CE según los puntos de corte de la población de referencia, un 41,6%

Tabla 1. Características de la muestra estudiada

	n	Media \pm DE o porcentaje
Edad (años)	1.095	36,6 \pm 8,8
Mujeres	846	78,0
Nivel de estudios		
Primarios	193	17,8
Secundarios	130	11,9
Diplomatura	467	42,9
Licenciatura	298	27,4
Años de profesión	1.095	13,2 \pm 8,2
Años en el hospital	1.095	9,8 \pm 7,2
Estado civil		
Casado o en pareja	756	69,7
Soltero	260	24,0
Separado	58	5,3
Viudo	11	1,0
Número de hijos ^a	1.095	1 \pm 2
Hospital		
Trueta	360	32,9
Figueres	241	22,0
Olot	180	16,4
Palamós	157	14,3
Blanes	157	14,3
Categoría profesional		
Médico	266	24,5
Enfermera	474	43,6
Auxiliar	253	23,3
Otros	93	8,6
Labor		
Asistencial	928	87,9
Gestión	24	2,3
Ambas	104	9,8

DE: desviación estándar.

^aMediana (rango intercuartil).

fue clasificado como nivel alto, un 30,9% como intermedio y un 27,5% como bajo.

En la dimensión DP, la media fue de $6,2 \pm 5,2$, con un mínimo de 0 y máximo de 26. Un 23% puntuó alto en DP; el 41%, en el nivel intermedio y el 35,9%, en el nivel bajo.

En la dimensión RP la puntuación media fue de $36,3 \pm 8,6$ con un valor mínimo de 0 y máximo de 48. El 27,9% de los trabajadores presentó un nivel alto en la percepción de baja realización personal (BRP); el 29,7%, valores medios y el 42,2%, bajos.

El 7,5% de la muestra puntuó alto en las tres dimensiones del MBI, el 19,6% puntuó alto en dos de las dimensiones, en sólo una el 33%, y no puntuó alto en ninguna dimensión el 39,9% de la población.

En 3 de los 5 hospitales estudiados más de un 40% de los trabajadores presentaron un alto nivel de CE (48,5, 46,9 y 43,8%, respectivamente). Los niveles más altos detectados en un hospital para las otras dos dimensiones fueron el 33% para DP y el 34,1% para BRP.

Respecto a las categorías profesionales (tabla 2), los médicos y los profesionales de enfermería presentaron los porcentajes más altos de CE. Los médicos expresaron más despersonalización. El grupo mixto, por la contribución de los técnicos (el 45,2% de nivel alto) y los médicos, mostró mayor BRP.

Tabla 2. Valores de tendencia central y porcentajes de distribución de las tres dimensiones del Maslach Burnout Inventory de los trabajadores sanitarios según categorías profesionales

	Media \pm DE	Mediana	Valores bajos ^a (%)	Valores medios ^a (%)	Valores altos ^a (%)
Cansancio emocional					
Total	22,4 \pm 11,5	21,0	27,5	30,9	41,6
Médicos	23,6 \pm 10,9	22,0	20,8	32,7	46,5
Enfermeras	22,8 \pm 11,7	22,0	28,6	27,7	43,7
Auxiliares	20,4 \pm 11,0	18,0	32,0	34,4	33,6
Otros	22,8 \pm 12,7	21,0	29,9	29,9	40,2
Despersonalización					
Total	6,2 \pm 5,2	5,0	35,9	41,0	23,0
Médicos	7,8 \pm 5,5	7,0	22,4	45,9	31,7
Enfermeras	5,7 \pm 4,9	5,0	39,2	40,5	20,3
Auxiliares	5,4 \pm 4,7	4,0	42,3	39,4	18,3
Otros	6,3 \pm 5,6	5,0	39,8	34,1	26,1
Realización personal					
Total	36,3 \pm 8,6	38,0	42,4	29,7	27,9
Médicos	35,3 \pm 8,3	37,0	36,3	31,1	32,7
Enfermeras	36,6 \pm 8,2	38,0	42,7	32,6	24,7
Auxiliares	37,4 \pm 9,2	40,0	52,0	22,5	25,6
Otros	34,5 \pm 9,5	36,0	33,7	27,7	38,6

DE: desviación estándar.

