

Coordinadores de Centros de Salud y *burnout*. ¿Es patogénica la labor directiva?

J. Recio Calzada^a y A. Reig Ferrer^b

^aDoctor en Medicina y Cirugía General, especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, médico titular en el Centro de Salud San Blas. Unidad de Calidad y Formación Área 18. Alicante. ^bDoctor en Psicología. Catedrático de Psicología. Departamento de Psicología de la Salud. Universidad de Alicante.

OBJETIVO. Evaluar la prevalencia del síndrome de *burnout* entre coordinadores médicos y de enfermería de Centros de Salud (CS) de la Comunidad Valenciana.

MÉTODOS. Estudio transversal descriptivo mediante cuestionario anónimo autoadministrado: variables sociodemográficas y *Maslach Burnout Inventory* (mide cansancio emocional [CE], realización personal [RP] y despersonalización [DP]).

RESULTADOS. Se detectó alto nivel de CE en el 29,20%, baja RP en el 18,90% y alta DP en el 15,60% de los coordinadores. El CE se relacionó inversamente con la voluntariedad en el puesto de coordinador ($p = 0,004$), la situación laboral (mayor si plaza fija, $p = 0,007$) y el horario de trabajo (menor en horario de mañana, $p = 0,021$); la RP dependió directamente del tiempo de trabajo como coordinador ($p = 0,001$) y de la voluntariedad ($p = 0,045$) y la DP inversamente de la voluntariedad ($p = 0,015$). Únicamente 13 sujetos (5,35%) presentaron síndrome de *burnout* (afectación alta en las tres dimensiones) dependiendo éste del estado civil (menos “quemados” entre casados, $p = 0,028$), del grado de reconocimiento percibido (menor entre los “quemados”, $p < 0,001$) y del tiempo dedicado a la investigación (menor entre “quemados”, $p = 0,001$). El análisis de los coordinadores “quemados” frente a aquellos con baja afectación en todas las dimensiones (“entusiastas”) permite detectar como factores protectores el estar casado ($p = 0,038$), tener hijos ($p = 0,039$), la voluntariedad ($p = 0,001$), la profesión (enfermería menor *burnout* que los médicos, $p = 0,035$), el reconocimiento percibido ($p < 0,001$) y el tiempo dedicado a la investigación ($p = 0,005$).

CONCLUSIONES. La prevalencia de *burnout* entre coordinadores de CS es baja. Como factores protectores destacan la estabilidad familiar (casado con hijos), la voluntariedad en el cargo y el estar involucrado en otras actividades (especialmente investigación).

Palabras clave: *burnout*, Centro de Salud, Atención Primaria, coordinación.

Correspondencia: J. Recio Calzada.
Rue Mermoz, 23.
Toulouse 31100.
Hautte Garonne (Francia).

Recibido el 1-7-2002; aceptado para su publicación el 26-12-2002.

OBJECTIVE. To assess the prevalence of the burnout syndrome between medical coordinators and nursing staff of the Health Care Centers of the Valencian Community.

METHODS. Descriptive cross sectional study by self-administered anonymous questionnaire: sociodemographic variables and *Maslach Burnout Inventory* (it measures emotional exhaustion [EE], personal accomplishment [PA] and de-personalization [DP]).

RESULTS. A high level of ET was detected in 29.20%, low PA in 18.90% and high DP in 15.60% of the coordinators. The EE was inversely related with the voluntary nature of the coordinator post ($p = 0.004$), work situation (greater if staff post, $p = 0.007$) and work schedule (less in morning shift, $p = 0.021$); PA depended directly on the work time as coordinator ($p = 0.001$) and the voluntary nature ($p = 0.045$) and DP inversely on voluntary nature ($p = 0.015$). Only 13 subjects (5.35%) presented burnout syndrome (high involvement in the 3 dimensions), this depending on the civil status (less “burnouts” among married subjects, $p = 0.028$), the degree of recognition perceived (less among the “burnouts”, $p < 0.001$) and time dedicated to investigation (less among “burnouts”, $p = 0.001$). The analysis of the “burned out” coordinators versus those with low involvement in all the dimensions (“enthusiasts”), makes it possible to detect being married ($p = 0.038$), having children ($p = 0.039$), voluntary nature ($p = 0.001$), profession (nursing staff with less burnout than physicians, $p = 0.035$), recognition perceived ($p < 0.001$) and time dedicated to research ($p = 0.005$) as protective factors.

CONCLUSIONS. The prevalence of burnout among coordinators of the Health Care Center is low. Family stability (married with children), voluntary nature of the post and being involved in others activities (especially investigation) stand out as protective factors.

Key words: *burnout*, Health Care Center, Primary Health Care, coordination.

INTRODUCCIÓN

Los Centros de Salud (CS) constituyen el medio físico en el que trabajan los profesionales que proveen servicios de salud a la comunidad ubicada en su entorno y que forman

la zona básica de salud. Dichos CS son dirigidos o coordinados por uno de los profesionales que trabajan en él, siendo éste el encargado de la organización, representación, dirección y gestión del CS, sin por ello dejar de participar en las labores asistenciales, de docencia e investigación¹. El cargo de coordinador de CS es voluntario, pero la carga de trabajo que conlleva, la responsabilidad, el enfrentamiento ocasional a los compañeros de trabajo o a la dirección de la que depende, su escasa remuneración económica, etc., hace que los candidatos para el desempeño de dicho cargo deban ser, *a priori*, personas con vocación de servicio y un alto grado de compromiso personal y social con la labor que realizan.

