



ORIGINAL

Síndrome de *burnout* en una unidad de gestión clínica de obstetricia y ginecología

I.M. Fontán Atalaya* y J.L. Dueñas Díez

Unidad Clínica de Gestión de Obstetricia y Ginecología, Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla, España

Recibido el 13 de julio de 2009; aceptado el 2 de mayo de 2010
Disponible en Internet el 10 de julio de 2010

PALABRAS CLAVE

Obstetricia;
Ginecología;
Burnout;
Estrés;
España

KEYWORDS

Obstetrics;
Gynaecology;
Burnout;
Stress;
Spain

Resumen

Objetivo: Conocer la prevalencia del síndrome de *burnout* entre los integrantes de una UGC de Obstetricia y Ginecología.

Material y método: Estudio transversal anónimo utilizando un cuestionario sociodemográfico y la versión española del Maslach Burnout Inventory.

Resultados: La encuesta fue contestada por 21 médicos, 11 matronas, 14 DUE, 22 auxiliares de clínica, 2 administrativas y 1 celador, lo que supone una tasa de respuesta del 43,2%. Los valores medios fueron de 20,1 puntos para el agotamiento emocional, 7,6 puntos para la despersonalización y 42,1 puntos para la realización personal. Se encontraron valores más elevados de agotamiento emocional y despersonalización en el colectivo de médicos en relación con las demás categorías profesionales.

Conclusiones: Consideramos preocupante que el 33,8% de los integrantes del estudio presente cifras elevadas de agotamiento emocional y que este sea alto en el 52,3% de los médicos especialistas. Valores elevados de satisfacción profesional hacen que solo en el 2,8% coincidan puntuaciones altas de las 3 subescalas.

© 2009 SECA. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Burnout syndrome in an obstetrics and gynaecology management unit

Abstract

Objective: To determine the prevalence of the Burnout Syndrome among the members of an Obstetrics and Gynaecology Unit.

Material and methods: Cross-sectional study using an anonymous questionnaire and socio-Spanish version of the Maslach Burnout Inventory.

Results: The survey was answered by 21 doctors, 11 matrons, 14 DUE, 22 nurses, 2 administrative officers and 1 watchman, with a response rate of 43.2%. Average values were 20.1 points for the emotional exhaustion, depersonalization 7.6 points to 42.1 points

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: ifontana@terra.es (I.M. Fontán Atalaya).

and for personal fulfilment. We found higher values of emotional exhaustion and depersonalization in the group of doctors in relation to other professional groups.

Conclusion: We believe that 33.8% is an alarmingly high level of emotional exhaustion in the members of the present study, and this level is even higher in medical specialists (52.3%). Only the 2.8% of the professionals had high values in the three sub-scales.

© 2009 SECA. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

Aunque fué mencionado por primera vez en la literatura en 1969 por Bradley, el síndrome de *burnout* fue descrito en 1974 por Freudenberg para designar una serie de síntomas que concurrían en aquellas personas que presentaban un desgaste profesional y corresponde en castellano a la expresión «estar quemado»¹. Se trata de un trastorno adaptativo crónico que se asocia a las demandas psicosociales que conlleva trabajar directamente con personas o hacia personas e implica una respuesta prolongada a los factores estresantes en el lugar de trabajo. No existe una causa concreta para su aparición y, en situaciones similares, unos profesionales lo desarrollan y otros no. Es un proceso continuo y gradual que inicialmente se manifiesta como stress, debido a que las demandas del trabajo exceden los recursos físicos o emocionales. Posteriormente aparecen síntomas de tensión, fatiga e irritabilidad como manifestación del nerviosismo y, finalmente, surgen el aislamiento emocional y social, el cinismo y la rigidez en el trato con pacientes y compañeros, como expresión del desgaste². Su diagnóstico precoz es complicado y la diferencia entre un simple desgaste y el síndrome es muy sutil. Una vez establecido el *burnout*, la única solución en ocasiones es el abandono de la profesión³.

El *burnout* constituye un síndrome psicológico que involucra tres dimensiones: el agotamiento emocional (cansancio y fatiga física ó psíquica), la despersonalización (sentimientos, actitudes y respuestas negativas, distantes y frías hacia otras personas, fundamentalmente los beneficiarios del propio trabajo) y la falta de realización personal (desilusión, falta de sentido de la propia vida, sentimientos de fracaso y baja autoestima)³. En 1986 Maslach y Leiter⁴ desarrollaron un cuestionario para medir el síndrome, el «Maslach Burnout Inventory» (MBI) que constituye el instrumento más utilizado en el mundo y que valora las 3 dimensiones.

Durante los últimos años se ha producido una preocupación creciente por el *burnout*, motivada por las importantes repercusiones que conlleva a nivel personal, familiar, social y laboral. Como consecuencia, este síndrome ha sido objeto de numerosos estudios que tratan de identificar los factores estresantes que originan el cuadro, aunque hay que tener en cuenta que existe una gran variabilidad entre los distintos autores y que estos factores estresantes no explican por sí solos el desarrollo del síndrome.