^aSegún los puntos de corte de la población de referencia española²⁶.

Factores relacionados con la dimensiones del MBI

En las tablas 3, 4 y 5 se muestran los resultados de las variables relacionadas con el desgaste profesional, en forma de OR sin ajustar y ajustadas por el resto de las variables.

En el análisis bivariado diversas variables mostraron una asociación con el nivel alto de CE (tabla 3), incluidos todos los componentes del clima organizacional. Al ajustar por las otras covariables, se observó una relación con la satisfacción profesional y la valoración

Tabla 3. Variables asociadas a un nivel alto de cansancio emocional

	OR bruta	OR ajustada ^a
Sexo		
Mujer	1	1
Varón	1,14 (0,85-1,53)	0,90 (0,40-1,98)
Edad		
	1,01 (1,00-1,03)	1,01 (0,97-1,06)
Realiza gestión		
No	1	1
Sí	0,60 (0,40-0,90)	0,88 (0,45-1,74)
Trabaja festivos		
No	1	1
Sí	1,40 (0,99-1,96)	0,79 (0,35-1,75)
Enfermedad crónica		
No	1	1
Sí	1,51 (1,05-2,17)	1,38 (0,98-1,93)
Medicación psicoactiva		
No	1	1
Sí	1,99 (1,37-2,88)	3,32 (1,57-7,00)
Valoración laboral		
Asertividad	0,61 (0,53-0,70)	0,87 (0,68-1,12)
No	1	1
Sí	0,26 (0,14-0,47)	0,77 (0,47-1,23)
Años de profesión		
Años en el centro	1,02 (1,00-1,03)	0,98 (0,92-1,05)
Horas de ocio	0,98 (0,97-0,99)	0,99 (0,96-1,01)
Valoración del optimismo		
Valoración de la economía	0,80 (0,75-0,86)	0,85 (0,75-0,95)
Satisfacción profesional	0,71 (0,66-0,77)	0,87 (0,79-0,96)
Clima organizacional		
Autonomía en el trabajo	0,86 (0,82-0,90)	1,02 (0,96-1,09)
Equipo de trabajo	0,87 (0,84-0,90)	0,98 (0,87-1,11)
Incentivos	0,76 (0,71-0,81)	0,89 (0,76-1,04)
Organización	0,73 (0,69-0,78)	0,88 (0,75-1,03)
Utilidad en el trabajo	0,87 (0,83-0,92)	0,95 (0,90-1,00)
Categoría profesional		
Auxiliares	1	1
Enfermeras	1,53 (1,11-2,12)	1,97 (1,06-3,66)
Médicos	1,72 (1,19-2,46)	2,40 (1,53-3,77)
Otros	1,33 (0,80-2,20)	1,68 (1,03-2,76)

OR: odds ratio.

^aAjustadas por todas las variables independientes que se muestran en la columna de la izquierda.

del optimismo, de modo que los más satisfechos y los más optimistas se situaron con menor frecuencia en el nivel alto de CE. Destaca también una clara asociación entre el nivel alto de CE y el consumo de medicamentos tranquilizantes o antidepresivos con asiduidad, de los cuales se declararon consumidores un 12% de los profesionales encuestados.

Entre los trabajadores situados en el nivel alto de DP (tabla 4), predominaron los trabajadores con menos años de ejercicio de la profesión, que valoraron menos su nivel de optimismo y tenían con mayor frecuencia

la percepción de no ser adecuadamente valorados laboralmente (por sus compañeros, jefes, pacientes o familiares de los pacientes). Una menor valoración de la utilidad del trabajo fue el único componente del clima organizacional que mantuvo la asociación con un nivel alto de DP.

El personal sanitario con un nivel alto de BRP también mostró valoraciones más bajas en optimismo, consideró su trabajo menos útil y evaluó peor el equipo de trabajo que sus compañeros con un sentimiento de mayor realización personal (tabla 5).

