

En cuanto a los resultados obtenidos, vemos que los 106 pacientes que recibieron placebo tuvieron un estrechamiento progresivo del espacio articular después de tres años de $-0,31$ mm (intervalo de confianza [IC] del 95%, $-0,48$ a $-0,13$), mientras que en el otro grupo este estrechamiento no fue significativo: $-0,06$ mm, (IC del p5% $-0,22$ a $0,09$). En cuanto a los síntomas de la artrosis, vemos que empeoraron en el grupo placebo, mientras que en el otro mejoraron, sobre todo en cuanto al dolor y a la función.

Al igual que ya se había apuntado en otros estudios, no aparece correlación entre los síntomas y los cambios en el espacio articular. Los efectos secundarios del sulfato de glucosamina fueron escasos y a nivel gastrointestinal.

Se trata de un estudio bien diseñado que ha recibido buenas críticas⁸ por parte de la comunidad científica, no obstante todavía son necesarios nuevos estudios^{5,6,7} con un buen diseño y un tiempo largo de seguimiento.

Respecto a este punto, comentar que tanto en Estados Unidos como en Inglaterra, prestigiosas sociedades científicas ya han puesto en marcha estudios de estas características^{4,6}, por tanto estaremos atentos a sus resultados.

Parece que el futuro de este fármaco es prometedor, pudiendo ser una sustancia eficaz para el tratamiento de la artrosis, con la gran ventaja de sus escasos efectos secundarios y ausencia de interacciones.

P. HENARES GARCÍA

Médico Suplente Área V Centro de Salud Fuencarral. Madrid.

BIBLIOGRAFÍA

1. Runkel DR, Cupp M. Glucosamine sulfate use in osteoarthritis. *Am J Health-Syst Pharm* 1999;56:267-9.
2. Brief A, Maurer SG, Di Cesare PE. Use of glucosamine and chondroitin sulfate in the management of osteoarthritis. *J Am Acad Orthop Surg* 2001;9:71-8.
3. Creamer P. Osteoarthritis pain and its treatment. *Curr Opin Rheumatol* 2000;12:450-5.
4. Rindone J, Hiller D, Collacot E, Nordhaugen N, Arriola G. Randomized, controlled trial of glucosamine for treating osteoarthritis of the knee. *West J Med* 2000;172:91-4.
5. Reginster JY, Deroisy R, Rovati LC, Lee RL, Lejeune E, Bruyere O, et al. Long-term effects of glucosamine sulphate on osteoarthritis progression: a randomised, placebo-controlled clinical trial. *Lancet* 2001;357:251-6.
6. Delafuente JC. Glucosamine in the treatment of osteoarthritis. *Rheum Dis Clin North Am* 2000;26(1):1-11.
7. McAlindon TE, La Valley MP, Gulin JP, Felson DT. Glucosamine and chondroitin for treatment of osteoarthritis: a systematic quality assessment and meta-analysis. *JAMA* 2000;283(11):1469-75.
8. Carter IR. Does glucosamine sulphate affect progression of symptoms and joint structure changes in osteoarthritis? *J Fam Pract* 2001;50(5):394.

Burn-out en un centro de salud urbano

Sr. Director: desde 1991 vienen apareciendo en las publicaciones médicas datos de alarma sobre la aparición del

síndrome del *burn-out* o síndrome de estar quemado en el personal sanitario¹⁻³. Según datos del último Congreso de la SEMERGEN, este fenómeno motivado por el estrés en el trabajo, por cansancio emocional y sobrepresión asistencial con poco tiempo para los pacientes, gran número de ellos y cada vez más responsabilidad para la resolución de problemas es reconocido por multitud de médicos de Atención Primaria⁴. Es más, en este congreso se reconocía que el síndrome del *burn-out* o síndrome de estar quemado era una de las principales patologías que padecen hoy en día los facultativos de este ámbito. A partir de estos datos, se quiso conocer la prevalencia del *burn-out* en un centro salud, para lo cual se efectuó un estudio descriptivo observacional en todos los profesionales que aceptaran participar, aplicándoles una encuesta validada al respecto, la del *Malash Burn-out Inventory* (MBI), por ser la más utilizada para estudiar este síndrome en el personal sanitario, de forma objetiva y comparable⁵⁻⁷. Uno de los principales problemas de aplicación del test es que el personal entrevistado podría falsearlo, de modo que se efectuó la encuesta de forma anónima, eso sí, diferenciando si se trataba de personal médico o de enfermería (tabla 1). La muestra seleccionada consistió, por tanto, en todo el personal sanitario, médicos y enfermeras, que quisieran participar en el estudio. De un total de 15 médicos (12 de ellos fijos

