

Efecto del ambiente psicosocial y de la satisfacción laboral en el síndrome de *burnout* en médicos especialistas

Vicenta Escribà-Agüir^{a,b} / Lucía Artazcoz^{a,c} / Santiago Pérez-Hoyos^{a,b,d}

^aCIBER Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP); ^bEscola Valenciana d'Estudis de la Salut (EVES), Conselleria de Sanitat, Generalitat Valenciana, Valencia, España; ^cAgència de Salut Pública, Barcelona, España; ^dDepartament de Infermeria Comunitaria, Medicina Preventiva, Salut Pública i Història de la Ciència, Universitat d'Alacant, Alicante, España.

(Effect of psychosocial work environment and job satisfaction on burnout syndrome among specialist physicians)

Resumen

Objetivos: Describir la prevalencia de síndrome de *burnout* según el tipo de especialidad médica, así como valorar el impacto de los factores de riesgo psicosocial, la satisfacción laboral y las características profesionales sobre el síndrome de desgaste profesional en el personal médico especialista en todo el Estado español.

Métodos: Estudio transversal realizado sobre una muestra de 1.021 médicos especialistas. Las variables respuesta son las 3 dimensiones del síndrome de *burnout*: cansancio emocional, despersonalización y logros personales. Las variables explicativas son los factores de riesgo psicosocial y las fuentes de satisfacción laboral, valorados por una escala específica diseñada para médicos. Se han calculado las *odds ratio* ajustadas y sus intervalos de confianza del 95% por regresión logística.

Resultados: La probabilidad de presentar un elevado cansancio emocional y despersonalización es mayor en los profesionales expuestos a un alto nivel de contacto con el sufrimiento y la muerte, y conlleva un impacto negativo del trabajo en la vida familiar. La probabilidad de presentar un elevado cansancio emocional es mayor en los que tienen una alta sobrecarga de trabajo. El riesgo de obtener bajos logros personales es mayor en las personas que presentan una baja satisfacción con respecto a las recompensas profesionales y en las que no realizan actividades de docencia. La insatisfacción con la calidad de las relaciones con los pacientes y sus familiares influye negativamente en las 3 dimensiones del *burnout*.

Conclusiones: El ambiente psicosocial y la satisfacción laboral influyen negativamente en el síndrome de *burnout*, y afectan a las dimensiones de cansancio emocional y despersonalización.

Palabras clave: Estrés psicológico. *Burnout* profesional. Médicos.

Abstract

Objectives: To describe the prevalence of burnout syndrome according to medical specialty and to examine the impact of work psychosocial risk factors, job satisfaction and professional characteristics on burnout syndrome among specialist physicians throughout Spain.

Methods: A cross-sectional survey was carried out among 1,021 Spanish physicians. The outcome variables were the 3 dimensions of burnout syndrome: emotional exhaustion, depersonalization, and personal accomplishment. The explanatory variables were work psychosocial risk factors and job satisfaction evaluated by a stress scale specifically designed for physicians. Adjusted odds ratios and their 95% confidence intervals were calculated by logistic regression.

Results: The probability of high emotional exhaustion and depersonalization were greater in physicians exposed to a high level of contact with suffering and death and to a negative impact of work on home life. The probability of high emotional exhaustion was greater among physicians with a high work overload. The risk of low personal accomplishment was higher among physicians with low professional satisfaction and those without training activities. Dissatisfaction with relationships with patients and relatives had a negative effect on the 3 dimensions of burnout.

Conclusions: Psychosocial work environment and job satisfaction have a negative effect on burnout syndrome, especially on emotional exhaustion and depersonalization.

Key words: Psychological stress. Burnout professional. Doctors.

Correspondencia: Vicenta Escribà-Agüir.
Escola Valenciana d'Estudis de la Salut.
Juan de Garay, 21. 46017 Valencia. España.
Correo electrónico: escriba_vic@gva.es

Recibido: 24 de enero de 2007.

Aceptado: 20 de septiembre de 2007.

Introducción

Los médicos tienen una salud física mejor, pero una peor salud mental que la población general. Asimismo, la prevalencia de tentativa de suicidio, sobre todo en las médicas, es mayor que

la que presenta la población general¹. Ello puede explicarse, en gran medida, por el tipo de trabajo realizado, que implica estar expuesto a un importante número de factores de riesgo de tipo psicosocial, como el contacto con el sufrimiento y la muerte, la falta de recursos materiales, las largas jornadas de trabajo, los horarios irregulares, la falta de recompensas profesionales, etc.^{2,3}. La identificación de los factores de riesgo psicosocial a los que pueden estar expuestos los médicos permitirá adoptar medidas preventivas, que pueden ser útiles para mejorar la salud y la calidad de vida de este colectivo profesional.

El *burnout*, o síndrome de desgaste profesional, es un constructo utilizado para describir un estado psicológico que aparece tras un período prolongado de exposición a factores de riesgo psicosocial. Aunque inicialmente fue conceptualizado como un síndrome que se origina como consecuencia de trabajar en contacto con gente que sufre, posteriormente se ha detectado en todo tipo de profesiones, pero sobre todo en los profesionales que mantienen un contacto continuado con personas (pacientes, clientes, alumnos, etc.). Se caracteriza por presentar 3 dimensiones: a) cansancio emocional o pérdida de recursos emocionales para enfrentarse al trabajo; b) despersonalización o desarrollo de actitudes negativas y de cinismo hacia los pacientes, y c) bajos logros personales o tendencia a evaluar negativamente el propio trabajo con apreciaciones de baja autoestima profesional^{3,4}. Su prevalencia en médicos generales y especialistas se sitúa entre el 30 y el 69%^{5,6}.