El llamado síndrome de *burnout* o “estado de fatiga o frustración producido por la dedicación a una causa, forma de vida o relación que no produce el esperado reforzamiento”² ha sido estudiado ampliamente en el colectivo médico de Atención Primaria (AP) de nuestro país en los últimos años³⁻⁷. Este síndrome se da en mayor medida en aquellas profesiones de ayuda basadas en el trato interpersonal como son maestros, personal sanitario, policía, etc., y parece ser el resultado de un proceso de maladaptación a una situación de estrés crónico, como es el trabajo en sí mismo, por lo que ha sido denominado síndrome de estrés laboral asistencial. Se ha comprobado que el síndrome de *burnout* afecta especialmente a aquellos profesionales con altas expectativas, idealistas, ilusionados y con un alto grado de compromiso con la labor que realizan⁸.

Las consideraciones previas nos llevan a plantear la hipótesis de que dadas las características psicológicas que deben reunir los coordinadores de CS y las características de su trabajo en relación con pacientes, compañeros y dirección, es posible que la prevalencia del síndrome de *burnout* en este colectivo sea mayor que la descrita para el colectivo médico en su conjunto en estudios previos.

El objetivo del presente trabajo es evaluar la prevalencia y distribución del síndrome de *burnout* entre los coordinadores de CS de la Comunidad Valenciana y su posible asociación con variables sociodemográficas y sanitarias sobre las que se pudiera incidir para desarrollar estrategias de intervención que permitieran una mayor calidad de vida de estos profesionales y, consecuentemente, una mejoría en la calidad de la asistencia sanitaria ofertada a la población. Por los mismos motivos se incluyen en el estudio los coordinadores de enfermería, aunque dicho cargo no figure recogido en el organigrama del Centro de Salud, pues, de hecho, su situación es similar a la de los coordinadores de CS. Dado que en el presente estudio la totalidad de los coordinadores de CS eran médicos, a partir de ahora nos referiremos a este colectivo como “coordinadores médicos” en contraposición a los “coordinadores de enfermería”.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realiza un estudio transversal descriptivo sobre la totalidad de coordinadores médicos y de enfermería de los

217 CS de la Comunidad Valenciana, distribuidos en 20 áreas de salud, que se desarrolla entre los meses de enero y marzo de 2002. Se utilizó un cuestionario autoadministrado remitido por correo de forma independiente a los coordinadores médicos y de enfermería de cada CS. Los datos postales y telefónicos de los CS se obtuvieron a través de la página web de la Consellería (<http://www.san.gva.es/organi.htm>). El cuestionario se acompañó de una nota informativa del estudio a realizar en la que se limitaba el uso de terminología que pudiera condicionar el modo de responder (quemado, *burnout*, etc.) y se resaltaba el carácter anónimo y voluntario del mismo. Para optimizar el grado de respuesta, el cuestionario se acompañó de la posibilidad de asignación de un código personal secreto que permitiera a los profesionales que lo completaran el acceso futuro a sus datos personales, si así lo deseaban, y su envío fue precedido de una llamada informativa personalizada.

El cuestionario se compone de dos partes:

1. Encuesta de variables sociodemográficas y sanitarias: área de salud, sexo, edad, estado civil, tener o no hijos, número de hijos que conviven en el domicilio, situación laboral, horario de trabajo (se consideró horario de mañana si al menos se trabajaban 4 mañanas a la semana), tiempo como coordinador, tiempo en la profesión, dedicación porcentual del tiempo a labores asistenciales, de investigación, docencia y burocracia, profesión, especialidad en Medicina Familiar y Comunitaria (MFC) para los médicos, formación en gestión, número de médicos, personal de enfermería y administrativos en el CS, medio físico en que se encuentra el CS (rural, urbano o mixto), número aproximado de pacientes atendidos al día y días de baja en los últimos 12 meses por motivos de salud. También se acompañó de una medida de percepción de reconocimiento por parte de los demás y del grado de voluntariedad en el desempeño del puesto de coordinador.

2. Cuestionario *Maslach Burnout Inventory* (MBI) o *Inventory Burnout* de *Maslach*⁹ validado por Reig et al¹⁰. Consta de 22 ítems con 7 opciones de respuesta cada uno (escala de frecuencia Likert de 0 a 6) agrupados en tres subescalas:

– *Cansancio emocional* (CE): evalúa el sentimiento del sujeto en relación con su grado de saturación emocional por el trabajo, midiendo la capacidad de entrega a los demás tanto desde un nivel personal como psicológico.

– *Despersonalización* (DP): mide la aparición de sentimientos y actitudes negativas, frías, impersonales e incluso cínicas en relación con los sujetos con quienes se trabaja.

– *Realización personal* (RP): determina la autoevaluación que realiza el profesional de sí mismo y de su labor profesional (competencia y eficacia en la realización de su trabajo).

La puntuación total para cada subescala se obtiene al sumar las puntuaciones totales de cada uno de los ítems que la integran, obteniéndose unos rangos de puntuación posibles de 0-54 para CE (9 ítems), 0-30 para DP (5 ítems) y 0-48 para RP (8 ítems). Los puntos de corte considera-

dos han sido los determinados para la muestra general española en el estudio de adaptación del MBI:

- CE: bajo < 15, medio 15-24 y alto > 24.
- DP: bajo < 4, medio 4-9 y alto > 9.
- RP: bajo < 33, medio 33-39 y alto > 39.

Los resultados fueron analizados mediante el paquete estadístico SPSS realizándose estudios descriptivos y comparativos mediante métodos de regresión múltiple y análisis factorial general para la búsqueda de diferencias e interacciones significativas entre las variables. Los resultados se expresaron como media ± desviación típica.

