

El *burnout* percibido o sensación de estar quemado en profesionales sanitarios: prevalencia y factores asociados

Armand Grau ^{1,3*}, Daniel Flichtentrei ², Rosa Suñer ^{1,4}, Sílvia Font-Mayolas ^{1,5},
María Prats ² y Florencia Braga ²

¹ Instituto de Investigación sobre Calidad de Vida, Universidad de Girona, España.

² www.Intramed.net, Argentina.

³ Unidad Coordinadora de Calidad, Formación e Investigación, Fundación Salud Empordà

⁴ Departamento de Enfermería, Universidad de Girona, España.

⁵ Departamento de Psicología, Universidad de Girona, España.

resumen/abstract:

En función de los diversos modelos explicativos del síndrome de *burnout*, se han elaborado diferentes cuestionarios para evaluar este constructo siendo el más implementado el Maslach Burnout Inventory (MBI). Además, en el intento de evaluar este síndrome de una forma más rápida y ágil, diversos autores han elaborado otros instrumentos con un menor número de ítems. El presente estudio tiene como objetivos: 1. Estudiar la prevalencia del síndrome de *burnout* percibido, mediante una medida simple autoinformada de *burnout*, analizando su asociación con las escalas del MBI. 2. Estudiar los factores demográficos y laborales asociados al *burnout* percibido. 3. Relacionar el *burnout* percibido con aspectos y valoraciones de la esfera personal y laboral. La muestra está formada por 6150 profesionales sanitarios latinoamericanos (principalmente de Argentina pero con representación de México, Ecuador, Perú, Colombia, Uruguay, Guatemala y España, entre otros) con un 52.7% de varones y una edad media de 42.4 años. Se les administró un cuestionario "on line" a través del portal sanitario Intramed para medir características, percepciones y valoraciones personales y laborales, una pregunta simple para evaluar la percepción de *burnout* ("¿se siente usted <<quemado>> o con síndrome de *Burnout*?") y el MBI. Los resultados indican que el 36.3% de la muestra tiene la percepción de "estar quemado" o con *burnout*. El *burnout* percibido se encuentra muy relacionado con el Cansancio Emocional y es independiente de la Despersonalización. El *burnout* percibido se asocia a la sensación de deterioro personal y familiar por las condiciones laborales, y al planteamiento de abandono de la profesión.

Depending on the various models explaining the burnout syndrome, different questionnaires have been developed to assess this topic, the most widely-used is the Maslach Burnout Inventory (MBI). Moreover, in trying to assess this syndrome in a faster and more practical way, several authors have developed other instruments with fewer items. The present investigation aims: 1. Study the prevalence of burnout syndrome perceived using a simple measure of self-reported burnout, and to analyse its association with the scales of MBI. 2. Study demographic and work conditions associated with the perceived burnout. 3. Relate the burnout to personal and work evaluations. The sample consist of 6150 health professionals in Latin America (mainly from Argentina but with representation from Mexico, Ecuador, Peru, Colombia, Uruguay, Guatemala and Spain, among others. The mean age of the sample was 42.4 years, 52.7% were males. They were supplied with an online questionnaire through the health web page "Intramed" in order to measure characteristics, perceptions and professional opinions. The MBI and a simple question to assess perceptions of burnout (Do you feel burnt out?) was also included. The results indicated that 36.3% of the sample has the perception of "burnt out" or burnout. The perceived burnout is closely related to emotional exhaustion and is independent of depersonalisation. The burnout is associated with the perceived sense of personal and family deterioration due to working conditions, and the idea of abandoning the profession.

palabras clave/keywords:

Burnout, profesional sanitario, percepción, evaluación.

Burnout, health professionals, perception, evaluation.