A pesar de que se han publicado una gran cantidad de estudios que analizan el *burnout* en prácticamente todas las categorías profesionales dentro de la sanidad, no existen hasta la fecha artículos que analicen su incidencia en los integrantes de una Unidad de Gestión Clínica (UGC). Una UGC es un nuevo modelo de organización basada en la asignación de recursos, por parte de la Administración, para el logro de objetivos concretos cuyo cumplimiento está

vinculado a incentivos; lógica consecuencia de ello es el incremento de la presión asistencial. Otra característica de este modelo organizativo es la orientación hacia la calidad y la excelencia, prueba de ello es que los resultados asistenciales obtenidos por nuestra Unidad estén situados en los primeros puestos de nuestra Comunidad Autónoma. Todo ello influye en las relaciones que se establecen entre los integrantes de las distintas categorías que componen la UGC y entre estos y los responsables de su organización.

Material y métodos

Se realizó un estudio descriptivo transversal entre los miembros de la UGC de Obstetricia y Ginecología del Hospital Universitario Virgen Macarena de Sevilla (España), poniendo a disposición de los 164 profesionales adheridos a la unidad una encuesta anónima que constaba de 2 partes: un cuestionario sociodemográfico y el MBI en su versión española validada. La encuesta se entregó durante el mes de noviembre de 2006, acompañada de una carta que explicaba su finalidad y de un sobre de devolución sin identificar, fijándose un plazo de 15 días para su realización.

El cuestionario sociodemográfico incluía como variables: el sexo, la edad, los años de ejercicio profesional, la situación laboral, el puesto de trabajo, la turnicidad, las horas semanales trabajadas, la sensación de adecuación del salario al trabajo realizado, la relación con el equipo, las bajas laborales, los niveles de stress, el nivel de sobrecarga y satisfacción en el trabajo, la interferencia en la vida familiar y los hábitos tóxicos.

Los profesionales se clasificaron en 6 categorías: médicos especialistas (FEA), matronas, diplomados en enfermería (DUE), auxiliares de enfermería (AE), celadores y personal administrativo. En relación con el tipo de contrato se dividieron en fijos, interinos y con contrato temporal; con respecto al turno de trabajo se consideró la realización de guardias y los turnos de mañana, tarde, noche, rotatorio y de doce horas. Las horas semanales trabajadas se diferenciaron en tres grupos: menos de 35, entre 35–48 y más de 48. Los niveles de stress y satisfacción se evaluaron según una escala numérica del 1–10.

El MBI es un cuestionario que consta de 22 ítems que exploran las tres subescalas del *burnout* cuantificados según una escala tipo Likert desde 0 (nunca) hasta 6 (siempre). De esas 22 preguntas, 9 corresponden a cansancio emocional, 5 a despersonalización y 8 a realización personal; la puntuación se obtiene al sumar los valores que componen cada una de ellas. Está aceptado y validado que en la escala «cansancio emocional» puntuaciones superiores a 26 corresponden a un alto nivel, entre 19–26 a nivel intermedio y menores de 19 a nivel bajo; en la escala

«despersonalización» puntuaciones superiores a 10 son nivel alto, entre 6–9 nivel medio y menores de 6 nivel bajo; por el contrario la escala «realización personal» funciona en sentido contrario, así entre 0–33 puntos hablamos de baja realización personal, entre 34–39 intermedia y más de 40 alta sensación de logro.

La transcripción de los datos de la encuesta para su posterior análisis fue realizado por una persona ajena a la UGC, lo que garantizó la confidencialidad del estudio.

Se realizó una búsqueda bibliográfica en Medline utilizando como palabra clave «burnout para establecer el volumen de publicaciones referentes al síndrome».

El análisis estadístico se realizó mediante el programa G-Stat 2.0 para Windows⁵, utilizándose para la comparación de las distintas categorías, los tests Chi-cuadrado para variables cualitativas y *t* Student y ANOVA para las cuantitativas. El nivel de significatividad seleccionado fue el 95%. En el análisis estadístico no se incluyeron las categorías profesionales que contaban con menos de cinco integrantes.

Resultados

De los 164 componentes de la UGC se obtuvieron un total de 71 cuestionarios válidos, lo que representa una tasa de

respuesta del 43,2%. Las características que describen a la UGC en lo que se refiere a la edad, el sexo, la categoría profesional, la relación laboral, la vida profesional, la actividad laboral, el número de horas semanales trabajadas, la pareja estable, el tabaquismo y el uso de inductores del sueño se muestran en la [tabla 1](#). El 16,1% del total de la UGC refirió trabajar más de 48 h semanales, siendo en todos los casos médicos.

Únicamente el 2,8% de los profesionales dijo no conocer el síndrome del *burnout*. El 51,4% de los encuestados refirió unos valores de estrés en el trabajo igual o superior a 7 y mostraron un nivel de satisfacción igual o mayor a 7 el 74,2%. Las medias de los valores de stress percibido y satisfacción en el trabajo, relacionado con las distintas categorías, se reflejan en la [figura 1](#).

Se sienten sobrecargados en su trabajo el 61,9% de los trabajadores, y han sido objeto de baja laboral (por una causa no relacionada con la gestación) el 37,1%, reconociendo el *estrés* laboral como causa de la misma el 2,9% (n=2). El 81,4% afirma conocer algún compañero quemado por su trabajo y el 95,5% considera que ni las autoridades sanitarias, ni las sociedades científicas, ni los sindicatos hacen nada para prevenir el síndrome.