Los factores de riesgo del *burnout* en el personal sanitario están ligados, en mayor medida, con el ambiente psicosocial del trabajo (sobrecarga de trabajo, presión de tiempo, insatisfacción laboral, falta de recompensas profesionales, contacto con el sufrimiento y la muerte, relaciones difíciles con los pacientes y sus familiares, insuficientes recursos materiales, falta de autonomía, etc.) que con los factores personales (carácter, estrategias de afrontamiento, etc.)^{3,4,7-14}. Diferentes estudios han puesto de manifiesto el impacto negativo de estos factores de riesgo psicosocial sobre el síndrome de desgaste profesional en los médicos especialistas^{9-10,15-17}. En el Estado español se han realizado diversos estudios sobre el *burnout* en personal médico, pero normalmente se han aplicado a una especialidad concreta o desarrollado en un ámbito geográfico reducido¹⁸⁻²¹.

El objetivo de este trabajo fue describir la prevalencia de síndrome de *burnout* según el tipo de especialidad médica, así como valorar el impacto de los factores de riesgo psicosocial, la satisfacción laboral y las características profesionales sobre el síndrome de desgaste profesional en el personal médico especialista en el ámbito del Estado español.

Métodos

Diseño

Estudio transversal de ámbito nacional, basado en un muestreo aleatorio y estratificado por especialidades, con una asignación de 300 especialistas en cada uno de los 5 estratos considerados (medicina intensiva, medicina interna, traumatología, oncología y radiología). Este tamaño muestral garantiza en cada estrato una precisión del 5%, para una prevalencia del 30%, con un intervalo de confianza del 95%. Así, la muestra inicial fue de 1.500 médicos. Las 5 especialidades fueron elegidas de forma que incluyeran 3 especialidades médicas con diversa gradación de exposición a factores de riesgo psicosocial, una quirúrgica y otra que tiene menos contacto con los pacientes y sus familiares (radiología). La muestra fue seleccionada a partir del listado de las sociedades científicas de estas especialidades.

Recogida de información

La recogida de la información se realizó por medio de un cuestionario autocumplimentado, enviado por correo postal durante un período de 8 meses (desde enero hasta agosto de 2002). Para favorecer la respuesta de las personas que no contestaron al primer envío postal se les envió una carta recordatoria transcurridos 15 días, y a las que seguían sin contestar se les volvió a enviar cartas recordatorias junto con el cuestionario, hasta un máximo de 4 envíos más. El porcentaje de respuesta fue del 68,1%, por lo que la muestra final fue de 1.021 médicos. El porcentaje de no respuesta (31,9%) no se puede considerar en su totalidad como negativas a contestar, dado que en su mayoría fueron devoluciones o pérdidas por errores en la dirección postal. En algunas variables o dimensiones no se aprecia el efectivo total debido a la existencia de valores perdidos.

Variable respuesta

Se han utilizado las 3 dimensiones del inventario sobre el síndrome de *burnout* de Maslach (MBI) validado en España^{22,23}: cansancio emocional, despersonalización y logros personales. Consta de un total de 22 ítems: 9 para la dimensión de cansancio emocional, 8 para logros personales y 5 para despersonalización. La persona encuestada expresa el grado de intensidad de cada uno de los ítems en una escala ordinal con 7 puntos, graduada desde nunca a diariamente. La puntuación total de cada dimensión ha sido categorizada en nivel bajo, medio y alto según los puntos de

corte fijados en la escala original americana para médicos²². Los puntos de corte para el nivel bajo, medio y alto de cansancio emocional son < 19, 19-26 y > 26, respectivamente, para la despersonalización < 6, 6-9 y > 9, y para los logros personales < 34, 34-39 y > 39. La situación más desfavorable incluye valores altos en las dimensiones de cansancio emocional (> 26) y despersonalización (> 9), y valores bajos en la de logros personales (< 34).

Variables explicativas

Para valorar los factores de riesgo psicosocial y las fuentes de satisfacción laboral, se ha utilizado una escala específica para médicos especialistas, diseñada por Ramírez et al⁸ (Consultant' Stress and Satisfaction Questionnaire). Consta de 2 subescalas: factores de riesgo psicosocial y fuentes de satisfacción laboral. Cada uno de los ítems respuesta ha sido valorado en una escala ordinal con 4 puntos, graduada desde nada a mucho. Ha sido adaptada a nuestro contexto cultural por el equipo de investigación, siguiendo la metodología de traducción y retrotraducción. Para determinar si cada subescala mostraba una estructura factorial similar a la escala original inglesa, se realizó un análisis factorial exploratorio, utilizando como método de extracción el análisis de componentes principales. Los factores con autovalores superiores a 1 fueron rotados utilizando una rotación varimax. Para la subescala que mide los factores de riesgo psicosocial (26 ítems) se obtuvieron 5 factores (dimensiones): 1) contacto con el sufrimiento y la muerte; 2) dificultades en la gestión clínica; 3) responsabilidades de gestión clínica; 4) sobrecarga de trabajo, y 5) impacto negativo del trabajo en la vida familiar. Esta subescala muestra una estructura similar a la subescala original, salvo que ésta tiene sólo 4 factores, dado que el factor 4 y 5 constituyen un único factor. La subescala que valora la satisfacción laboral (15 ítems) muestra la misma estructura que la original inglesa y está integrada por 4 dimensiones: 1) estímulo intelectual; 2) recompensa profesional; 3) ausencia de dificultades en la gestión clínica, y 4) buenas relaciones con pacientes y familiares. Cada dimensión fue categorizada en nivel bajo, medio o alto de factores de riesgo psicosocial o de satisfacción laboral, respectivamente, a partir de los puntos de corte obtenidos mediante un análisis de cluster unidimensional. Los ítems que integran cada subescala y los puntos de corte se muestran en el anexo 1.