Introducción

El síndrome de *burnout* o síndrome de desgaste profesional, descrito por primera vez en los años setenta, aparece ante una respuesta continuada al estrés laboral, afectando la salud de los trabajadores así como a sus relaciones laborales y sociales (Freudenberger, 1974; Maslach, 1976; Pines y Aronson, 1988). Este fenómeno es experimentado especialmente por trabajadores que cuidan y ayudan a otras personas como sanitarios y docentes, es decir, por personal que trabaja en la “relación de ayuda” (Alarcón, Vaz, y Guisado, 2001; Maslach y Pines, 1977). En los profesionales sanitarios, el síndrome de desgaste profesional está relacionado principalmente con la insatisfacción laboral, la falta de reconocimiento social, un menor control sobre el trabajo, la conflictividad en las relaciones interpersonales, la autopercepción de baja remuneración y el hecho de cuidar pacientes con muchas demandas (Gil-Monte, Carretero y Roldán, 2005; Maslach, Schaufeli y Leiter, 2001; Ramirez, Graham, Richards, Cull y Gregory, 1996).

Se han escrito numerosas definiciones del síndrome de *burnout*, pero la más aceptada es la propuesta de Maslach y Jackson (1981). Estos autores explicaron el *burnout* como una respuesta inapropiada al estrés, caracterizada por *agotamiento emocional* (no poder dar más de sí mismo en el ámbito emocional y afectivo, cansancio físico y psicológico), *despersonalización* (distanciamiento emocional de las personas con las que trata en el trabajo, desarrollo de senti-

mientos y actitudes de cinismo, de carácter negativo hacia las personas destinatarias del trabajo) y *falta de logro personal* (baja realización personal en el trabajo).

Aunque en sus inicios el *burnout* se entendía como un estado, las investigaciones actuales se centran en este síndrome como un proceso, resultado de la interacción de diversos factores internos y externos del trabajador (Alarcón y cols., 2001; Gil-Monte y Peiró, 1997). Considerado como un estado, el síndrome de *burnout* ha sido evaluado con una variedad de instrumentos en colectivos sanitarios, docentes y otras profesiones de ayuda (Gil-Monte, 2007; Gray-Toft y Anderson, 1981; Jones, 1980; Kristensen, Borritz, Villadsen y Christensen, 2005; Moreno, Gálvez, Garrosa y Mingote, 2006; Pines y Aronson, 1981). De entre todos ellos, el instrumento de evaluación más clásico y conocido es el Maslach Burnout Inventory (MBI) constituido por tres escalas que miden la frecuencia con que los profesionales perciben *baja realización personal en el trabajo*, *agotamiento emocional* y *despersonalización* (Maslach y Jackson, 1986).

En el intento de evaluar el síndrome de *burnout* de una forma más rápida y ágil, diversos autores han elaborado instrumentos con un menor número de ítems. De la Gándara, García, González y Álvarez (2005) han desarrollado el Cuestionario Urgente de *Burn-Out* (CUBO), que mide con seis preguntas este síndrome, cuantificando de forma global el desgaste profesional. En la misma línea, Pick y Leiter (1991) utilizaron dos medidas del *burnout* en una muestra de 34 enfermeras canadienses: el cuestionario MBI y una sola pregunta respecto a si en el momento actual se sentían quemadas o afrontaban bien el estrés laboral. Al comparar las dos medidas, se observó que las

* Armand Grau Martín. Unidad Coordinadora de Calidad, Formación e Investigación. Fundación Salud Empordà. Rector Aroles, s/n. 17600 Figueres. Girona. España.
Tel: 972 50 14 00. Fax: 972 67 03 13
Correo electrónico: grauma@comg.es

enfermeras que se auto-diagnosticaban *burnout* presentaban mayor puntuación en la escala de agotamiento emocional del MBI que las enfermeras que se auto-diagnosticaban un afrontamiento idóneo del estrés laboral, sin que se detectaran diferencias en las escalas de despersonalización y realización personal.

Asimismo, Rohland, Kruse y Rohrer (2004) evaluaron el *burnout* en una muestra de 307 médicos norteamericanos mediante encuestas enviadas por correo que incluían las subescalas del MBI, así como una pregunta única sobre el *burnout* con cinco opciones de respuesta que abarcaban cinco niveles sobre la autopercepción de *burnout* (desde su ausencia a sentirse completamente quemado). Los resultados indicaron una asociación entre las puntuaciones en la subescala de agotamiento emocional del MBI y la respuesta a la pregunta única, sugiriendo los autores el posible uso alternativo de la pregunta única en la evaluación de este componente en el colectivo médico.