RESULTADOS

Se remitieron un total de 432 cuestionarios (217 a coordinadores médicos y 215 a coordinadores de enfermería, pues en dos CS el coordinador médico desempeñaba ambas funciones) y se recibieron 262 (60,65%) de los cuales fueron contestados correctamente (completaron los 22 ítems del MBI) y procesados en el estudio 243 (56,25%). De ellos el 54,70% correspondieron a coordinadores médicos (81,80% hombres y 18,20% mujeres) y el 45,30% a coordinadores de enfermería (38,20% hombres y 61,80% mujeres). Están casados el 83,50%, solteros el 5,80%, divorciados el 4,10%, viudos el 1,60% y en otra situación el 4,90%, no estando el estado civil en relación con la profesión ni con la situación laboral, pero sí con el sexo (el 91,3% de los hombres están casados, pero sólo lo están el 70,7% de las mujeres, $p < 0,001$). La edad media fue de $44,27 \pm 6,37$ años (recorrido de edades: 28 a 69 años), con una media de tiempo casado o en pareja de $17,75 \pm 7,39$ años, no hallándose diferencias significativas por sexo ni por profesión en análisis independientes, pero presentando interacciones significativas ($p = 0,002$ y $p = 0,004$ respectivamente) en análisis multivariante debido al predominio de hombres entre coordinadores médicos y de mujeres entre coordinadores de enfermería. Tienen hijos el 94,20% y conviven en el domicilio del encuestado una media de $1,87 \pm 0,94$ (ningún hijo en el 5%, un hijo en el 24,5%, dos hijos en el 55,5%, tres hijos en el 11,4% y más de tres en el 8,6%). Se encontraron diferencias significativas en el tiempo de trabajo como coordinadores tanto por sexo (más tiempo los hombres, $p = 0,014$) como por profesión (más tiempo los coordinadores de enfermería, $p = 0,041$) sin presentar interacción entre ambas variables. No se encontraron diferencias significativas en el tiempo de trabajo en su profesión en análisis independiente, si bien se detectaron diferencias globales con interacción significativa ($p = 0,002$) entre sexo y profesión, presentando mayor tiempo de trabajo en su profesión los hombres entre los médicos y las mujeres entre el personal de enfermería. No se encontraron diferencias significativas en la situación laboral por profesiones ni por sexos (fijo en el 62,8% frente a contratado/interino/otra en el 37,2%). Los coordinadores médicos atendieron una media de 43 ± 14 pacientes/día y los coordinadores de enfermería una media de 29 ± 16 ($p < 0,001$), sin presentar diferencias significativas en el número de días de baja al año por enfermedad.

El trabajo como coordinador es percibido como impuesto por el 18% del personal con plaza fija y por el 27,6% del personal sin plaza fija, sin existir diferencias significativas entre ambos (estadístico exacto de Fisher bilateral $p = 0,101$ y unilateral $p = 0,060$), ni observarse interacción significativa entre voluntariedad y situación laboral ($p = 0,356$). Las causas de esta percepción de imposición son: impuesto por la administración (29,4%), impuesto por los compañeros (33,3%), mixto (31,4%) y otras (5,9%). Sin embargo la percepción de imposición sí se relaciona con el horario de trabajo de manera que los profesionales que sienten la coordinación como voluntaria trabajan en mayor proporción de mañana (88,8%) que quienes lo sienten como algo impuesto (74,5%) (estadístico exacto de Fisher bilateral $p = 0,022$ y unilateral $p = 0,012$). Entre los coordinadores médicos el 58,3% es especialista en Medicina de Familia. No se encontraron diferencias significativas en la formación en gestión entre coordinadores médicos (58,6%) y coordinadores de enfermería (62,5%). Si se encontraron diferencias significativas en la repartición porcentual del tiempo de trabajo entre coordinadores médicos y de enfermería, detectándose una mayor dedicación a tareas asistenciales entre los coordinadores médicos y una mayor dedicación a labores de docencia, investigación y burocracia entre los coordinadores de enfermería ($p < 0,001$ para cada uno de los parámetros). El 39,4% de CS se encuentra en zona rural, el 36,1% en zona urbana y el 24,5% en zona mixta, existiendo importantes diferencias entre áreas en la ubicación de los CS ($p = 0,002$). La distribución de médicos, personal de enfermería y de administración según el ámbito en que se encuentra el CS queda reflejada en la tabla 1.

Se encontraron correlaciones positivas entre CE y DP (Spearman 0,564, $p < 0,01$) y negativas entre CE y RP (Spearman -0,379, $p < 0,01$) y entre DP y RP (Spearman -0,457, $p < 0,01$).

Los valores medios ± desviaciones típicas obtenidos para cada subescala en coordinadores médicos y de enfermería, así como el global de ambos, se indican en la tabla 2. Se detectó un alto nivel de cansancio emocional en el 29,20%, alta despersonalización en el 15,60% y baja realización personal en el 18,90% (tabla 3). Mediante análisis de regresión múltiple se detectó que el cansancio emo-

Tabla 1. Distribución del personal sanitario según el medio físico en que radica el Centro de Salud

	Medio físico	Media ± desviación típica
Personal médico	Rural	$6,57 \pm 3,36$
	Urbano	$15,52 \pm 7,43$
	Mixto	$11,98 \pm 5,97$
Personal de enfermería	Rural	$5,65 \pm 3,01$
	Urbano	$13,70 \pm 7,63$
	Mixto	$9,96 \pm 4,36$
Personal administrativo	Rural	$2,37 \pm 1,69$
	Urbano	$7,55 \pm 4,03$
	Mixto	$5,51 \pm 3,43$

Se indica el número medio de profesionales en cada ámbito ± desviación típica.