Los valores medios obtenidos en las distintas subescalas del MBI y su distribución por categorías se reflejan en la

Tabla 1 Características generales de los miembros de la Unidad de Gestión Clínica (UGC)

	Total	FEA (n=21)	Matronas (n=11)	DUE (n=14)	AE (n=22)	Admin (n=2)	Celador (n=1)
Edad	48,5±8,0	49,1±9,0	49,0±6,8	46,0±7,2	49,8±8,3	49,0±8,4	40,0±0,0
Sexo							
Hombres	19	14	0	3	1	0	1
Mujeres	52	7	11	11	21	2	0
Relación laboral							
Fijos	56	15	10	11	18	1	1
Interinos	9	3	0	2	3	1	0
Temporales	4	3	1	0	0	0	0
Tiempo vida profesional							
1–10 años	4	2	0	2	0	0	0
15–25 años	33	11	6	7	7	1	1
>25 años	31	8	4	5	14	0	0
Horas trabajadas							
<35	6	0	1	1	4	0	0
35–48	54	10	10	13	18	2	1
>48	11	11	0	0	0	0	0
Pareja estable							
Sí	54	17	8	11	16	1	1
No	15	4	3	1	6	1	0
Tabaquismo							
Sí	27	8	3	5	10	1	0
No	43	13	8	9	11	1	1
Inductores del sueño							
Sí	26	8	5	3	10	0	0
No	44	12	6	11	12	2	1

Admin: administrativas; AE: auxiliares de enfermería; DUE: diplomados universitarios en enfermería; FEA: facultativos especialistas de área; UGC: unidad de gestión clínica.

tabla 2. El porcentaje de profesionales que presenta valores altos de agotamiento emocional y despersonalización y bajos niveles de realización profesional se presentan en la tabla 3.

Con respecto al agotamiento emocional, se encontraron valores significativamente más altos entre los FEA que entre las auxiliares de enfermería y los DUE, y que entre estos y las matronas. El 33,8% de los profesionales encuestados mostraban niveles elevados, siendo los médicos especialistas la categoría más afectada, con un 52,3% de los ginecólogos con alto cansancio emocional.

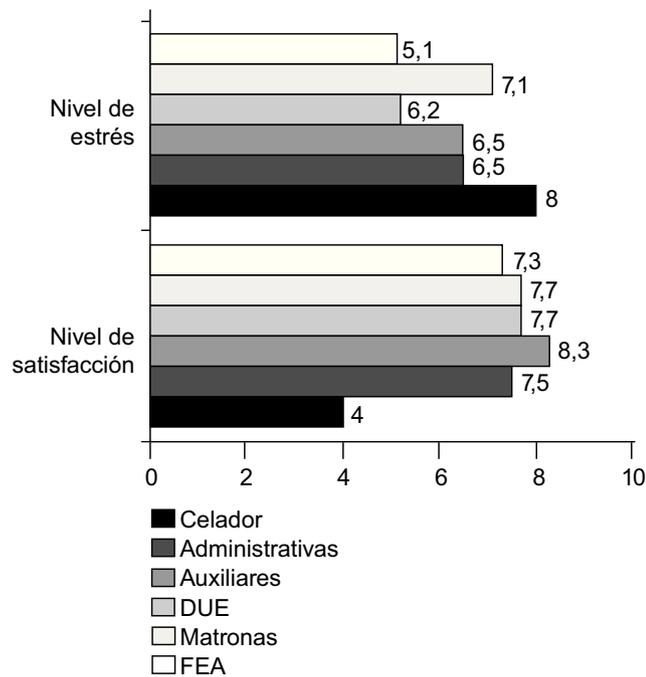


Figura 1 Niveles de estrés y satisfacción percibidos.

La distribución de la despersonalización por categorías muestra unos mayores niveles en los facultativos, aunque sin significación estadística con respecto a las demás. No obstante la categoría que presentó un mayor porcentaje de integrantes con valores altos de despersonalización fue el colectivo de auxiliares de enfermería (40,9%).

En lo que respecta a la realización profesional, los niveles más bajos corresponden a los FEA y a las matronas, diferenciándose significativamente de los DUE. Las matronas constituyen el grupo con mayor porcentaje de personas con baja realización profesional (27,2%); en el otro extremo se encuentran los auxiliares de enfermería.

El 38% (n=27) de los encuestados presentaron al menos una variable del síndrome alterada, aunque solo 2 (2,82%) tenían una alteración de las 3 subescalas.

La relación entre los 3 componentes del MBI y el sexo, los años de profesión, la relación laboral y las horas semanales trabajadas se muestra en la tabla 4. Aunque las mujeres presentan mayor predisposición al *burnout*, no existen diferencias significativas con respecto a los hombres en ninguna de las 3 variables. El análisis estratificado muestra que en el grupo de mujeres FEA existe una gran alteración en los valores de agotamiento emocional ($38,1 \pm 7,7$), despersonalización ($17,4 \pm 10,0$) y realización personal ($35,8 \pm 6,1$).

En relación con el tipo de contrato, el personal fijo presentaba menor agotamiento emocional y despersonalización y una mayor realización profesional que los interinos y los contratados temporales, aunque solo hay significación estadística con respecto a los interinos en lo que se refiere a la despersonalización. Los trabajadores con una vida profesional por encima de 25 años mostraron menores niveles de agotamiento emocional y de despersonalización y unos mayores niveles de realización profesional que el resto, pero solo existen diferencias significativas, en el caso de la despersonalización, con el grupo de vida profesional 1-10 años y, en el caso de la realización profesional, con el grupo de entre 11-25 años.