En el análisis multivariado no se ha incluido la dimensión perteneciente a los estresores laborales (dificultades en la gestión clínica), dado que mide un concepto similar a la dimensión de satisfacción laboral (ausencia de dificultades en la gestión clínica). Asi-

Anexo 1. Escalas adaptadas del cuestionario específico sobre estrés y satisfacción laboral para médicos especialistas diseñado por Ramírez et al⁸ (Consultant' Stress and Satisfaction Questionnaire)

Escala de factores de riesgo psicosocial

- Factor 1. Contacto con el sufrimiento y la muerte
Problemas emocionales de los pacientes
Transmitir malas noticias
Implicarse en el sufrimiento físico
Tratar con familiares angustiados, irritados o violentos
Sentirse incapaz de aliviar los síntomas
(Puntos de corte: bajo < 1,2; alto > 2,10)
- Factor 2. Dificultades en la gestión clínica
No tiene suficiente influencia en la gestión de su servicio u hospital
Dificultades en sus relaciones con la dirección
Tener recursos materiales no adecuados
La experiencia y las habilidades adquiridas no se ponen en práctica
Sentirse mal pagado
Tener una plantilla no adecuada
Amenaza de ser demandado por mala práctica
(Puntos de corte: bajo < 1,71; alto > 2,88)
- Factor 3. Responsabilidades en la gestión clínica
Responsable del bienestar de otros miembros de la plantilla
Responsable de la calidad del trabajo de otros miembros de la plantilla
Dificultades en las relaciones con sus compañeros más jóvenes
Tener conflicto de responsabilidades (p. ej., asistencia frente a gestión)
Asumir más responsabilidades de gestión
Dificultades en las relaciones con el personal administrativo
Incertidumbre respecto a la financiación futura
(Puntos de corte: bajo < 1,01; alto > 2,03)
- Factor 4. Sobrecarga de trabajo
Tener sobrecarga de trabajo
Presionado por cumplir con los plazos previstos
Dificultades de tiempo para simultanear actividades
Tener una plantilla no adecuada
(Puntos de corte: bajo < 1,28; alto > 2,18)
- Factor 5. Impacto negativo del trabajo en la vida familiar
Alteración de la vida familiar por estar mucho tiempo trabajando
Alteración de la vida familiar por estar de guardia o localizado
Alteración de la vida familiar por llevarse trabajo a casa
(Puntos de corte: bajo < 0,80; alto > 2,00)
-

Escala de satisfacción laboral

- Factor 1. Estímulo intelectual
Estímulo intelectual con la investigación desarrollada
Estímulo intelectual con la actividad docente
Implicarse en actividades que contribuyen al desarrollo de su profesión
Oportunidades para el aprendizaje
Tener un alto nivel de autonomía
(Puntos de corte: bajo < 1,33; alto > 2,55)
- Factor 2. Recompensa profesional
Reconocimiento por parte de los compañeros de hacer un buen trabajo
Ser capaz de aportar un cambio positivo en su servicio/hospital
Alto nivel de responsabilidad
Tener buenas relaciones con otros miembros de la plantilla
Tener un trabajo variado
(Puntos de corte: bajo < 1,20; alto > 3,08)
- Factor 3. Ausencia de dificultades en la gestión clínica
Recursos materiales adecuados
Plantilla adecuada
Su experiencia clínica se aprovecha completamente
(Puntos de corte: bajo < 1,08; alto > 2,20)
- Factor 4. Buenas relaciones con los pacientes y sus familiares
Sentir que se maneja bien con los familiares
Tener buenas relaciones con los pacientes
(Puntos de corte: bajo < 1,10; alto > 2,20)
-

Tabla 1. Distribución de la muestra según factores de riesgo psicosocial, satisfacción laboral, y características profesionales y personales

	n	Porcentaje		n	Porcentaje
Factores de riesgo psicosocial			Características profesionales		
Contacto con el sufrimiento y la muerte			Años de trabajo		
Bajo	243	24,7	< 10	329	32,9
Medio	468	47,5	10-20	365	36,5
Alto	274	27,8	> 20	307	30,7
Dificultades en la gestión clínica			Especialidad		
Bajo	264	26,8	Medicina intensiva	230	22,5
Medio	429	43,6	Medicina interna	203	19,9
Alto	292	29,6	Traumatología	155	15,2
Responsabilidades de gestión clínica			Oncología		
Bajo	385	39,4	Radiología	215	21,1
Medio	418	42,7	Categoría profesional	218	21,4
Alto	175	17,9	Adjunto	614	60,9
Sobrecarga de trabajo			Jefe clínico/servicio		
Bajo	222	22,6	Residente	300	29,7
Medio	461	46,9	Horas de trabajo semanal		
Alto	299	30,4	≤ 40	344	34,9
Impacto negativo del trabajo en la vida familiar			> 40		
Bajo	297	29,8	Actividad docente		
Medio	438	43,9	Sí	488	48,3
Alto	262	26,3	No	522	51,7
Satisfacción laboral			Actividad investigadora		
Estímulo intelectual			Sí		
Alto	264	26,6	No	430	42,5
Medio	483	48,7	Actividad de gestión		
Bajo	244	24,6	Sí	344	34,0
Recompensa profesional			No		
Alto	274	28,0	Características personales. Sexo		
Medio	508	52,0	Varón	687	69,1
Bajo	204	21,0	Mujer	307	30,9
Sin dificultades en la gestión			Acontecimientos vitales desfavorables		
Alto	238	24,0	No	732	71,7
Medio	458	46,2	Sí	289	28,3
Bajo	296	29,8	Calidad de las relaciones de pareja		
Buenas relaciones (pacientes, familiares)			Sin pareja		
Alto	356	35,8	Muy buenas	175	17,5
Medio	519	52,2	No muy buenas	432	43,3
Bajo	120	12,1	Horas semanales de tareas domésticas		
			Ninguna	100	10,1
			1-2	264	26,7
			3-5	392	39,7
			> 5	231	23,4

mismo, se han incluido en el análisis las siguientes variables profesionales: especialidad (medicina intensiva, medicina interna, traumatología, oncología y radiología), antigüedad profesional (< 10, 10-20 y > 20 años), categoría profesional (adjunto, jefe de servicio o clínico, residente), realización de actividades de docencia, realización de actividades de investigación y sexo. No se ha ajustado por la edad, al estar altamente correlacionada con la antigüedad profesional.