Tabla 2. Valores medios ± desviación típica de puntuaciones para cansancio emocional (CE), despersonalización (DP) y realización personal (RP) en coordinadores médicos y coordinadores de enfermería de Atención Primaria (AP) en la Comunidad Valenciana, junto con la media global del estudio

	Coordinadores médicos AP Comunidad Valenciana (n = 133)	Coordinadores enfermería AP Comunidad Valenciana (n = 110)	Coordinadores de CS y de enfermería de la Comunidad Valenciana (n = 243)
CE	19,72 ± 11,49	18,03 ± 12,58	18,95 ± 12,00
DP	5,20 ± 4,46	4,40 ± 4,27	4,84 ± 4,39
RP	37,79 ± 6,50	39,12 ± 6,31	38,39 ± 6,43

No se detectaron diferencias significativas entre coordinadores médicos y coordinadores de enfermería tanto en análisis multifactorial como en análisis univariante, y tanto mediante consideración cualitativa (χ^2 Pearson, $p = 0,193, 0,107$ y $0,651$ para CE, DP y RP respectivamente) como cuantitativa ("t" de Student, $p = 0,274, 0,156$ y $0,109$ para CE, DP y RP respectivamente) de las variables.

cial dependía inversamente de la voluntariedad en el desempeño del cargo ($24,24 \pm 13,15$ entre los no voluntarios y $17,65 \pm 11,36$ entre los voluntarios; $p = 0,004$), de la situación laboral (más CE quienes tienen plaza fija $20,16 \pm 12,38$ que los no fijos $16,91 \pm 11,30$; $p = 0,007$), y del horario de trabajo ($18,25 \pm 11,87$ entre los trabajadores de mañana y $23,94 \pm 11,78$ entre quienes no están de mañana, $p = 0,021$), no detectándose interacciones significativas entre las variables en estudio multivariante. El grado de despersonalización sólo se encontró en relación con la voluntariedad en la coordinación mediante regresión múltiple ($p = 0,015$) de manera que ésta es mayor entre los no voluntarios ($6,84 \pm 4,76$) que entre los voluntarios ($4,29 \pm 4,15$). Tras análisis de regresión múltiple se detectó que la realización personal se relaciona con el tiempo de trabajo como coordinador (a más tiempo, mayor RP, $p = 0,001$) y con el grado de voluntariedad ($36,2266,40$ entre los no voluntarios y $39,02 \pm 6,37$ entre los voluntarios, $p = 0,045$).

Unicamente 13 sujetos (5,35%) presentaron síndrome de *burnout* con afectación alta en las tres dimensiones, presentando las características de distribución según variables indicadas en la tabla 4. En estudios comparativos univariantes respecto al resto de participantes "no quemados" se observa que únicamente el estado civil (3,9% de "quemados" entre los casados frente al 12,5% entre los no casados, $p = 0,028$), el grado de reconocimiento percibido (mayor entre los "no quemados", $p < 0,001$) y el tiempo dedicado

a la realización de actividades de investigación (mayor entre "no quemados", $p = 0,001$) aparecen como variables con diferencias significativas.

Si se comparan en análisis univariante los casos con puntuación alta en las tres dimensiones ($n = 13$) con aquéllos con baja puntuación en todas las dimensiones ($n = 52$), obtenemos los perfiles extremos del profesional "quemado" y del "no quemado" o "entusiasta" (tabla 5), destacándose como significativas otras variables que ya mostraban diferencias importantes en la tabla 4: estado civil (entre los casados el 15,1% están "quemados" frente al 41,7% entre los no casados, $p = 0,038$), tener hijos (entre los que tienen hijos está "quemado" el 17,7% frente al 66,7% entre quienes no tienen hijos, $p = 0,039$), el carácter voluntario del cargo (entre los voluntarios está quemado el 14% frente al 62,5% entre los "no voluntarios", $p = 0,001$), la profesión (entre los coordinadores médicos está "quemado" el 30,3% frente al 9,4% entre los coordinadores de enfermería, $p = 0,035$), el grado de reconocimiento percibido (mayor entre los "no quemados", $p < 0,001$, Spearman $0,511$, $p < 0,001$) y el tiempo dedicado a la investigación (mayor entre los "no quemados", $p = 0,005$).

Se observó que el código personal fue remitido por el 55,10% de los incluidos en el estudio, no detectándose diferencias significativas en ninguna de las dimensiones estudiadas según que hubieran adjuntado o no el código personal.

Tabla 3. Porcentajes de afectación para cada subescala

	Coordinadores AP Comunidad Valenciana (n = 243)	Coordinadores médicos AP Comunidad Valenciana (n = 133)	Coordinadores enfermería AP Comunidad Valenciana (n = 110)	χ^2	p
CE					
Bajo	42,40	39,1	46,3		
Medio	28,40	28,6	28,2	1,727	0,422
Alto	29,20	32,3	25,5		
DP					
Bajo	48,10	42,9	54,5		
Medio	36,20	41,4	30,0	3,856	0,145
Alto	15,60	15,8	15,5		
RP					
Alto	45,70	44,4	47,2		
Medio	35,40	34,6	36,4	0,865	0,649
Bajo	18,90	21,1	16,4		

CE: bajo < 15, medio 15-24, alto > 24; DP: bajo < 4, medio 4-9, alto > 9; RP: bajo < 33, medio 33-39, alto > 39.