Tabla 4. Variables asociadas a un nivel alto de despersonalización

	OR bruta	OR ajustada ^a
Sexo		
Mujer	1	1
Varón	1,66 (1,20-2,30)	1,77 (0,77-4,09)
Edad	0,97 (0,95-0,99)	1,01 (0,97-1,04)
Realiza gestión		
No	1	1
Sí	0,39 (0,21-0,71)	0,82 (0,38-1,76)
Trabaja festivos		
No	1	1
Sí	1,09 (0,73-1,63)	0,54 (0,20-1,47)
Enfermedad crónica		
No	1	1
Sí	1,26 (0,83-1,90)	1,53 (1,01-2,32)
Medicación psicoactiva		
No	1	1
Sí	1,24 (0,81-1,89)	1,98 (0,73-5,37)
Valoración laboral	0,61 (0,53-0,71)	0,71 (0,58-0,87)
Asertividad		
No	1	1
Sí	0,29 (1,7-0,47)	0,82 (0,57-1,17)
Años de profesión	0,96 (0,94-0,98)	0,90 (0,82-0,98)
Años en el centro	0,97 (0,95-0,99)	1,06 (1,00-1,11)
Horas de ocio	1,00 (0,98-1,01)	1,00 (0,98-1,02)
Valoración del optimismo	0,84 (0,77-0,91)	0,86 (0,78-0,95)
Valoración de la economía	0,88 (0,82-0,95)	0,94 (0,84-1,04)
Satisfacción profesional	0,80 (0,74-0,87)	0,95 (0,80-1,13)
Clima organizacional		
Autonomía en el trabajo	0,89 (0,85-0,94)	1,01 (0,93-1,09)
Equipo de trabajo	0,93 (0,89-0,97)	1,03 (0,99-1,07)
Incentivos	0,85 (0,78-0,91)	0,96 (0,77-1,19)
Organización	0,84 (0,78-0,90)	0,97 (0,87-1,08)
Utilidad en el trabajo	0,85 (0,80-0,90)	0,90 (0,86-0,94)
Categoría profesional		
Auxiliares	1	1
Enfermeras	1,14 (0,76-1,70)	1,55 (0,76-3,17)
Médicos	2,07 (1,36-3,15)	2,41 (1,51-3,84)
Otros	1,58 (0,89-2,82)	1,69 (0,53-5,38)

OR: *odds ratio*.

^aAjustadas por todas las variables independientes que se muestran en la columna de la izquierda.

Tabla 5. Variables asociadas a un nivel alto de baja realización personal

	OR bruta	OR ajustada ^a
Sexo		
Mujer	1	1
Varón	1,03 (0,74-1,42)	0,66 (0,35-1,24)
Edad	1,00 (0,99-1,02)	1,00 (0,95-1,05)
Realiza gestión		
No	1	1
Sí	0,79 (0,50-1,27)	1,08 (0,51-2,29)
Trabaja festivos		
No	1	1
Sí	1,31 (0,88-1,95)	1,71 (0,73-3,98)
Enfermedad crónica		
No	1	1
Sí	1,32 (0,88-1,97)	1,03 (0,35-3,02)
Medicación psicoactiva		
No	1	1
Sí	1,37 (0,92-2,05)	0,78 (0,35-1,72)
Valoración laboral	0,65 (0,56-0,76)	1,06 (0,84-1,33)
Asertividad		
No	1	1
Sí	0,33 (0,19-0,58)	0,41 (0,15-1,11)
Años de profesión	1,00 (0,98-1,02)	0,98 (0,90-1,06)
Años en el centro	1,00 (0,99-1,02)	1,02 (0,97-1,06)
Horas de ocio	0,98 (0,97-0,99)	0,99 (0,98-1,00)
Valoración del optimismo	0,75 (0,69-0,81)	0,77 (0,62-0,96)
Valoración de la economía	0,88 (0,82-0,95)	0,95 (0,88-1,04)
Satisfacción profesional	0,73 (0,67-0,79)	0,89 (0,72-1,09)
Clima organizacional		
Autonomía en el trabajo	0,86 (0,82-0,90)	1,03 (0,88-1,21)
Equipo de trabajo	0,86 (0,83-0,90)	0,93 (0,93-0,94)
Incentivos	0,85 (0,79-0,91)	1,07 (0,89-1,29)
Organización	0,82 (0,77-0,87)	0,83 (0,68-1,01)
Utilidad en el trabajo	0,77 (0,73-0,82)	0,80 (0,77-0,84)
Categoría profesional		
Auxiliares	1	1
Enfermeras	0,95 (0,66-1,38)	1,16 (0,69-1,95)
Médicos	1,41 (0,95-2,10)	1,74 (1,02-2,96)
Otros	1,83 (1,07-3,11)	1,75 (0,49-6,25)