Tabla 2 Puntuaciones en las subescalas del Maslach Burnout Inventory

	Agotamiento emocional	Despersonalización	Realización profesional
FEA	25,5 ± 12,6	9,1 ± 8,5	40,3 ± 6,1
Matronas	22,6 ± 12,2	7,0 ± 7,1	39,7 ± 8,7
DUE	12,2 ± 10,6	5,0 ± 5,5	45,1 ± 7,1
Auxiliares	17,2 ± 11,3	7,5 ± 6,0	43,7 ± 4,5
Administrativas	28,5 ± 13,4	13,5 ± 0,7	41,0 ± 4,2
Celador	37,0 ± 0,0	9,0 ± 0,0	34,0 ± 0,0
Total	20,1 ± 12,6	7,6 ± 6,9	42,1 ± 6,5

DUE: diplomados universitarios en enfermería; FEA: facultativos especialistas de área.

Tabla 3 Porcentaje de alteraciones en las subescalas del Maslach Burnout Inventory

	FEA (n=21)	Matronas (n=11)	DUE (n=14)	AE (n=22)	Admin (n=2)	Celador (n=1)	Total
Alto agotamiento emocional	52,3	36,3	14,2	22,7	50	100	33,8
Alta despersonalización	33,3	18,1	21,4	40,9	100	0	32,3
Baja realización profesional	14,2	27,2	7,1	4,5	0	0	11,2

Admin: administrativas; AE: auxiliares de enfermería; DUE: diplomados universitarios enfermería; FEA: facultativos especialistas de área.

Tabla 4 Subescalas del Maslach Burnout Inventory en relación con el sexo y aspectos laborales

	Agotamiento emocional	Despersonalización	Realización profesional
Sexo			
Hombres	18,1 ± 10,3	4,9 ± 4,3	42,8 ± 4,7
Mujeres	20,1 ± 13,3	8,3 ± 7,5	42,1 ± 7,2
Relación laboral			
Fijos	18,5 ± 11,8	6,7 ± 6,1	42,9 ± 6,6
Interinos	25,6 ± 16,7	13,0 ± 8,9	39,8 ± 6,2
Temporal	27,0 ± 12,9	9,2 ± 10,7	39,2 ± 7,4
Tiempo vida profesional			
1–10 años	22,2 ± 16,2	13,5 ± 8,0	39,7 ± 8,0
10–25 años	21,7 ± 13,7	8,2 ± 8,2	40,4 ± 7,2
>25 años	17,5 ± 11,2	5,6 ± 5,0	44,3 ± 5,3
Horas trabajadas			
<35	19,3 ± 4,0	9,6 ± 3,8	41,0 ± 7,8
35–48	17,0 ± 12,1	6,2 ± 6,4	43,0 ± 6,4
>48	31,7 ± 10,8	11,7 ± 9,0	39,6 ± 6,4

Los profesionales que trabajaban más de 48 h a la semana presentaron valores significativamente más elevados de agotamiento emocional y despersonalización. También mostraban una tendencia a menores niveles de realización profesional, aunque sin significación estadística.

Discusión

Desde su descripción en la década de los años 70 del pasado siglo, el síndrome de *burnout* ha despertado gran atención entre los profesionales de la sanidad. Muestra de ello es la gran cantidad de estudios de los que ha sido objeto, estimándose que hasta 1989 ya se habían realizado más de 2.500 publicaciones⁶ de las que únicamente 770 estaban reflejadas en Pubmed. Sin embargo, es en la última década cuando la preocupación por el *burnout* se acentúa, produciéndose un notable incremento en el número de publicaciones, tanto en nuestro país como en el resto del mundo (fig. 2). Hay que tener en cuenta que los criterios de unos países para establecer el *burnout* pueden ser inadecuados en otros debido a la existencia de diferencias significativas en los valores normativos de corte por cuestiones socioculturales⁷, y también que las diferentes estructuras sanitarias, organización del trabajo, especialidad, mentalidad, carácter o formas de afrontar los problemas suponen factores de distorsión a la hora de realizar comparaciones⁸, por lo que optamos por contrastar nuestros resultados únicamente con los estudios publicados en nuestro país que hayan seguido una metodología similar. Aunque en España existen artículos sobre el síndrome de *burnout* entre médicos de atención primaria, especialistas y residentes y personal de enfermería^{8–16}, hay que tener en cuenta que la mayoría de de estas publicaciones hacen referencia a estos colectivos profesionales de forma aislada, que solo en algunas publicaciones se analiza el síndrome en diferentes categorías profesionales^{12,13,17–19} y que no existe ninguna publicación que considere su prevalencia en el contexto de una UCG.

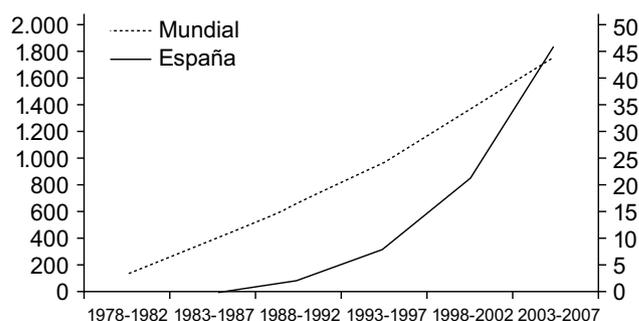


Figura 2 Publicaciones sobre el burnout referenciadas en Medline (término de búsqueda «burnout»).