Tabla 4. Estudio comparativo univariante de las características de los coordinadores “quemados” frente a los no quemados

Variable		“Quemado” (n = 13)	“No quemado” (n = 230)	χ^2 de Pearson/“t” de Student	p
Sexo	Varón	6,0	94,0	0,306	0,580
	Mujer	4,3	95,7		
Casado	Sí	3,9	96,1	4,834	0,028
	No	12,5	87,5		
Hijos	Sí	4,8	95,2	2,303	0,129
	No	14,3	85,7		
Plaza fija	Sí	6,0	94,0	0,235	0,628
	No	4,5	95,5		
Voluntario	Sí	4,2	95,8	2,433	0,119
	No	9,8	90,2		
Trabajo de mañana	Sí	4,8	95,2	0,912	0,340
	No	8,8	91,2		
Profesión	C. médico	7,5	92,5	2,730	0,098
	C. enfermería	2,7	97,3		
Especialidad MFC	Sí	9,1	90,9	0,606	0,436
	No	5,5	94,5		
Formación en gestión	Sí	5,6	94,4	0,226	0,635
	No	7,2	92,8		
Baja por enfermedad	Sí	4,2	95,8	0,279	0,597
	No	5,9	94,1		
Medio físico	Rural	6,3	93,7	2,889	0,226
	Urbano	2,3	97,7		
	Mixto	8,5	91,5		
Grado de reconocimiento				24,582	< 0,001
				Spearman -0,239	< 0,001
Edad (años)		43, 85 ± 67,70	44,30 ± 66,31	0,247	0,805
Años en pareja		14,89 ± 69,09	17,90 ± 67,30	1,192	0,235
N.º de hijos convivientes		1,64 ± 60,92	1,89 ± 60,94	0,857	0,392
Años como coordinador		4,16 ± 63,32	4,67 ± 63,88	0,467	0,641
Años en su profesión		17,86 ± 66,73	19,19 ± 66,60	0,677	0,499
% tiempo labor asistencial		6,25 ± 621,68	58,34 ± 621,52	-0,613	0,541
% tiempo de investigación		0,50 ± 61,45	2,36 ± 63,80	3,768	0,001
% tiempo docencia		3,08 ± 64,42	4,68 ± 66,07	0,896	0,371
% tiempo burocracia		32,33 ± 620,45	29,17 ± 617,36	-0,609	0,543
% otras actividades		1,83 ± 65,75	5,51 ± 610,90	1,158	0,248
N.º pacientes/día		42,08 ± 610,97	37,33 ± 617,10	-0,951	0,342
Días de enfermedad en 1 años		0,77 ± 61,96	5,84 ± 621,05	0,866	0,387

Las variables cualitativas están expresadas en porcentajes y las cuantitativas como media ± desviación típica. C: coordinador; MFC: Medicina Familiar y Comunitaria.

DISCUSIÓN

El porcentaje de respuesta obtenido en la encuesta remitida por correo, cercano al 61%, es superior al obtenido en estudios similares^{3,6} y próximo al obtenido mediante administración directa del cuestionario⁴ o mediante recordatorio telefónico postenvío⁷. Posiblemente esto se deba a la realización de un contacto telefónico previo con la finalidad de informar y solicitar la colaboración de los coordinadores y a la posibilidad de remitir un código personal que diera acceso a los resultados particulares salvaguardando el anonimato. El estudio de los resultados obtenidos en relación con que se hubiera remitido o no dicho código personal no muestra diferencias significativas, lo que descarta la posible existencia de sesgo en la respuesta por este concepto.

El estudio de las características sociodemográficas y sanitarias muestra el resultado de la evolución social en el acceso a los estudios de medicina y enfermería: entre los coordinadores médicos predominan los hombres, los

cuales llevan más tiempo en esta labor que las mujeres, y entre los coordinadores de enfermería predominan las mujeres detectándose más tiempo en el cargo que los hombres. Asimismo se aprecia un menor porcentaje de mujeres casadas que de hombres casados lo cual probablemente refleje una menor predisposición de las mujeres casadas a realizar labores de coordinación debido a que habitualmente llevan una carga laboral extra al atender las labores domésticas en mayor proporción que los hombres.

Las correlaciones obtenidas entre las distintas dimensiones que configuran el cuestionario son claramente significativas y superiores a las descritas en el estudio original y en estudios entre personal sanitario en España^{5,9}. Esto podría ser debido a dos factores: a) una distinta comprensión/interpretación de las preguntas por parte de los coordinadores al incluirse en su trabajo tanto elementos de relación con pacientes como con compañeros de equipo y con dirección de AP, y b) el síndrome de *burnout* presenta una serie de fases en su aparición⁸ desarrollándose, tras una fase de altas expectativas, el cansancio emocional, se-

Tabla 5. Estudio comparativo univariante de las características de los coordinadores “quemados” frente a los “entusiastas” (aquéllos con baja afectación en todas las dimensiones)