OR: *odds ratio*.

^aAjustadas por todas las variables independientes que se muestran en la columna de la izquierda.

Discusión

En este estudio se ha evaluado el SDP en más de 1.000 trabajadores sanitarios hospitalarios de la provincia de Girona, y es el mayor estudio al respecto que conocemos en nuestro medio. No podemos establecer comparaciones fidedignas de nuestros resultados de prevalencia con otros estudios realizados en nuestro contexto, ya que en su mayoría utilizaron diferentes puntos de corte para establecer los niveles alto, medio y bajo del MBI, usando como población de referencia los valores de los médicos de Estados Unidos. En nuestro trabajo, utilizamos una población global española de referencia no sólo limitada a los médicos²⁶. Establecimos una comparación de cada dimensión calculando la media obtenida mediante la revisión de 8 trabajos realizados en nuestro país^{11,12,14,15,23,28-30}. Nuestro valor de CE (22,5) es equivalente al promedio del resto de los estudios (22,4), mientras que en RP (36,3 frente a 34,4) y en DP (6,2 frente a 8,4) hemos obtenido mejores resultados que los descritos en la bibliografía.

Respecto a la interpretación del MBI, es importante recordar que los tertiles de la población de referencia establecen los puntos de corte que dividen las dimensiones en niveles. Si nuestra muestra fuera similar a la de referencia, esperaríamos encontrar aproximadamente una prevalencia del 33% en cada nivel de cada dimensión del MBI. Por tanto, las comparaciones respecto a la población de referencia se basarán en las diferencias por exceso o por defecto del porcentaje de personas ubicadas en dichos niveles.

Algunos autores valoran como anormales los porcentajes situados en el nivel alto y medio, sobredimensionando a nuestro entender la prevalencia de este síndrome. Nosotros hemos considerado anormales las puntuaciones situadas en el nivel alto, ya que las del nivel medio son las cercanas a la media de la población de referencia, aunque el ideal sea el nivel bajo. En relación con el cansancio emocional, casi un 42% de los encuestados se sitúa en el nivel alto, un 9% más de lo esperado. Sin embargo, en la dimensiones DP y BRP el porcentaje de profesionales sanitarios con nivel alto es inferior a un tercio.

Hay acuerdo en que el SDP es un proceso dinámico, y para la mayoría de autores la secuencia sería una situación de estrés con desajuste entre las demandas y los recursos del trabajador, seguida de una fase de agotamiento, llegando finalmente a una fase de despersonalización caracterizada por una tendencia al distanciamiento con los clientes y la adopción de conductas de robotización y cinismo¹⁶. Relacionándolo con nuestros resultados, podemos afirmar que hay un porcentaje mayor de lo esperado de profesionales que se hallarían en una primera fase de desgaste profesional.

Por categorías profesionales, los más afectados en la dimensión de CE son los médicos y las enfermeras,

en la dimensión de DP son los médicos, y en la dimensión de BRP son los técnicos y los médicos los que han presentado peores resultados. En nuestro conocimiento, algunos de los estudios que han valorado de forma conjunta diversas categorías de sanitarios también han hallado mayores niveles de desgaste profesional en los médicos^{11,15,24}.