El índice de respuesta de nuestro trabajo fue del 43,2%, lo que nos sitúa en la parte baja del rango de los artículos publicados en nuestro país, que oscila entre el 41,6¹⁷–87,7%¹². Resulta sorprendente un índice de respuesta tan bajo, tanto por tratarse de una única UCG integrada en un solo hospital como por el hecho de que previamente se expuso la finalidad y relevancia de la encuesta. Desconocemos los motivos de un índice tan bajo de respuestas.

Hemos utilizado el cuestionario MBI en su versión española por ser el instrumento de medida empleado en la práctica totalidad de los estudios revisados, aunque en la actualidad se están planteando nuevas perspectivas de evaluación que superan algunas de las limitaciones conceptuales y psicométricas de este instrumento. Por ejemplo, hay un consenso amplio en considerar la dimensión «realización personal en el trabajo» más como un factor independiente que como una dimensión interna del síndrome; sería más bien consecuencia del desgaste profesional o un modulador cercano al constructo de autoeficacia. Probablemente, esta circunstancia en la profesión médica es especialmente clara, ya que los profesionales inmersos en un proceso de desgaste profesional no ven afectadas tanto sus competencias técnico-instrumentales (de exploración, diagnóstico y tratamiento) como las motivacionales y

psicosociales (perspectivas de desarrollo, expectativas profesionales, procesos de relaciones interpersonales en el trabajo). La evaluación específica del síndrome en los médicos debe incluir factores motivacionales y de distanciamiento más que de ineficacia profesional, y en ella, la dimensión «agotamiento» se define como el principal descriptor del desgaste profesional. De acuerdo con los nuevos planteamientos, se estudian nuevos instrumentos que permitan la evaluación específica de las dimensiones del desgaste profesional médico y una evaluación global del síndrome, como la Escala del síndrome de Desgaste Profesional Médico, perteneciente al Cuestionario de Desgaste Profesional Médico¹⁵.

La media de las puntuaciones obtenidas en las distintas subescalas de burnout se asemejan a las referidas por otros autores^{8,14,20}. De igual manera, las puntuaciones según las distintas categorías se corresponden a lo comunicado en diversos trabajos²¹⁻²⁵.

Tanto los médicos como el personal de enfermería se consideran de riesgo para la presentación de stress relacionado con el trabajo²⁶⁻²⁸. Médicos y matronas muestran valores de agotamiento emocional por encima de la media de la UCG, aunque las puntuaciones más elevadas se presentan en personal no sanitario (administrativas y celador) lo que concuerda con lo observado en la serie de Pera¹⁸. También coincidimos con él en que el trabajo rutinario y el menor reconocimiento social puede contribuir a su presentación. Aunque existe la idea generalizada de que el personal de enfermería presenta un alto riesgo de padecer el *burnout*, los resultados de nuestro estudio evidencian un bajo grado tanto en los DUE como en los auxiliares de clínica, resultados acordes a algunos estudios específicos de estas categorías profesionales^{16,29}.

De acuerdo con otros autores que analizan de forma conjunta diversas categorías²⁹, encontramos que el estamento FEA presenta los valores más alterados en las 3 subescalas.

Resulta llamativo que el grupo de auxiliares de enfermería sea el que presente un mayor porcentaje de profesionales con elevada realización profesional, dadas las características de su trabajo. Igualmente llamativo resulta que este colectivo presente buenos resultados en las 3 subescalas del MBI, y simultáneamente valores más altos de *estrés* percibido. Una posible explicación es la forma tan simple con que hemos realizado la valoración del *estrés* percibido (una escala simple de uno a 10), lo que constituye una de las limitaciones de nuestro estudio. Hay que tener en cuenta que existen una gran cantidad de escalas para la medición del *estrés*, aunque únicamente 2 están teniendo una aceptación creciente por parte de la comunidad científica internacional³⁰. No obstante, la valoración del *estrés* no constituía uno de los objetivos de nuestro estudio.

La relación entre la edad o la antigüedad laboral y la presentación de burnout es controvertida existiendo trabajos que reflejan mayores niveles de burnout en los profesionales de mayor edad y mayor antigüedad laboral³¹⁻³³, otros en los que se invierte esta relación^{21,22,34} o que no encuentran diferencias^{13,35}. En nuestra serie los profesionales con una mayor trayectoria laboral presentan niveles más bajos de *burnout*, lo que nos acerca a la postura de los que postulan que el paso de los años dota a los trabajadores

de una mayor seguridad y experiencia en su trabajo, siendo menos vulnerables a la tensión laboral y habiendo superado las expectativas idealistas de los primeros años de ejercicio profesional^{29,34}, e incluso que los que permanecen en el puesto de trabajo son aquellos que presentaron mayores estrategias de afrontamiento, lo que se denomina «sesgo de supervivencia»¹³.