Variable	“Quemado” (n = 13)	“Entusiasta” (n = 52)	χ^2 de Pearson/“t” de Student	p	
Sexo	Varón	23,1	76,9	0,577	0,448
	Mujer	15,4	84,6		
Casado	Sí	15,1	84,9	4,318	0,038
	No	41,7	58,3		
Hijos	Sí	17,7	82,3	4,281	0,039
	No	66,7	33,3		
Plaza fija	Sí	19,6	80,4	0,019	0,892
	No	21,1	78,9		
Voluntario	Sí	14,0	86,0	10,299	0,001
	No	62,5	37,5		
Trabajo de mañana	Sí	17,2	82,8	3,605	0,058
	No	50,0	50,0		
Profesión	C. médico	30,3	69,7	4,447	0,035
	C. enfermería	9,4	90,6		
Especialidad MFC	Sí	38,9	61,1	1,117	0,290
	No	21,4	78,6		
Formación en gestión	Sí	21,2	78,8	0,113	0,736
	No	25,0	75,0		
Baja por enfermedad	Sí	18,8	81,3	0,032	0,858
	No	20,8	79,2		
Medio físico	Rural	23,1	76,9	3,611	0,164
	Urbano	8,7	91,3		
	Mixto	20,3	79,7		
Grado de reconocimiento			27,447	< 0,001	
			Spearman 0,511	< 0,001	
Edad (años)	43,85 ± 7,70	45,37 ± 7,20	0,673	0,504	
Años en pareja	14,89 ± 9,09	19,36 ± 7,84	1,498	0,141	
N.º de hijos convivientes	1,64 ± 0,92	1,72 ± 0,73	0,328	0,744	
Años como coordinador	4,16 ± 3,32	4,18 ± 3,88	0,018	0,986	
Años en su profesión	17,86 ± 6,73	20,24 ± 6,95	1,062	0,293	
% tiempo labor asistencial	6,25 ± 21,68	56,79 ± 23,35	-0,733	0,466	
% tiempo de investigación	0,50 ± 1,45	2,77 ± 4,40	2,960	0,005	
% tiempo docencia	3,08 ± 4,42	7,36 ± 7,98	1,781	0,080	
% tiempo burocracia	32,33 ± 20,45	28,87 ± 16,39	-0,620	0,537	
% otras actividades	1,83 ± 5,75	4,21 ± 7,54	1,017	0,313	
N.º pacientes/día	42,08 ± 10,97	36,44 ± 16,62	-1,114	0,270	
Días de enfermedad en 1 años	0,77 ± 1,96	3,96 ± 1,23	0,932	0,355	

Las variables cualitativas están expresadas en porcentajes y las cuantitativas como media ± desviación típica. MFC: Medicina Familiar y Comunitaria; C: coordinador.

guido por la afectación de la realización personal y finalmente por el proceso de despersonalización, por lo que dependiendo de en qué situación general se encuentre la población de estudio, encontraremos las fases iniciales más o menos saturadas y los índices de correlación se hallarán más o menos afectados. En apoyo del segundo supuesto cabe indicar: a) los porcentajes de afectación alta detectados para CE (29,20%), RP (18,90%) y DP (15,60%) son claramente inferiores a los descritos en estudios previos, incluso con puntos de corte menos restrictivos (tabla 6); b) la caída en los porcentajes de afectación alta no es debida a un traslado hacia valores medios, sino hacia valores bajos y en todas las dimensiones (tabla 3), y c) el porcentaje de afectación alta para cada dimensión progresó de forma acorde con la evolución del síndrome de *burnout* (29,20%, 18,90% y 15,60% para CE, RP y DP respectivamente) lo cual no sucede en otros estudios, los cuales presentan porcentajes de afectación elevada similares en todas las dimensiones o incluso con mayor preva-

lencia de alta puntuación en aquellas dimensiones del síndrome que debieran ser las últimas en afectarse, aspecto éste de difícil interpretación (tabla 6). Todo ello apoya la hipótesis de que la mayor correlación entre las tres dimensiones estudiadas probablemente se debe a que los sujetos se encuentran esencialmente sin afectación o en las fases iniciales del síndrome de *burnout*. La adopción de los puntos de corte utilizados en otros estudios (tabla 6 y 7) no implica grandes cambios en los resultados parciales de cada dimensión, ni en la progresión en el porcentaje de afectación alta de cada dimensión, ni cambia en absoluto el porcentaje total de coordinadores que presentan el síndrome completo con alta afectación en las tres dimensiones (5,35%), el cual es claramente inferior al 12,4% detectado entre el colectivo sanitario de AP por Cebria et al⁵.

Los estudios de regresión múltiple y análisis factorial múltiple demuestran que el CE está relacionado con la voluntariedad en el cargo, la situación laboral y el horario de trabajo, la RP lo está con la voluntariedad y el tiempo

Tabla 6. Porcentajes de afectación para cada subescala

	Médicos de AP de Asturias ⁴ (n = 497)	Personal sanitario de AP Madrid ⁶ (n = 157)	Médicos de AP de Cáceres ⁷ (n = 157)	Coordinadores de CS y enfermería de la Comunidad Valenciana (n = 243)
CE				
Bajo	37,10	36,30	–	56,00
Medio	24,00	24,80	–	17,70
Alto	38,90	30,60	31,6	26,30
DP				
Bajo	39,00	41,40	–	65,50
Médico	27,20	27,40	–	18,90
Alto	33,80	31,20	34,8	15,60
RP				
Alto	38,20	50,30	–	45,70
Medio	25,80	25,50	–	32,50
Bajo	36,00	24,20	41,7	21,80

Estudios de *burnout* en Atención Primaria (AP) realizados en Asturias, Madrid, Cáceres, Barcelona, Zaragoza y Comunidad Valenciana. CE (cansancio emocional): bajo < 19, medio 19-26, alto > 26; DP (despersonalización): bajo < 6, medio 6-9, alto > 9; RP (realización personal): bajo < 34, medio 34-39, alto > 39.