No se han hallado asociaciones entre el SDP y el sexo en la dimensión de CE ni en la dimensión de BRP. El predominio de los varones en el nivel alto de DP no se mantuvo en el ajuste multivariado. Los resultados hallados en la bibliografía son contradictorios^{11,16,18,24,31}.

La edad también se ha relacionado con este síndrome, aunque se aconseja considerar el sesgo de supervivencia, ya que los trabajadores más «quemados» son los que mayoritariamente abandonan el trabajo^{16,32}. En nuestro estudio, los trabajadores que presentaron un nivel más alto de DP eran más jóvenes, con menos años de profesión y menos años en el centro. No obstante, en el estudio multivariado la variable asociada a DP fue «años de profesión» y no la edad.

Aunque la mayoría de los estudios indican que ciertos rasgos personales se relacionan con el estrés laboral, la insatisfacción y el *burnout*^{14,21,22}, menos estudiado ha sido el optimismo como rasgo protector contra este síndrome^{19,20}. En la presente investigación el optimismo ha resultado ser la única variable asociada a un menor desgaste profesional en todas las dimensiones del MBI.

La percepción de una mayor satisfacción profesional en la empresa es un factor protector frente al CE en este estudio. La asociación del consumo asiduo de medicación tranquilizante o de antidepresivos con un nivel más alto de CE es una medida indirecta de la relación del SDP con la psicopatía. Como en todo estudio transversal, no podemos precisar si los trastornos mentales han facilitado el CE o son consecuencia de éste.

En relación con los factores externos, los estudios indican que los factores organizacionales y el escaso apoyo social producen un estrés laboral que puede conducir al desgaste profesional¹⁸. Se considera responsables de este síndrome los desajustes entre diferentes áreas, como la carga laboral, las recompensas, el grado de control del trabajador en su actividad, la presencia o ausencia de equidad y el conflicto entre los valores individuales y los de la empresa^{33,34}.

Aunque todos los componentes del clima organizacional han mostrado asociación con el nivel alto de las tres dimensiones del MBI, los análisis ajustados han limitado su significación a la valoración del equipo de trabajo en RP y a la creencia en la utilidad del trabajo en RP y DP.

Los sanitarios con mayores índices de DP perciben que su trabajo no es valorado adecuadamente por los pacientes, familiares, compañeros y superiores. La creencia de que el trabajo es útil y está bien valorado por los demás tiene un efecto protector para la DP. El trabajador sanitario, frecuentemente vocacional, necesita sen-

tirse integrado y participe en la empresa, y que su trabajo sea reconocido y valorado por la sociedad^{33,35,36}.

Las limitaciones de este estudio son fundamentalmente las derivadas de un diseño transversal, que sólo permite estudiar asociaciones entre las variables, sin posibilidad de establecer causalidad. Además, las respuestas anónimas no permiten identificar cambios con seguimientos posteriores. En el relativamente bajo porcentaje de respuestas obtenido pudo influir una distribución irregular que no garantizó la llegada del cuestionario a los sujetos que no mostraron interés por participar en el estudio y no asistieron a las reuniones de información y recogida de los cuestionarios. Si el desinterés por el SDP y el clima organizacional de la empresa fue más alto entre los trabajadores con problemática laboral (con una posible mayor prevalencia de SDP) o entre los trabajadores satisfechos (con una posible menor prevalencia de SDP), no es posible conocerlo y sólo admite especulaciones.

En nuestra opinión, y partiendo de los resultados de esta investigación, es imprescindible un plan de acción en la gestión hospitalaria para controlar la alta prevalencia de SDP en los sanitarios. Este plan debe considerar el incremento de la comunicación entre los trabajadores y los directivos, para identificar las áreas que deben mejorar, planificando y realizando los cambios organizativos necesarios conjuntamente. Estos cambios deben considerar una mayor autonomía para los trabajadores junto con el aumento de la equidad en la distribución del trabajo y los recursos, unido a una política más incentivadora. El reconocimiento empresarial y social del trabajo realizado puede disminuir la DP. Los responsables de salud laboral deben seguir identificando y tratando a los profesionales con procesos psicopatológicos. Finalmente, consideramos muy importante la formación en técnicas de autocontrol y gestión del estrés que refuercen el optimismo y la autoestima.