Algunos autores consideran que el personal fijo es más susceptible de sufrir el síndrome de *burnout*, probablemente por no disponer de expectativas de mejora laboral con respecto a los contratados^{13,18,22}. No obstante nuestros resultados se contraponen a los anteriores, dado que el personal fijo presenta niveles más bajos en las subescalas del MBI que el resto. Hay que tener en cuenta que en el sistema sanitario público de Andalucía la consecución de una plaza fija implica una larga trayectoria de vida profesional.

De acuerdo con lo esperado, los niveles más elevados de burnout se dieron en los profesionales que trabajaban más de 48 h semanales. Es lógica la asociación entre *burnout* y horas semanales trabajadas^{36,37} puesto que el cansancio físico contribuye a la aparición del síndrome²⁷. Dadas las características de la organización laboral en el sistema sanitario público de nuestro país, no nos sorprende que sean únicamente los FEA los que dediquen más de 48 h semanales a su trabajo.

Al analizar la distribución según el sexo, observamos un claro predominio de mujeres, pero si hacemos una diferenciación por categorías encontramos como dato significativo que el estamento de FEA presenta el mayor porcentaje de varones, con una diferencia claramente significativa. El hecho de que la distribución de los grupos en cuanto al sexo no sea homogénea, podría explicar la ausencia de significación en el análisis del burnout con respecto al sexo, lo que concuerda con la mayoría de estudios analizados^{11,14,23,34,38}, a pesar de que el grupo de mujeres FEA es el que presenta unos mayores niveles de burnout. Algunos autores postulan que las mujeres tienen mayores recursos psicológicos para hacer frente a las situaciones problemáticas en el trabajo, o un mayor grado de conformismo, pero también que acaban con mayor frecuencia «quemadas» dado el conflicto que se plantea entre su vida familiar y laboral^{12,31,32,39,40}.

Este estudio tiene sus limitaciones. En primer lugar, la muestra es relativamente pequeña, lo que ha impedido realizar análisis dentro de las subescalas, así como hacer grupos más homogéneos y puntos de corte más estrechos. Estamos convencidos de que el número limitado de casos incluidos ha influido en la ausencia de significación estadística de algunos de nuestros resultados. Se trata además de un diseño transversal, que solo permite estudiar asociaciones entre las variables, sin posibilidad de establecer causalidad y el hecho de constituir un cuestionario anónimo no permite identificar cambios individuales con seguimientos posteriores. Otro sesgo puede ser la mayor o menor sinceridad de los profesionales al responder el cuestionario MBI. Tampoco se ha establecido diferencia entre el personal que trabaja en urgencias (matronas, auxiliares de paritorios) y el resto (DUE, auxiliares de hospitalización); es sabido que el colectivo que trabaja en urgencias presenta unos niveles más altos de *burnout*^{10,41}. Finalmente, la ausencia de estudios similares en España nos ha obligado a establecer comparaciones con estamentos de otras especialidades; resulta obvio que las diferencias

suponen factores de distorsión a la hora de realizar comparaciones.

Desde el sector sanitario existe una seria preocupación por el nivel de calidad asistencial prestada a la comunidad, así como por el grado de satisfacción del usuario, dedicando menos atención a la salud laboral del trabajador sanitario. Sin embargo, se ha podido constatar que la insatisfacción del profesional del sector sanitario acarrea un serio coste económico y social, debido a su efecto sobre el clima laboral, el rendimiento y la prestación de los cuidados de salud⁴². En los últimos años hemos asistido a lo que se ha dado en llamar «la proletarización del profesional sanitario», entendida como la expropiación de valores o del propósito del trabajo. Esa expropiación tiene su origen en la pérdida de control sobre el producto del trabajo (el cliente satisfecho) y de la relación con la comunidad. Existen algunos factores que incentivan la burocratización de los profesionales, como por ejemplo el aumento de los costes derivados de las malas prácticas (errores profesionales), el exceso de oferta de profesionales, la enseñanza de la profesión recalando la tecnología y la especialización del conocimiento⁴³. Creemos que dicha proletarización puede ser considerada como una de los factores que contribuyen al desarrollo del *burnout* dentro de la profesión sanitaria.

Existe en el *burnout* una fase irreversible, en la que el síndrome adquiere tal virulencia que hoy por hoy la única solución es el abandono de la profesión, por lo que merece la pena realizar medidas preventivas ya que con frecuencia el diagnóstico precoz es complicado y la diferencia entre un simple desgaste y el síndrome es muy sutil^{3,44}.

Cualquier programa de intervención se ha de insertar dentro de una planificación estratégica mucho más amplia que involucre la toma de conciencia del problema.

Los centros han de garantizar las circunstancias favorables para que el profesional se desenvuelva en un ambiente laboral más humano y más adaptado a sus necesidades y aspiraciones^{45,46}. El elevado número de variables que pueden influir en la satisfacción y desgaste del personal sanitario pone de manifiesto que está más que justificada cualquier estrategia de prevención de los mismos, tanto en el ámbito individual como en el de equipo y organización^{21,27}, pero hay que tener en cuenta que los factores organizativos tienen un mayor papel sobre el *burnout* que los individuales, y que las medidas sobre el individuo pueden ayudar a aliviar el agotamiento emocional, pero no afectan a las otras dimensiones del síndrome. Además las estrategias individuales son relativamente ineficaces en el lugar de trabajo, donde las personas tienen mucho menor control sobre los factores estresantes que en el resto de facetas de su vida³.