de trabajo como coordinador y la DP únicamente con el grado de voluntariedad. Puede apreciarse cómo el grado de voluntariedad es el único factor con el que están relacionadas las tres dimensiones, configurándose como factor clave para el desarrollo del síndrome de *burnout* (en el estudio comparativo “optimizado” de la tabla 5 se aprecia que es el factor que más claramente diferencia entre coordinadores “quemados” y “entusiastas”). La experiencia diaria indica que en múltiples ocasiones, debido a la falta de voluntarios, las labores de coordinación son ejercidas por personal sin plaza en propiedad a cambio del mantenimiento en el puesto de trabajo, es decir, por personal sin una “voluntariedad no condicionada” y, por tanto, con un mayor riesgo de desarrollar el síndrome de *burnout*, según el presente estudio. Por otro lado se ha demostrado un menor grado de *burnout* entre los profesionales sin plaza fija que entre los propietarios de plaza, al parecer en relación con cambios inducidos en el CE⁶. De ello cabe concluir que los resultados obtenidos podrían estar parcialmente enmascarados en el sentido de que parte del *burnout* inducido por la “no voluntariedad” podría estar oculto por el factor protector de la situación laboral de “no fijo”, si bien esta interacción no llega a ser significativa. Es de destacar la existencia de coordinadores con plaza en propiedad y que refieren realizar las labores de coordinación como algo impuesto. Esto podría deberse a que la estabilidad laboral no es el único condicionante del grado de voluntariedad ya que, en ocasiones, este cargo es desempeñado “a

cambio” de comisiones de servicio, mantenimiento de horario de mañana, etc. o de forma rotatoria no voluntaria entre los integrantes del equipo de AP. Es decir su desempeño puede no responder totalmente a criterios endógenos o vocacionales, de compromiso personal o social con la labor que se realiza, sino a factores exógenos. Finalmente no hay que olvidar que la percepción del grado de voluntariedad está tamizada por el desarrollo del propio síndrome de *burnout* pues éste condiciona un deterioro en el autoanálisis y la autocritica, por lo que aquellos profesionales afectados por el *burnout* tenderían a presentar una autopercepción de su grado de voluntariedad distorsionada.

Las anteriores consideraciones ponen el acento en las características que presentan los coordinadores en relación con el desarrollo de síndrome de *burnout*, pero no permiten conocer si la menor prevalencia de *burnout* es consecuencia de la personalidad precargo o lo es de la propia labor directiva. Estudios en la literatura parecen indicar que ciertos tipos de personalidad se relacionan con una mayor resistencia al estrés, mayor capacidad de control sobre la propia vida y de compromiso con determinadas metas sociales y personales^{11,12}, presentando menores niveles de *burnout*^{5,13}. Todo ello sugiere que la existencia de una “personalidad precargo” con estas características podría favorecer la implicación voluntaria del profesional resistente al *burnout* en tareas de coordinación. El estudio presenta algunos datos indirectos en este sentido: la fertilidad entre los coordinadores (94,20% del total tienen hijos) es clara-

Tabla 7. Valores medios ± desviación típica de puntuaciones para cansancio emocional, despersonalización y realización personal

	Médicos de AP de Barcelona ⁵ (n = 427)	Médicos de AP de Zaragoza ³ (n = 144)	Médicos de AP de Cáceres ⁷ (n = 157)	Coordinadores de CS y enfermería de la Comunidad Valenciana (n = 243)
CE	21,25 ± 11,19	29,00 ± 11,90	22,04 ± 11,3	18,95 ± 12,00
DP	6,80 ± 5,23	8,30 ± 6,00	8,33 ± 5,84	4,84 ± 4,39
RP	38,64 ± 8,24	36,80 ± 7,20	35,19 ± 8,44	38,39 ± 6,43

Estudios de *burnout* en Atención Primaria (AP) realizados en Asturias, Madrid, Cáceres, Barcelona, Zaragoza y Comunidad Valenciana.

mente superior a la de la población general. Es más, si del cálculo se excluyen los solteros, los coordinadores alcanzan una fertilidad del 97,40%. Dado que, en principio, no existe razón alguna que ligue causalmente el ser coordinador a un aumento en la fertilidad, cabe concluir que es el tener hijos lo que origina o se asocia a las condiciones precisas (por ejemplo estabilidad emocional, apoyo familiar) para que se asuman voluntariamente las labores de coordinación, si bien no es descartable que las mayores necesidades económicas de la familia con hijos puedan condicionar la búsqueda del puesto de coordinador por el extra económico que conlleva.

No obstante, los resultados obtenidos muestran que la labor directiva *per se* también participa en una mayor resistencia al *burnout* pues la realización personal se relaciona, en análisis de regresión múltiple, con el tiempo de trabajo como coordinador (a más tiempo, más logros personales y menor deterioro en RP, $p = 0,001$) y esta correlación es superior a la existente con el tiempo de trabajo en la profesión o con la edad. Es decir, el desempeño de labores de coordinación se configura como un elemento enriquecedor de la calidad de vida laboral, permitiendo una mayor realización personal, posiblemente debido a la variedad de tareas a realizar, los múltiples contactos humanos presentes en su actividad laboral y la repercusión social del trabajo realizado.

Si bien cabría hipotetizar que los profesionales “quemados” tenderían a cambiar de puesto de trabajo en mayor medida que los “no quemados” y, por tanto, presentarían un menor número de años de trabajo en su puesto actual, los resultados hallados no permiten avalar esta hipótesis (tabla 4). Estudios previos en países con mayor movilidad laboral que España también han confirmado que la presencia o ausencia de *burnout* no es un factor relevante en la decisión de cambiar de puesto de trabajo¹⁴, habiendo sido implicados otros factores extralaborales (clima, ocio, actividades culturales, etc.) como principales condicionantes.