Tabla 1. Ítems del *Maslach Burn-out Inventory* (puntuando de 0 a 6 cada uno de ellos)

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

0: nunca; 1: pocas veces al año; 2: una vez al mes o menos; 3: unas pocas veces al mes; 4: una vez a la semana; 5: pocas veces a la semana; 6: todos los días.

en la plantilla del equipo y 3 residentes de Medicina de Familia) y 11 enfermeras se tomó una muestra total de 12 médicos y 10 enfermeras.

Finalmente se estudió a un total de 32 profesionales de la salud del equipo sanitario del centro. Solamente uno de los médicos entrevistados tenía cifras altas de cansancio emocional, la gran mayoría tenía cifras intermedias (58,33%), e incluso el resto las tenía muy bajas (un 23,34% >7 puntos). Tan sólo el 16,66% se acercaba a cifras altas del fenómeno de despersonalización. Por otra parte, en referencia a la realización personal, todos los médicos entrevistados tenían cifras muy altas con lo que respecta a la realización, lo cual daba a entender una muy alta realización personal, que es contraria al fenómeno del cansancio emocional. Respecto al personal de enfermería, sólo un 10% presentaba cifras altas de cansancio emocional, un 40% presentaba cifras intermedias y un 50% presentaba poca puntuación en este tipo de cansancio. Un 20% presentaba cifras altas cercanas a la despersonalización, un 10% cifras intermedias y el resto cifras bajas. En cuanto a la realización en el trabajo, el grupo de enfermeras (al igual que el de los médicos) presentaba un alto grado de realización personal, en concreto en éstas se alcanzaban puntuaciones altas en el 90% de ellas.

Para poder hablar de la existencia del *burn-out* las dos primeras puntuaciones del MBI, el cansancio emocional y despersonalización, deben ser altas, y por el contrario la de realización personal en el trabajo debe ser baja. Este hecho no se encontró presente en ninguno de los médicos ni enfermeras entrevistados. No obstante, sin llegar a padecer el

burn-out, un porcentaje a tener en cuenta de médicos y enfermeras empezaba a tener puntuaciones muy altas de cansancio emocional, y otro porcentaje de profesionales se acercaba a la despersonalización significativa, que en este caso sólo quedaba compensado con la sensación de alta realización personal en el trabajo, quizás por tratarse de un área básica de salud, docente y que realiza bastantes trabajos de investigación.

M. T. TORRAS BERNALDEZ, C. PARDO FONFRIA,
M. J. BERNAT LÓPEZ, J. A. BERNAD GIMENO
Y L. MASFRED PUJOL

Centro de Salud Sagrada Familia de Manresa. Barcelona.

BIBLIOGRAFÍA

1. Gil-Monte PR, Peiró JM, Valcalcer P, Grau R. La incidencia del síndrome de *Burn-out* sobre la salud: un estudio correlacional en profesionales de enfermería. *Psíquis* 1996; 17(4):190-5.
2. Fernández G. Satisfacción laboral y salud psíquica en el mundo sanitario ¿un lujo? *Rev Todos Hospital* 1995;118:29-36.
3. Gil-Monte PR, Schaufeli W. *Burnout* en enfermería: un estudio comparativo entre España y Holanda. *Psicología del trabajo y las organizaciones* 1991;19(7):121-10.
4. Flórez JA. El síndrome de estar quemado. Barcelona: Edikamed Ed; 1999.p.4-25.
5. Gil-Monte PR, Peiró JM. Desgaste psíquico en el trabajo: el síndrome de quemarse. *Síntesis Psicológica* 1997;89-95.
6. Goodnick PJ. Predictores de la respuesta al tratamiento en trastornos del estado de ánimo. *Predictores biológicos*. Barcelona: Edikamed Ed; 1997.p.187-93.
7. Clúa JL, Aguilar C. La calidad de vida profesional y el orgullo de trabajar en la Sanidad Pública. Resultados de una encuesta. *Rev Aten Primaria* 1998;22(5):165-9.