Entre las iniciativas propuestas por los participantes en nuestro estudio para reducir el *estrés* en el lugar de trabajo destacan disminuir la presión asistencial, aumentar las retribuciones, mayor apoyo y reconocimiento por parte de la administración pública, mejorar la formación y adecuar las plantillas a las cargas de trabajo, una serie de demandas ya puestas de manifiesto con anterioridad por los trabajadores de la sanidad^{28,45}.

Este trabajo constituye el primer estudio sobre la prevalencia del síndrome de *burnout* entre los integrantes de una UCG. Encontramos preocupante que el 33,8% de los integrantes del estudio presenten unas cifras elevadas de AE

y que este sea alto en el 52,3% de los FEA. Por otra parte creemos que los valores elevados de satisfacción profesional que refieren los integrantes de la UCG hace que solo en el 2,8% coincidan valores elevados de cansancio emocional y despersonalización con una baja realización profesional.

Consideramos que en el colectivo de médicos mujeres es imprescindible iniciar medidas para tratar, y no prevenir, el *burnout*.

El primer paso en la prevención y el tratamiento del *burnout* es el conocimiento de que este problema existe, que nos afecta y que es atribuible al entorno de trabajo y no al profesional. Jefes de servicio, administraciones sanitarias, sociedades científicas y sindicatos profesionales deben estar alerta y establecer medidas destinadas a mejorar no solo el bienestar psicológico y la satisfacción por el trabajo, sino también nuestra calidad de vida.

Finalmente se puede afirmar que el síndrome de desgaste profesional se está convirtiendo en un problema de salud pública. Si los cuidadores se sienten mal cuidados o están exhaustos, es lógico pensar que, al final, quien pierde es la sociedad en su conjunto. En consecuencia, se debería considerar el bienestar de los profesionales de la salud como una prioridad social, «simplemente por una cuestión de inteligencia»³⁸.

Bibliografía

- Hidalgo M. Síndrome de estar quemado por el trabajo o «burnout» [consultado 30/5/2009]. Disponible en: <http://www.insht.es/portal/site/Insht/menuitem>.
- Maslach C. Understanding burnout. En: Payne S, editor. Stress and burnout. Londres: Sage; 1982.
- Maslach C. Job burnout: New directions in research and intervention. *Cur Dir Psychol Sci*. 2003;12:189-92.
- Maslach C, Jackson SE. The Maslach Burnout Inventory. Manual Research Edition. University of California. Palo Alto: Consulting Psychologist Press; 1986.
- G-Stat 2.0. Madrid: GlaxoSmithKline SA; 2006.
- Garcés de los Fayos EJ. Tesis sobre el burnout. [monografía en internet]. 2003 [consultado 30/5/2009]. Disponible en: <http://www.abacolombia.org.co/postnuke/modules.php>.
- Gil-Monte PR, Marucco MA. Prevalencia del «síndrome de quemarse por el trabajo» (burnout) en pediatras de hospitales generales. *Rev Saude Pub*. 2008;42:450-6.
- Fernández-Torres B, Roldán LM, Guerra A, Roldán T, Gutiérrez A, De las Mulas M. Prevalencia del síndrome de Burnout en los anestesiólogos del Hospital Universitario Virgen Macarena de Sevilla. *Rev Esp Anestesiol Reanim*. 2006;53:359-62.
- Ríos MI, Godoy C, Peñalver F, Alonso A, López F, López A, et al. Estudio comparativo del burnout en personal de enfermería de Cuidados Intensivos y Urgencias Enferm Intensiva. 2008; 19: 2-13.
- Albaladejo R, Villanueva R, Ortega P, Astasio P, Calle ME, Domínguez V. Síndrome de burnout en el personal de enfermería de un hospital de Madrid. *Rev Esp Salud Publica*. 2004;78:505-16.
- Martínez A, Castillo C, Magaña E, Bru I, Franco A, Segura A. Estudio sobre la prevalencia del burnout en los médicos del área sanitaria de Talavera de la Reina. *Aten Primaria*. 2003;32:343-8.
- Atance JC. Aspectos epidemiológicos del síndrome de burnout en personal sanitario. *Rev Esp Salud Publica*. 1997;71:293-303.
- Caballero MA, Bermejo F, Nieto R, Caballero F. Prevalencia y factores asociados al burnout en un área de salud. *Aten Primaria*. 2001;27:313-7.