Variables de ajuste

Algunos estudios previos han mostrado una relación entre determinadas características personales, profesionales y asociadas con el rol de género (calidad de las relaciones de pareja, horas dedicadas a las tareas domésticas, horas trabajadas, presencia de acontecimientos vitales desfavorables) y el bienestar psicológico²⁴⁻²⁶, por lo que éstas se han incluido como variables de ajuste.

Análisis estadístico

Tras realizar un análisis descriptivo de la muestra estudiada, se han elaborado 3 modelos de regresión logística para estimar el grado de asociación de los factores de riesgo psicosocial, satisfacción laboral y variables profesionales, con las 3 dimensiones del síndrome de *burnout*. Se han introducido estas variables simultáneamente y ajustado además por sexo, acontecimientos vitales desfavorables, calidad de las relaciones de pareja y horas semanales de tareas domésticas.

Resultados

En la tabla 1 se presentan las características de la muestra estudiada, relativas a los factores de riesgo psicosocial, satisfacción laboral, características profesionales y personales. Casi un 30% de la muestra está expuesta a un alto nivel de contacto con el sufrimiento y la muerte, percibe dificultades de gestión y sobrecarga de trabajo. Con respecto a la satisfacción la-

boral, alrededor de un 20% recibe un bajo nivel de estímulo intelectual en su trabajo y bajas recompensas profesionales, y sólo un 12% percibe una baja satisfacción con respecto a las relaciones con los pacientes y sus familiares. Con respecto a las características profesionales, cabe destacar que un 30,7% tiene una antigüedad profesional de más de 20 años, un 65% de la muestra trabaja más de 40 h a la semana y casi la mitad realiza actividades de docencia o investigación. La muestra incluye un 31% de mujeres, y alrededor de un 30% presenta acontecimientos vitales desfavorables.

La prevalencia de alto cansancio emocional es superior en las especialidades de oncología (22,4%) y traumatología (20,5%), así como el valor medio de la puntuación para esta dimensión. Con respecto a la prevalencia de bajos logros personales, ésta es superior en los especialistas de radiología (54,8%) y, por tanto, el valor medio de esta dimensión es inferior. En cambio, no se aprecian diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la distribución de la despersonalización según la especialidad médica (tabla 2).

En la tabla 3 se presentan los resultados de la regresión logística que valora el efecto del ambiente psicosocial del trabajo, la satisfacción laboral y las carac-

Tabla 2. Valores de tendencia central y distribución de las 3 dimensiones del síndrome de *burnout*

	Media	Desviación estándar	Mediana	Bajo ^a (%)	Medio ^a (%)	Alto ^a (%)
Cansancio emocional						
Total	17,89	8,45	17,00	57,7	25,8	16,5
Medicina intensiva	17,13	8,15	16,00	61,5	24,3	14,2
Medicina interna	17,39	8,33	17,00	60,9	24,4	14,7
Traumatología	18,51	8,96	17,00	51,7	27,8	20,5
Oncología	19,47	8,70	18,50	50,0	27,6	22,4
Radiología	17,15	8,08	16,00	62,9	25,4	11,7
Valor de p ^b						0,005
Despersonalización						
Total	10,61	7,07	10,00	27,1	22,8	50,2
Medicina intensiva	10,10	6,68	9,00	26,6	24,8	48,6
Medicina interna	10,15	6,82	9,00	27,7	23,6	48,7
Traumatología	12,73	8,44	12,00	25,2	17,0	57,8
Oncología	11,20	7,17	10,00	23,8	22,4	53,8
Radiología	9,52	6,17	9,00	31,6	24,4	44,0
Valor de p ^b						0,301
Logros personales						
Total	34,04	8,56	36,00	41,1	29,7	29,3
Medicina intensiva	33,88	8,39	36,00	40,5	30,0	29,5
Medicina interna	35,03	8,27	36,00	36,9	28,7	34,4
Traumatología	33,95	8,40	35,50	41,9	33,8	24,3
Oncología	35,63	8,10	37,00	31,7	33,2	35,1
Radiología	31,70	9,12	32,00	54,8	23,6	21,6
Valor de p ^b						< 0,001

^aSegún los puntos de corte de la versión original americana para médicos²².

^bPrueba de la χ^2 (comparación de proporciones: nivel bajo, medio y alto de *burnout*, según las especialidades médicas).