El presente estudio tiene como objetivos: 1. Estudiar la prevalencia del síndrome de *burnout* percibido, mediante una medida simple auto-informada de *burnout*, analizando su asociación con las escalas del Maslach *Burnout Inventory*. 2. Estudiar los factores demográficos y laborales asociados al *burnout* percibido. 3. Relacionar el *burnout* percibido con aspectos y valoraciones de la esfera personal y laboral.

Método

Participantes

La muestra de estudio está formada por 6150 personas, de las cuales 3240 (52,7%) son varones, y la edad media es de 42,41 años (dt 10,9). El país de origen es Argentina en 4063 registros (66,1%), México en

559 (9,1%), Ecuador en 381 (6,2%), Perú en 262 (4,3%), Colombia en 167 (2,7%), Uruguay en 156 (2,5%), Guatemala en 103 (1,7%), España en 74 (1,2%) y el resto de países aporta el 1% o menos de la muestra, incluyendo participantes procedentes de Bolivia, Brasil, Chile, Costa Rica, El Salvador, Honduras, Nicaragua, Panamá, Paraguay, República Dominicana, Venezuela y otros. La mayor participación desde Argentina se explica por el hecho de que el portal electrónico a partir del cuál se recogían los datos tiene allí su origen y principal difusión. Respecto a la titulación, 5375 (87,4%) son profesionales de medicina, 169 (2,7%) de enfermería, 146 (2,4%) de odontología, 123 (2%) de psicología, 80 (1,3%) de nutrición, aportando el resto de las titulaciones menos del 1% a la muestra, incluyendo kinesiología, bioquímica, farmacia y gestión entre otras.

Instrumentos

1. Cuestionario de elaboración propia.

a) Características demográficas y laborales

El cuestionario recoge variables sociodemográficas como la edad, el sexo, el estado civil y el número de hijos, así como preguntas sobre la situación laboral, los años de profesión, los años en el actual trabajo y las horas semanales dedicadas al ocio.

b) Percepción de estar quemado

La percepción de estar afectado por el síndrome de *Burnout* se estudia mediante la pregunta simple “¿se siente usted <<quemado>> o con síndrome de *Burnout*?”, permitiendo una respuesta afirmativa o negativa.

c) Valoraciones personales y laborales

Se explora el sentimiento de ser valorado en su vida laboral por los pacientes, los fa-

Tabla 1: Características demográficas y laborales según la percepción de "sentirse quemado"

VARIABLE	BURNOUT PERCIBIDO		Estadístico	p
	SI	NO		
Edad	41,90 (15,3)	42,81 (11,3)	2,4	0,014
Sexo				
Hombre	1037 (32)	2203 (68)	53,6	< 0.001
Mujer	1193 (41)	1717 (59)		
Estado Civil				
Casado o Pareja	1461 (34,9)	2729 (65,1)	13,4	0,004
Soltero	454 (38,8)	715 (61,2)		
Separado-Divorciado	254 (41,2)	363 (58,8)		
Viudo	61 (35,1)	113 (64,9)		
Número de hijos	1,53 (1,6)	1,70 (1,5)	4,1	< 0.001
Enfermedad crónica				
SI	909 (45,4)	1094 (54,6)	106,9	< 0.001
NO	1321 (31,9)	2826 (68,1)		
Baja laboral en el último año				
SI	762 (48,2)	818 (51,8)	131,7	< 0.001
NO	1468 (32,1)	3102 (67,9)		
Toma psicofármacos con asiduidad				
SI	858 (55)	703 (45)	316,6	< 0.001
NO	1372 (29,9)	3217(70,1)		
Profesión				
Medicina	1974 (36,7)	3401 (63,3)	18,2	0,003
Enfermería	71 (42)	98 (58)		
Odontología	38 (26)	108 (74)		
Psicología	40 (32,5)	83 (67,5)		
Nutrición	17 (21,3)	63 (78,8)		
Otros	90 (35)	167 (65)		
Hace guardias				
SI	1225 (41,6)	1719 (58,4)	69,9	< 0.001
NO	1005 (31,3)	2201 (68,7)		
Años de profesión	15,64 (9,8)	16,69 (11)	3,8	< 0.001
Años actual trabajo	10,58 (8,9)	11,57 (10)	3,9	< 0.001
Horas semanales de ocio	15,77 (14)	18,88 (15,9)	7,9	< 0.001