El estudio de los perfiles extremos del profesional “quemado” y del “entusiasta” (tabla 5) nos indica que la voluntariedad en el cargo, la estabilidad familiar (el estar casado y el tener hijos), la percepción de reconocimiento de la labor realizada y el mayor tiempo que se dedica a labores de investigación aparecen como factores protectores, siendo más resistentes al desarrollo del síndrome de *burnout* los coordinadores de enfermería que los coordinadores médicos. En este sentido, el control sobre el propio trabajo (directamente relacionado con la voluntariedad en el cargo) y el apoyo familiar son considerados por algunos autores como la vía final común que va a tamizar la aparición o no aparición del síndrome de *burnout* en respuesta a los agentes estresores del entorno laboral¹⁵. Otros factores protectores, si bien no significativos ($p < 0,25$), incluyen el trabajar de mañana, el trabajar en un medio urbano, los años vividos en pareja (muy ligado al grado de estabilidad familiar), los años de trabajo en su profesión y el porcentaje de tiempo dedicado a la docencia.

La presencia de *burnout* entre los coordinadores de CS y coordinadores de enfermería es menor que el existente en-

tre los colectivos de sanitarios de donde proceden. No obstante, ello no implica que el cuidado de estos profesionales por parte de la Administración deba ser considerado como algo “no prioritario”, pues estudios recientes muestran que existe una “contagiosidad del virus del *burnout*” entre el personal sanitario¹⁶. Dada la posición de los coordinadores en el organigrama del CS, es de suponer que un coordinador “quemado” pueda convertirse en “foco de infección” para aquellos a quienes debiera estimular en su trabajo diario⁸. Sin embargo no disponemos todavía de estudios que relacionen el *burnout* de un coordinador con la afectación del equipo que dirige.

La prevalencia de *burnout* entre el colectivo de coordinadores de CS y de enfermería de la Comunidad Valenciana es menor que la descrita para los colectivos de médicos y de enfermería en AP, configurándose el trabajo de coordinación como factor enriquecedor de la vida laboral.

La selección de coordinadores a cargo de las direcciones de AP debería basarse principalmente en la voluntariedad, no sólo formal sino también sentida, por parte del candidato para el desempeño del cargo, evitando otro tipo de compensaciones o ventajas a cambio de su desempeño, en la medida de lo posible. Como factores que favorecen la buena elección destacan la estabilidad familiar del candidato (casado de años de evolución y con hijos) y el que esté involucrado o interesado en otras actividades que las meramente asistenciales (especialmente de investigación y docentes).

BIBLIOGRAFÍA

1. Martín Zurro A, Cano Pérez JF. El equipo de Atención Primaria. En: Ediciones Harcourt, SA. Harcourt International. Edición Iberoamericana Atención Primaria. Conceptos, organización y práctica clínica. 4.^a ed. Barcelona: EDIDE, 1999; p.57-68.
2. Freudenberg H. Staff burnout. *J Soc Issues* 1974;30:159-65.
3. De Pablo R, Suberviela J. Prevalencia del síndrome de *burnout* o desgaste profesional en los médicos de Atención Primaria. *Aten Primaria* 1998;22:580-4.
4. 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;22:352-9.
5. 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.
6. Caballero Martín MA, Bermejo Fernández F, Nieto Gómez R, Caballero Martínez F. Prevalencia y factores asociados al *burnout* en un área de salud. *Aten Primaria* 2001;27:313-7.
7. Prieto Albino L, Robles Agüero E, Salazar Martínez LM, Daniel Vega E. *Burnout* en médicos de Atención Primaria de la provincia de Cáceres. *Aten Primaria* 2002;29:294-302.
8. Edelwich J, Brodsky A. *Burnout: stages of disillusionment in helping professions*. Nueva York: Human Services Press, 1980.
9. Maslach C, Jackson SE. The Maslach Burnout Inventory. 2.^a ed. Palo Alto: Consulting Psychologist Press, 1986. (Versión española adaptada por Nicolas Seisdedos Cubero, TEA, 1995).
10. Reig A, Cabrero J, Ferrer R. Estrés laboral asistencial (*burnout*) en una muestra representativa de profesionales sanitarios de la provincia de Alicante. *Monografías del Departamento de Psicología de la Salud de la Universidad de Alicante*, 2002.
11. Kobasa SC. Stressful life events, personality and health: An inquiry into hardiness. *J Person Soc Psychol* 1979;37:1-11.
12. Kobasa SC, Maddi SR, Kahn S. Hardiness and Health: A prospective study. *J Person Soc Psychol* 1982;42:168-77.

13. Schaufeli W. *Burnout*. En: Firth-Cozens J, Payne RL editors. Stress in health professionals. Psychological and organisational causes and interventions. Chichester: John Wiley, 1999; p.17:32.
14. Thommasen HV. Short report: Burnout, depression and moving away. How are they related? *Can Fam Physician* 2001;47: 747-9.
15. Linzer M, Mechteld RM, Oort FJ, Smets EMA, McMurray JE, de Haes HCJM. Predicting and preventing physician burnout: results from the United States and the Netherlands. *Am J Med* 2001; 111:170-5.
16. Bakker BB, Schaufeli WB. Burnout contagion among general practitioners. *J Soc Clin Psychol* 2001;20:82-98.