Tabla 3. Asociación entre factores de riesgo psicosocial del trabajo, satisfacción laboral, factores profesionales y el síndrome de *burnout*

	Elevado cansancio emocional		Alta despersonalización		Bajos logros personales	
	OR ^a (IC del 95%)	p	OR ^a (IC del 95%)	p	OR ^a (IC del 95%)	p
Factores de riesgo psicosocial						
Contacto con el sufrimiento y la muerte						
Bajo	1		1		1	
Medio	1,55 (0,89-2,70)	0,122	1,73 (1,13-2,66)	0,012	1,02 (0,66-1,58)	0,917
Alto	2,05 (1,11-3,78)	0,022	1,92 (1,18-3,13)	0,009	1,05 (0,64-1,73)	0,852
Responsabilidades en la gestión clínica						
Bajo	1		1		1	
Medio	0,72 (0,46-1,12)	0,147	1,30 (0,90-1,88)	0,16	0,96 (0,66-1,40)	0,844
Alto	1,33 (0,74-2,41)	0,34	0,88 (0,53-1,48)	0,632	1,38 (0,81-2,35)	0,231
Sobrecarga de trabajo						
Bajo	1		1		1	
Medio	2,12 (1,16-3,88)	0,014	0,83 (0,54-1,26)	0,376	0,88 (0,57-1,36)	0,573
Alto	6,78 (3,57-12,91)	< 0,001	1,25 (0,77-2,04)	0,371	1,05 (0,63-1,75)	0,845
Impacto negativo del trabajo en la vida familiar						
Bajo	1		1		1	
Medio	1,93 (1,16-3,23)	0,012	1,27 (0,86-1,87)	0,228	1,13 (0,75-1,69)	0,565
Alto	4,48 (2,49-8,06)	< 0,001	1,68 (1,05-2,69)	0,029	1,19 (0,73-1,94)	0,479
Satisfacción laboral						
Estímulo intelectual						
Alto	1		1		1	
Medio	1,06 (0,63-1,76)	0,837	0,98 (0,64-1,48)	0,911	1,11 (0,72-1,71)	0,625
Bajo	2,11 (1,12-3,97)	0,02	1,19 (0,71-2,02)	0,51	1,28 (0,75-2,19)	0,368
Recompensa profesional						
Alto	1		1		1	
Medio	1,49 (0,93-2,39)	0,094	1,12 (0,77-1,63)	0,543	1,67 (1,12-2,48)	0,012
Bajo	2,02 (1,13-3,60)	0,018	1,11 (0,68-1,81)	0,686	2,89 (1,74-4,82)	< 0,001
No presenta dificultades en la gestión clínica						
Alto	1		1		1	
Medio	0,88 (0,53-1,48)	0,641	0,86 (0,57-1,30)	0,464	0,80 (0,52-1,23)	0,316
Bajo	1,47 (0,84-2,58)	0,179	1,34 (0,84-2,14)	0,219	0,88 (0,55-1,43)	0,6
Buenas relaciones (pacientes, familiares)						
Alto	1		1		1	
Medio	1,45 (0,95-2,20)	0,084	1,55 (1,10-2,19)	0,012	2,27 (1,59-3,26)	< 0,001
Bajo	2,06 (1,04-4,10)	0,038	1,73 (0,98-3,07)	0,058	4,11 (2,28-7,42)	< 0,001
Características profesionales						
Especialidad						
Medicina intensiva	1		1		1	
Medicina interna	1,67 (0,92-3,02)	0,093	1,53 (0,94-2,48)	0,085	0,86 (0,52-1,41)	0,544
Traumatología	1,62 (0,67-3,02)	0,129	2,05 (1,22-3,44)	0,007	1,03 (0,61-1,76)	0,901
Oncología	2,78 (1,53-5,04)	0,001	1,40 (0,86-2,28)	0,171	0,75 (0,46-1,25)	0,271
Radiología	1,38 (0,73-2,60)	0,324	1,18 (0,71-1,96)	0,522	1,29 (0,78-2,14)	0,325
Antigüedad profesional						
< 10 años	1		1		1	
10-20 años	1,33 (0,80-2,19)	0,269	0,59 (0,39-0,89)	0,008	0,95 (0,63-1,43)	0,795
> 20 años	3,88 (2,15-7,03)	< 0,001	0,60 (0,37-0,97)	0,037	0,89 (0,54-1,45)	0,641
Categoría profesional						
Adjunto	1		1		1	
Jefe clínico/servicio	0,62 (0,38-1,02)	0,058	1,07 (0,72-1,61)	0,722	0,88 (0,58-1,33)	0,535
Residente	2,09 (1,06-4,14)	0,034	1,17 (0,67-2,04)	0,582	1,59 (0,88-2,84)	0,117
Actividad docente						
Sí	1		1		1	
No	1,09 (0,73-1,63)	0,685	1,06 (0,76-1,49)	0,719	1,63 (1,16-2,30)	0,005
Actividad investigación						
Sí	1		1		1	
No	0,96 (0,63-1,47)	0,847	1 (0,71-1,42)	0,976	1,09 (0,76-1,55)	0,643
Sexo						
Varón	1		1		1	
Mujer	1,42 (0,91-2,21)	0,121	0,71 (0,49-1,04)	0,079	1,45 (0,99-2,12)	0,059

OR: *odds ratio*. ^a*odds ratio* ajustadas por la calidad de la vida en pareja, el número de horas dedicadas a las tareas domésticas, las horas semanales trabajadas y la presencia de acontecimientos vitales desfavorables.

IC: intervalo de confianza.

terísticas profesionales, sobre las 3 dimensiones del síndrome de *burnout*. La probabilidad de presentar un elevado cansancio emocional es mayor en los expuestos a un alto nivel de contacto con el sufrimiento y la muerte, así como en los expuestos a un nivel medio o alto de sobrecarga de trabajo y de efecto negativo del trabajo sobre la vida familiar. Los expuestos a un bajo nivel de satisfacción laboral con respecto al estímulo intelectual aportado por el trabajo, a las recompensas profesionales y a las relaciones mantenidas con los pacientes y sus familiares, tienen un mayor riesgo de presentar alto cansancio emocional. La probabilidad de sufrir un elevado cansancio emocional es mayor en los especialistas en oncología, en los que tienen una antigüedad profesional mayor de 20 años y en los médicos residentes.