14. Castelo-Branco C, Figueras F, Eixarch E, Quereda F, Cancelo MJ, González S, et al. Stress Symptoms and burnout in obstetric and gynaecology residents. *BJOG*. 2007;114:94-7.
15. Moreno-Jiménez B, Gálvez M, Garrosa E, Mingote JC. Nuevos planteamientos en la evaluación del *burnout*. La evaluación específica del desgaste profesional médico. *Aten Primaria*. 2006;38:544-9.
16. Solano MC, Hernández P, Vizcaya ME, Reig A. Síndrome de Burnout en profesionales de enfermería de cuidados críticos. *Enferm Intensiva*. 2002;13:9-16.
17. Grau A, Suñer R, García MM. Desgaste profesional en el personal sanitario y su relación con los factores personales y ambientales. *Gac Sanit*. 2005;19:463-70.
18. Pera G, Serra-Prat M. Prevalencia del síndrome del quemado y estudio de los factores asociados en los trabajadores de un hospital comarcal. *Gac Sanit*. 2002;16:480-6.
19. Ibáñez N, Vilaregut A, Abio A. Prevalencia del síndrome de burnout y el estado general de salud en un grupo de enfermeras de un hospital de Barcelona. *Enferm Clin*. 2004;14:142-51.
20. Martínez A, Del Castillo C, Magaña E, Bru I, Franco A, Segura A. Estudio sobre la prevalencia del burnout en los médicos del área Sanitaria de Talavera de la Reina. *Aten Primaria*. 2003;32:343-348.
21. 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;23:352-9.
22. Molina JM, Avalos F, Giménez I. Burnout en enfermería de atención hospitalaria. *Enferm Clinica*. 2005;15:275-81.
23. Varela P, Fontao LF, Martínez AM, Pita A, Valín MC. Desgaste profesional entre los odontólogos y estomatólogos del Servicio Gallego de Salud. *Aten Primaria*. 2005;35:301-5.
24. Gutierrez MT, Martínez S. Burnout en enfermeras oncológicas mejicanas. *Salud de los trabajadores*. 2006;14:19-30.
25. Gandoy M, Clemente M, Mayán-Santos JM, Espinosa P. Personal determinants of burnout in nursing staff at geriatric centres. *Arch Gerontol Geriatr*. 2009;48:246-9.
26. Becker JL, Milad MP, Klock CS. Burnout, depression, and career satisfaction: cross-sectional study of obstetrics and gynecology residents. *Am J Obstet Gynecol*. 2006;195:1444-9.
27. Mingote JC, Moreno B, Gálvez M. Desgaste profesional y salud de los profesionales médicos: Revisión y propuestas de prevención. *Med Clin (Barc)*. 2004;123:265-70.
28. Muñoz JC. Síndrome de burnout en Unidades de Cuidados Intensivos. *Enferm Intensiva*. 2007;18:1-2.
29. Escribá-Agüir V, Martín D, Pérez S. Psychosocial work environment and burnout among emergency medical and nursing staff. *Int Arch Occup Environ Health*. 2006;80:127-33.
30. Nyssen AS, Hansez I, Baele P, Lamy M, De Keyser V. Occupational stress and burnout in anaesthesia. *Br J Anaesth*. 2003;90:333-7.
31. Sobrequés J, Cebrià J, Segura J, Rodríguez C, García M, Juncosa S. La satisfacción laboral y el desgaste profesional de los médicos de Atención Primaria. *Aten Primaria*. 2003;31:227-233.
32. Prieto I, Robles E, Salazar IM, Vega E. Burnout en médicos de atención primaria de la provincia de Cáceres. *Aten Primaria*. 2002;29:294-302.
33. Olmeda MS. Burnout en profesionales de salud mental. *An Psiquiatria*. 1998;14:48-55.
34. Sos P, Sobrequés J, Segura J, Manzano E, Rodríguez C, García M, et al. Desgaste profesional en los médicos de atención primaria de Barcelona. *Medifam*. 2002;12:613-9.
35. López M, Rodríguez A, Fernández M, Marcos S, Martínón F, Martínón JM. Síndrome de desgaste profesional en el personal asistencial pediátrico. *An Pediatr (Barc)*. 2005;62:248-51.
36. Gabbe SG, Melvilla J, Mandel L, Walter E. Burnout in chairs of obstetrics and gynecology: diagnosis, treatment, and prevention. *Am J Obstet Gynecol*. 2002;186:601-12.
37. Defoe DM, Power ML, Holzman GB, Carpentieri A, Schulkin J. Long hours a little sleep: work schedules of residents in obstetrics and gynecology. *Obstet Gynecol*. 2001;97:1015-8.
38. Cebrià-Andreu J. Comentario: El síndrome de desgaste profesional como problema de salud pública. *Gac Sanit*. 2005;19:470.
39. Arrizabalga P, Valls C. Mujeres médicas: De la incorporación a la discriminación. *Med Clin (Barc)*. 2005;125:103-7.
40. Fontán IM, Dueñas JL. Síndrome de burnout entre los ginecólogos del hospital universitario «Virgen Macarena» de Sevilla. *Prog Obstet Ginecol*. 2008;51:531-40.
41. Casado A, Muñoz G, Ortega N, Castellanos A. Burnout en profesionales de los servicios paliativos, intensivos y urgencias de un gran hospital. *Med Clin (Barc)*. 2005;124:554-6.
42. Aranaz JM, Mira JJ, Benavides FG. Los profesionales y la calidad asistencial hospitalaria. *Todo Hospital*. 1994;112:35-40.
43. Guillén MF. Profesionales y burocracia: desprofesionalización, proletarización y poder profesional en las organizaciones complejas. *REIS*. 1990;51:35-51.
44. Alcántud F. Burnout, un nuevo nombre para un viejo problema. 2004 Jul [consultado 30/5/2009]. Disponible en: www.lasbarricadas.net/burnout_2.pdf.
45. De Pablo R, Suberbiola J. Prevalencia del síndrome de burnout o desgaste profesional en los médicos de atención primaria. *Aten Primaria*. 1998;22:580-4.
46. Jorge F, Blanco MA, Issa S, Romero L, Ganoso P. Relación de la calidad de vida profesional y el *burnout* en médicos de atención primaria. *Aten Primaria*. 2005;36:442-7.