Grupo de Estudio del Síndrome de Desgaste Profesional en los Hospitales de Girona:

Hospital Universitario Dr. Josep Trueta de Girona: Rosa Suñer, María Mar García, Alfonso Viejo, Jordi Pujiula, Montserrat Puigdemont, Carme Bertrán, Joana Rodrigo, Maribel Vila, Joana Gonzaga, Angelina Albí, Dolors Bonet.

Hospital de Figueras: Armand Grau, Ramón Batalla, Anna Frigola, Cristina Serrabassa, Juan Carlos Sevilla.

Hospital de Palamós: Jordi García, Teresa Aliu, María Roca Toda, Jeroni Domínguez.

Hospital de Blanes: Hubert Más, Margarita Crespo.

Hospital de Olot: Lluisa Privat, Esther Puigdemont, Roser Caparros, Miquel Carreras, Silvia Soler, Arola Armengou, Rosa Sacrest, Cristina Arcos.

Bibliografía

1. Freudenberger HG. Staff Burn-out. J Soc Issues. 1974;30:159-65.

2. Maslach C. Burned out. Hum Behav. 1976;5:16-22.
 3. Maslach C, Jackson SE. Maslach Burn-out Inventory. Palo Alto: Consulting Psychologists Press; 1986.
 4. Pines A, Aronson E. Career burnout: causes and cures. New York: Free Press; 1988.
 5. Gil-Monte P, Peiró JM. Desgaste psíquico en el trabajo: el síndrome de quemarse. Madrid: Síntesis; 1997.
 6. Ferrer R. *Burnout* o síndrome de desgaste profesional. Med Clin (Barc). 2002;119:495-6.
 7. Ramírez AJ, Graham J, Richards MA, Cull A, Gregory WM. Mental health of hospital consultants: the effects and satisfaction at work. Lancet. 1996;347:724-8.
 8. Shanafelt TD, Bradley KA, Wipf JE, Back AL. Burnout and self-reported patient care in an internal medicine residency program. Ann Intern Med. 2002;136:358-67.
 9. Tizón JL. ¿Profesionales «quemados», profesionales «desengañados» o profesionales con trastornos psicopatológicos? Aten Primaria. 2004;33:326-30.
 10. Hidalgo I, Díaz RJ. Estudio de la influencia de los factores laborales y sociodemográficos en el desarrollo del síndrome de agotamiento profesional en el área de medicina especializada del Insalud de Ávila. Med Clin (Barc). 1994;103:408-12.
 11. Atance JC. Aspectos epidemiológicos del Síndrome de *burnout* en personal sanitario. Rev Esp Salud Pública. 1997;71:293-303.
 12. Olivar C, González S, Martínez MM. Factores relacionados con la satisfacción laboral y el desgaste profesional en los médicos de atención primaria de Asturias. Aten Primaria. 1999;24:352-9.
 13. Escribá V, Mas R, Cardenas M. Estresores laborales y bienestar psicológico. Impacto en la enfermería hospitalaria. Rev ROL Enferm. 2000;23:506-11.
 14. Cebrià J, Segura J, Corbella S, Sos P, Comas O, García M, et al. Rasgos de personalidad y *burnout* en médicos de familia. Aten Primaria. 2001; 27:459-68.
 15. Pera G, Serra-Prat M. Prevalencia del síndrome del quemado y estudio de los factores asociados en los trabajadores de un hospital comarcal. Gac Sanit. 2002;16:480-6.
 16. Maslach C, Schaufeli B, Leiter MP. Job burnout. Annu Rev Psychol. 2001;52:397-422.
 17. Gil-Monte PR, Peiró JM. Perspectivas teóricas y modelos interpretativos para el estudio del síndrome de quemarse en el trabajo. Anales de Psicología. 1999;15:261-8.
 18. Ramos F, Buendía J. El síndrome de *burnout*: concepto, evaluación y tratamiento. En: Buendía J, Ramos F, editores. Empleo, estrés y salud. Madrid: Pirámide; 2001. p. 33-57.
 19. Chang EC, Rand KL, Strunk DR. Optimism and risk for job burnout among working college students: stress as a mediator. Pers Individ Dif. 2000;29:255-63.
 20. Riolli L, Savicki V. Optimism and coping as moderators of the relation between work resources and burnout in information service workers. Int J Stress Manag. 2003;10:235-52.
 21. Connolly JJ, Viswesvaran C. The role of affectivity in job satisfaction: a meta-analysis. Pers Individ Dif. 2000;29:265-81.
 22. Arvey RD, Bouchard TJ, Segal NL, Abraham LM. Job satisfaction: environmental and genetic components. J Appl Psychol. 1989;74:187-92.
 23. De Pablo González R, Suberviola JF. Prevalencia del síndrome de burnout o desgaste profesional en los médicos de atención primaria. Aten Primaria. 1998;22:580-4.
 24. Caballero MA, Bermejo F, Nieto R, Caballero F. Prevalencia y factores asociados al *burnout* en un área de salud. Aten Primaria. 2001;27:313-7.
 25. Sobrequés J, Cebrià J, Segura J, Rodríguez C, García M, Junco S. La satisfacción laboral y el desgaste profesional de