El riesgo de presentar una gran despersonalización es mayor en los profesionales expuestos a un nivel medio o alto de contacto con el sufrimiento o la muerte, y a un nivel alto de impacto negativo del trabajo en la vida familiar. Asimismo, este riesgo está aumentado en los que están sometidos a un nivel medio o bajo de satisfacción con las relaciones mantenidas con los pacientes y sus familiares. La probabilidad de presentar una gran despersonalización es mayor en los especialistas en traumatología y en los que tienen una antigüedad profesional inferior a 10 años. Las mujeres presentan una menor probabilidad de despersonalización, pero sin alcanzar la significación estadística (tabla 3).

El riesgo de presentar bajos logros personales es mayor en los expuestos a un nivel medio o bajo de satisfacción con las recompensas profesionales. Asimismo, este riesgo es mayor en los profesionales expuestos a un nivel medio o bajo de satisfacción con las relaciones mantenidas con los pacientes y sus familiares y en los que no realizan actividades de docencia. La probabilidad de presentar bajos logros personales es mayor en las médicas que en los médicos, si bien la asociación se encuentra en el límite de la significación estadística. La misma tendencia se aprecia para el cansancio emocional, pero sin alcanzar la significación estadística (tabla 3).

Discusión

Los factores de riesgo psicosocial intrínsecos al trabajo de los médicos (contacto con el sufrimiento y la muerte, e impacto negativo del trabajo en la vida familiar) influyen negativamente sólo en 2 dimensiones del MBI (cansancio emocional y despersonalización), así como la sobrecarga de trabajo afecta al cansancio emocional. En cambio, los bajos logros personales no están influidos por estos factores de riesgo, sino por otros factores extrínsecos relacionados con la organización general del trabajo, que son elementos integrantes de la

satisfacción laboral (recompensas profesionales y realización de actividades docentes). La insatisfacción con respecto a las relaciones mantenidas con los pacientes y sus familiares influye en las 3 dimensiones del *burnout*. Los elementos relacionados con la gestión clínica (disponer de responsabilidades o presentar insatisfacción laboral con respecto a las actividades implicadas) no influyen en el síndrome de *burnout*.

Comparar las cifras de prevalencia del síndrome de *burnout* con las de otros autores resulta difícil, debido a la diversidad de instrumentos utilizados en su medición y a los puntos de corte elegidos o a las especialidades médicas incluidas en las muestras estudiadas. Si comparamos nuestros resultados con 2 estudios^{8,27} que utilizan el mismo instrumento, punto de corte y similares especialidades, se aprecia que la prevalencia de alto cansancio emocional de nuestra muestra (entre el 11,7 y el 22,4%) es algo inferior a la de estos autores (27-35%). En cambio, es menor a la que se observa en una muestra de médicos de atención primaria de un área sanitaria de Madrid (42,6%)⁶. Asimismo, en nuestra muestra la prevalencia más alta de cansancio emocional se da en los oncólogos, tal como indican otros autores^{8,28}. La prevalencia de bajos logros personales de este estudio (41,1%) es similar a la encontrada por Ramírez et al⁸ y a la del estudio realizado en médicos de atención primaria de un área sanitaria de Madrid (38,4%)⁶. Del mismo modo que estos autores⁸, los especialistas con mayor prevalencia de bajos logros personales son los radiólogos. En cambio, la prevalencia de alta despersonalización (entre el 44 y el 57,8%) es mayor que la observada por otros autores^{8,27} (19-28%) y que la de otros estudios realizados en el Estado español en médicos de atención primaria (35,4%)⁶ y en personal sanitario de un hospital de Girona (31,7%)²⁹.

Tal y como ha mostrado la literatura científica^{8,9,30,31}, los factores de riesgo psicosocial intrínsecos al trabajo del médico (contacto con el sufrimiento y la muerte, sobrecarga de trabajo, impacto negativo del trabajo en la vida familiar) muestran una influencia negativa sólo sobre 2 dimensiones del síndrome de *burnout* (cansancio emocional y despersonalización). Ello puede explicarse porque estas 2 dimensiones son las más sensibles a los posibles efectos negativos de los factores de riesgo psicosocial específicos del trabajo médico^{4,14,32}. Al igual que indican Ramírez et al⁸, tener un alto nivel de responsabilidades de gestión no está asociado estadísticamente con ninguna dimensión del síndrome de *burnout*.

En lo referente a la subescala de satisfacción laboral, la falta de satisfacción con la calidad de las relaciones establecidas con los pacientes y sus familiares aumenta el riesgo de padecer las 3 dimensiones del síndrome de *burnout*, al igual que han puesto de manifiesto otros autores^{8,9,30,33}. La interacción continua del médico con sus pacientes es una de las fuentes más importantes de satisfacción laboral o de recompensa profesional,

pero, por otra parte, en su aspecto negativo puede ser una fuente importante para el desarrollo del síndrome de *burnout*. Por tanto, si la tendencia actual de la organización del trabajo de los médicos se mantiene, en el sentido de que cada vez se dispone de menos tiempo destinado a la relación médico-paciente, cabe esperar que la prevalencia de este síndrome aumente en el futuro³³. Tal como se indica en otras investigaciones^{8,9,30}, la falta de satisfacción con el estímulo intelectual aportado por el trabajo y con las recompensas profesionales influye negativamente en el cansancio emocional y los logros personales. Ello puede explicar que, en este estudio, los que realizan menos actividades docentes tienen un mayor riesgo de presentar bajos logros personales, dado que compaginar la práctica clínica con la docencia puede ser una fuente de recompensa profesional.

La antigüedad profesional muestra un efecto diferente sobre el cansancio emocional y la despersonalización. La probabilidad de presentar un elevado cansancio emocional es mayor en los médicos con más antigüedad profesional, y la despersonalización es menor en los médicos con más antigüedad profesional, pero no se constata una asociación estadística con los logros personales. Se han observado hallazgos en este sentido en la literatura científica^{8,29,31}.

Tal como indica Thomas³⁴, los residentes tienen un mayor riesgo de presentar síndrome de *burnout* (elevado cansancio emocional) relacionado con las altas demandas físicas y, sobre todo, emocionales, por estar en contacto continuo con el sufrimiento y la muerte, especialmente por ser responsables de la vida de sus pacientes; también influye el bajo control sobre el propio trabajo por la falta de habilidades y formación adecuadas, así como las largas jornadas de trabajo y horarios irregulares y su interacción con su vida familiar y social³⁴.

Se han realizado pocos estudios en médicos que incluyan la variable sexo como posible factor predictor del síndrome de *burnout*. En este manuscrito se observa que las mujeres tienen una mayor probabilidad de presentar bajos logros personales, si bien la asociación se encuentra en el límite de la significación estadística. McMurray et al³⁵ sí ponen de manifiesto que la probabilidad de presentar el síndrome de *burnout* (medido globalmente, sin diferenciar entre dimensiones) en las médicas es 1,6 veces superior a la de sus compañeros médicos. Los autores indican que este hecho se podría explicar por una menor capacidad de control de las médicas sobre su trabajo diario, debido a que sus pacientes suelen tener una mayor complejidad psicosocial que la de sus compañeros médicos.

Conviene tener en cuenta una serie de posibles limitaciones del estudio. Por un lado, no se logró obtener información del 32% de los individuos inicialmente seleccionados, aunque la tasa de respuesta es

comparable a la de otros estudios realizados en personal sanitario por medio de un cuestionario enviado por correo postal^{15,26,36}. Por otra parte, el diseño transversal limita la posible interpretación causal de los resultados entre el síndrome de *burnout* y el ambiente psicosocial del trabajo (factores de riesgo psicosocial y satisfacción laboral), dado que los médicos y médicas que presentan el síndrome de *burnout* pueden tener una mayor tendencia a valorar de forma más negativa el ambiente psicosocial del trabajo y la satisfacción laboral.

Los resultados de este estudio, realizado en una muestra aleatoria de médicos del Estado español, pertenecientes a 5 especialidades (medicina intensiva, medicina interna, traumatología, oncología y radiología), muestran un impacto negativo de los factores de riesgo psicosocial (contacto con el sufrimiento y la muerte, sobrecarga de trabajo, impacto negativo del trabajo sobre la vida familiar) sobre el síndrome de *burnout* (cansancio emocional y despersonalización). Los elementos relacionados con la satisfacción laboral (bajo estímulo intelectual aportado por el trabajo, falta de recompensas profesionales) también influyen en el síndrome de *burnout* (cansancio emocional y logros personales). Asimismo, la baja satisfacción con las relaciones mantenidas con los pacientes y sus familiares influye en las 3 dimensiones del síndrome de *burnout*. Dado el alto impacto de este síndrome en la salud individual de los médicos, en la productividad y en la calidad de los cuidados prestados por éstos, sería interesante instaurar medidas de prevención relacionadas con la organización del trabajo, para reducir la sobrecarga laboral, fomentar el estímulo intelectual aportado por el trabajo y las recompensas profesionales. Especial cuidado requiere la instauración adecuada de medidas preventivas en el grupo profesional más vulnerable, como son los médicos residentes. Dado que el estado actual de los conocimientos médicos y de la tecnología no deja de avanzar, es importante que los hospitales universitarios y centros sanitarios adecuen la formación de los médicos residentes de forma continuada. Por ello, los programas formativos de los médicos residentes tienen que contribuir a la mejora de su bienestar psicológico, incrementando el control sobre su propio trabajo, favoreciendo el apoyo social de sus compañeros y superiores, promoviendo la separación entre el trabajo y la vida familiar y social, etc.³⁴

Finalmente, cabe indicar que los especialistas con mayor prevalencia de *burnout* en cuanto al elevado cansancio emocional son los oncólogos y traumatólogos, y los radiólogos con respecto a los bajos logros personales. Asimismo, cabe destacar que en nuestra muestra la prevalencia de alta despersonalización es mayor que la observada en otros estudios de médicos especialistas de otros países, así como en trabajadores sanitarios de hospitales y en médicos de atención primaria del Estado español. Por este motivo, sería convenient-

te llevar a cabo estudios que combinen la metodología cualitativa y la cuantitativa, orientados a esclarecer qué elementos del ambiente psicosocial o de la satisfacción laboral pueden explicar estas diferencias en la prevalencia del síndrome de *burnout*, con vistas a poder instaurar medidas preventivas efectivas.

Agradecimientos

Estudio parcialmente financiado por el Fondo de Investigaciones Sanitarias (99/0704, 00/0686, PI050443) y la Conselleria de Sanitat de la Generalitat Valenciana (11/2000 y 2001).