- los médicos de atención primaria. *Aten Primaria*. 2003;31:-227-33.
26. Maslach C, Jackson SE. Maslach Burnout Inventory. En: Seisdedos N, editor. Manual del Inventario Burnout de Maslach. Síndrome del quemado por estrés laboral asistencial. Madrid: TEA; 1997. p. 5-28.
 27. Bardavio M, Molina JL. Encuesta de valoración del clima organizacional. OPS 1997. Universidad Autónoma de Barcelona [material no publicado].
 28. Martínez de la Casa A, Del Castillo C, Magaña E, Bru I, Franco A, Segura A. Estudio sobre la prevalencia del *burnout* en los médicos del área Sanitaria de Talavera de la Reina. *Aten Primaria*. 2003;32:343-8.
 29. Prieto L, Robles E, Salazar LM, Daniel E. *Burnout* en médicos de atención primaria de la provincia de Cáceres. *Aten Primaria*. 2002;29:294-302.
 30. Ibáñez N, Vilaregut A, Abio A. Prevalencia del síndrome de *burnout* y el estado general de salud en un grupo de enfermeras de un hospital de Barcelona. *Enferm Clin*. 2004;14:142-51.
 31. Linzer M, McMurray JE, Visser MR, Oort FJ, Smets E, De Haes HC. Sex differences in physician burnout in the United States and The Netherlands. *J Am Med Womens Assoc*. 2002; 57:191-3.
 32. Chopra SS, Sotile WM, Sotile MO. Physician burnout. *JAMA*. 2004;291:633.
 33. Gascón S, Olmedo M, Ciccotelli H. La prevención del *burnout* en las organizaciones: el chequeo preventivo de Leiter y Maslach (2000). *Rev Psicopatol Psicol Clin*. 2003;8:55-66.
 34. Escribá V, Bernabé Y. Exigencias laborales psicológicas percibidas por médicos especialistas hospitalarios. *Gac Sanit*. 2002;16:487-96.
 35. Gérvas J, Hernández-Monsalve LM. La autoestima de los médicos y la reforma sanitaria. *Med Clin (Barc)*. 1994;103:421-2.
 36. Moreira JM, Álvarez MC. Clima organizacional y estrés en una unidad de alto riesgo. *Emergencias*. 2002;14:6-12.
 37. Parkes KR. Intervenciones para la gestión del estrés en las organizaciones. En: Empleo, estrés y salud. Madrid: Pirámide; 2001. p. 109-29.