Bibliografía

- Hawton K, Clements A, Sakarovich S, Simkin S, Deeks J. Suicide in doctors. A study of risk according to gender, seniority and speciality in medical practitioners in England and Wales, 1979-1995. *J Epidemiol Community Health*. 2001;55:296-300.
- Williams S, Dale J, Glucksman E, Welesley A. Senior house officers' work related stressors, psychological distress, and confidence in performing clinical tasks in accident and emergency: a questionnaire study. *BMJ*. 1997;314:713-8.
- Mingote Adan J, Moreno Jiménez B, Gálvez Herrer M. Desgaste profesional y salud de los profesionales médicos: revisión y propuesta de prevención. *Med Clin (Barc)*. 2004;123:265-70.
- Schaufeli W. Burnout. En: Firth-Cozens J, Payne R, editors. *Stress in health professionals*. 2nd ed. New York: John Wiley & Sons; 1999. p. 17-32.
- Shanafelt T, Sloan T. The well-being of physicians. *Am J Med*. 2003;114:513-9.
- Molina Siguero A, García Pérez M, Alonso González M, Cecilia Cermeño P. Prevalencia de desgaste profesional y psicopatología en médicos de atención primaria de un área sanitaria de Madrid. *Aten Primaria*. 2003;31:564-74.
- Stansfeld S, Fuhrer R, Shipley M, Marmot M. Work characteristics predict psychiatric disorder: prospective results from the Whitehall II Study. *Occup Environ Med*. 1999;56:302-7.
- Ramírez A, Graham J, Richards M, Gregory W. Mental health of hospital consultants: the effects of stress and satisfaction at work. *Lancet*. 1996;347:724-8.
- Ramírez A, Graham J, Richards M, Cull A, Gregory WM, Leaning MS, et al. Burnout and psychiatric disorder among cancer clinicians. *Br J Cancer*. 1995;71:1263-9.
- Visser M, Smets E, Oort F, De Haes H. Stress, satisfaction and burnout among Dutch medical specialists. *CMAJ*. 2003;168:271-5.
- Papadatou D, Anagnostopoulos F, Monos D. Factors contributing to the development of burnout in oncology nursing. *Br J Med Psychol*. 1994;67:187-99.
- Sibbald B, Bojke C, Gravelle H. National survey of job satisfaction and retirement intentions among general practitioners in England. *BMJ*. 2003;326:22.
- Greenglass E, Burke R, Konarski R. Components of burnout, resources, and gender-related differences. *J Appl Soc Psychol*. 1998;28:1088-106.
- Escribà-Agüir V, Martín-Baena D, Pérez-Hoyos S. Psychosocial work environment and burnout among emergency medical and nursing staff. *Int Arch Occup Environ Health*. 2006. DOI 10.1007/s00420-006-0110
- Kluger M, Townend K, Laidlaw T. Job satisfaction, stress and burnout in Australian specialist anaesthetists. *Anaesthesia*. 2003;58:339-45.
- Graham J, Ramírez A, Field S, Richards M. Job stress and satisfaction among clinical radiologists. *Clin Radiol*. 2000;55:182-5.
- Grunfeld E, Whelan T, Zitzelsberger L, Willan R, Montesanto B, Evans W. Cancer care workers in Ontario: prevalence of burnout, job stress and job satisfaction. *CMAJ*. 2000;163:166-9.
- Casado Moragón A, Muñoz Durán G, Ortega González A. *Burnout* en profesionales de los servicios paliativos, intensivos y urgencias de un gran hospital. *Med Clin (Barc)*. 2006;124:554-5.
- Esteva M, Larraz C, Jiménez F. Salud mental en médicos de atención primaria: efecto de la satisfacción y estrés en el trabajo. *Rev Clin Esp*. 2006;206:77-83.
- Matia Cubillo A, Cordero Guevara J, Mediavilla Bravo J, Pedra Riguera M. Prevalencia del *burnout* y variables relacionadas en médicos de atención primaria en Burgos. *Aten Primaria*. 2006;38:58-9.
- Jiménez Álvarez C, Morales Torres J, Martínez Martínez C. Estudio del síndrome de *burnout* en cirujanos pediátricos españoles. *Cir Pediatr*. 2002;15:73-8.
- Maslach C, Jackson S. *Maslach Burnout Inventory*. Palo Alto: Consulting Psychologist Press; 1986.
- Seisdedos N. MBI. Inventario «burnout» de Maslach. Síndrome del «quemado» por estrés laboral asistencial. Madrid: TEA ediciones, S.A.; 1997.
- Escribà Agüir V, Mas R, Romito P, Saurel-Cubizolles M. Psychological distress of new Spanish mothers. *Eur J Public Health*. 1999;9:294-9.
- Artazcoz Lazcano L, Borell C, Benach J. Gender inequalities in health among workers: the relation with family demands. *J Epidemiol Community Health*. 2001;55:639-47.
- Weinberg A, Creed F. Stress and psychiatric disorder in healthcare professionals and hospital staff. *Lancet*. 2000;355:533-7.
- Guntupalli K, Fromm R Jr. Burnout in the internist-intensivist. *Intensive Care Med*. 1996;22:625-30.
- Taylor C, Graham J, Potts H, Richards M, Ramírez A. Changes in mental health of UK hospital consultants since the mid-1990s. *Lancet*. 2005;366:742-4.
- Grau A, Suñer R, García M. El síndrome de *burnout* en personal sanitario y su relación con factores ambientales y personales. *Gac Sanit*. 2005;19:463-70.
- Lert F, Chastang J, Castano I. Psychological stress among hospital doctors caring for HIV patients in the late nineties. *AIDS Care*. 2001;13:763-78.
- Prieto Albino L, Robles Aguero E, Salazar Martínez L, Daniel Vega E. Burnout en médicos de atención primaria de Burgos. *Aten Primaria*. 2002;29:294-302.
- Escribà-Agüir V, Pérez-Hoyos S. Psychological well-being and psychosocial work environment characteristics among emergency medical and nursing staff. *Stress and Health*. 2007;23:153-60.
- Gundersen L. Physician burnout. *Ann Intern Med*. 2001;135:145-8.
- Thomas N. Resident burnout. *JAMA*. 2004;292:2880-9.
- McMurray JE, Linzer M, Konrad TR, Douglas J, Shugerman R, Nelson K. The work lives of women physicians. Results from the physician work life study. *J Gen Intern Med*. 2000;15:372-80.
- Oates R, Oates P. Stress and mental health in neonatal intensive care units. *Arch Dis Child*. 1995;72:F107-10.