Comentario: el síndrome de desgaste profesional como problema de salud pública

(Comentary: the professional burnout syndrome as a public health problem)

Jordi Cebrià-Andreu

EAP Granollers Sud. Institut Català de la Salut. FPCE Blanquerna. Universitat Ramon Llull. Barcelona. España.

Un preocupante porcentaje de médicos asistenciales españoles, tanto hospitalarios como de atención primaria, padecen un excesivo sufrimiento profesional. Se hallan insatisfechos, desmotivados, desilusionados y frustrados. Las causas son numerosas y de índole diversa. Las primeras consecuencias observables son una progresiva erosión física, como cansancio acumulado, falta de recuperación de la energía corporal y alteraciones del sueño. Estas manifestaciones están directamente relacionadas con la sobrecarga de trabajo y la presión de tiempo, es decir, con un alto grado de malestar crónico. Este *surmenage* también acaba desencadenando apreciaciones cada vez más frecuentes de estar dando más de lo que se recibe, de incumplimiento de las expectativas y, en suma, de estar siendo estafados. A ese lamentable estado personal se le denomina cansancio emocional y es la primera escala que mide el Maslach Burnout Inventory (MBI), el instrumento más utilizado para medir el problema del desgaste profesional. Y aunque estas percepciones relacionadas con el malestar crónico todavía no son un *burnout* establecido, sí que son su puerta de entrada. El cansancio emocional está presente en mayor o menor medida en uno de cada dos profesionales en casi todas las series recientes. Si bien es cierto que hay una variabilidad personal, es decir, hay personas más vulnerables que otras por sus características per-

sonales, esta dimensión está muy relacionada con factores externos como los laborales, organizacionales y, sobre todo, sociales. Con certeza es un fenómeno básicamente social, quizá expresión de tiempos de crisis y desorientación en nuestra civilización, que está tensando fuertemente los sectores laborales más críticos, como es el asistencial, pero también el educativo o el policial, por poner dos ejemplos claros.

El cansancio emocional crónico pone a prueba la capacidad de adaptación de cada individuo expuesto. Y aquí viene la cuestión crucial. La mala gestión de ese cansancio emocional genera en muchas ocasiones distorsiones en la manera de percibir amenazas y agravios. La consecuencia es la elaboración de estrategias disfuncionales de protección, como el distanciamiento emocional en detrimento de la relación médico-paciente, el cinismo o la total falta de implicación laboral que, una vez instalados, definirían la segunda escala del MBI, la despersonalización. Es posible que este conjunto de síntomas alrededor de las actitudes de despersonalización marque el inicio de un viaje sin retorno a través del continuo que es el síndrome de desgaste profesional y adquiere su máxima profundidad, por agotamiento de los últimos recursos, cuando llega a la claudicación de la persona afectada. Cuando un médico atiende a un paciente quejoso del trato recibido por otro que prácticamente no le ha mirado a la cara ni lo ha atendido con un mínimo de dignidad, se apodera de éste una inevitable sensación de tristeza ante la «muerte profesional» de un compañero. Cuando se habla de una progresiva deshumanización de la medicina, es posible que estemos detectando fenómenos de despersonalización. Esta cuestión, por tanto, no es nada baladí: está afectando a la esperanza de vida profesional de muchos médicos españoles de todos los niveles asistenciales.

Se puede afirmar que el síndrome de desgaste profesional se está convirtiendo en un problema de salud pública. Si los cuidadores se sienten mal cuidados o están exhaustos, es lógico pensar que, al final, quien pierde es la sociedad en su conjunto. En consecuencia, se debería considerar el bienestar de los médicos, y en general todas las profesiones de ayuda, una prioridad social. Simplemente por una cuestión de inteligencia.

Correspondencia: Jordi Cebrià-Andreu.

EAP Granollers Sud ICS. FPCE Blanquerna. Universitat Ramon Llull. Avda, Francesc Macià, 154. 08400 Granollers. Barcelona. España.

Correo electrónico: jordicebria@blanquerna.url.es