VARIABLES CUANTITATIVAS: Media (dt); T de Student para grupos independientes.

VARIABLES CUALITATIVAS: Frecuencia (porcentaje); Chi cuadrado.

miliares de los pacientes, los compañeros de profesión y los superiores, mediante respuestas dicotómicas de “Sí” o de “No”. La evaluación de la valoración global se obtiene mediante la adjudicación de un punto por cada respuesta afirmativa. La posterior suma de las puntuaciones la convierte en una variable cuantitativa que oscila de 0 a 4 puntos. También mediante preguntas dicotómicas se interroga sobre el padecimiento de alguna enfermedad crónica, el haber estado de baja laboral durante el último año, el consumo de tranquilizantes o antidepresivos con asiduidad y el consumo excesivo de alcohol.

La valoración de la situación económica, de la propia experiencia profesional y del grado de optimismo se realiza mediante una escala numerada del 1 al 10, considerando el valor 1 como “nada satisfactoria” o como “nada optimista” y el valor 10 como “muy satisfactoria” o “totalmente optimista”.

Las potenciales conductas negativas que pueden estar asociadas al *burnout* se identifican mediante las siguientes preguntas: “¿Ha dejado de ir a trabajar sin una causa física que lo justificara?” (ausencias no justificadas), “¿cree haber cometido errores en la asistencia de sus pacientes por culpa de las condiciones de trabajo?” (errores asistenciales), y “¿se ha planteado cambiar de profesión?” (abandono profesión), ofreciendo las posibilidades de respuesta “nunca”, “alguna vez” y “con frecuencia”; y también con las afirmaciones: “las condiciones laborales han deteriorado su situación familiar” (deterioro familiar) y “las condiciones laborales han deteriorado su situación personal” (deterioro personal), con las opciones de respuesta “nada”, “poco”, “bastante” y “mucho”.

2. Maslach Burnout Inventory (MBI).

Se utiliza el MBI para el estudio del Síndrome de Desgaste Profesional.

El MBI consta de 22 ítems con respuestas en una escala de Likert de 7 opciones en relación con la frecuencia en que se experimentan ciertas sensaciones relacionadas con el trabajo y con una puntuación posible de 0 a 6 para cada ítem. Este cuestionario tiene tres dimensiones: Cansancio Emocional con 9 ítems, refleja la sensación de estar exhausto emocionalmente por el trabajo y con menor capacidad de entrega a los demás; Despersonalización con 5 ítems, describe una respuesta impersonal y fría hacia los pacientes; y Realización Personal con 8 ítems expresa sentimientos de competencia y éxito, y en contraste con los dos componentes previos, en esta última dimensión los valores bajos son indicativos del Síndrome de Desgaste Profesional. Los autores proporcionaron datos de fiabilidad con una alfa de Cronbach de 0,90 para Cansancio Emocional, 0,71 para Realización Personal y 0,79 para Despersonalización (Maslach y Jackson, 1986). La versión traducida al castellano obtuvo una fiabilidad similar con una alfa de Cronbach de 0,87 para Cansancio Emocional, 0,72 para Realización Personal e inferior con 0,57 para Despersonalización (Gil-Monte y Peiró, 1999a). En la muestra del actual estudio se obtiene un alfa de Cronbach de 0,88 para Cansancio Emocional, 0,79 para Realización Personal y 0,65 para Despersonalización. Los rangos del coeficiente test-retest van de 0,60 a 0,80 en periodos de un mes siendo cansancio emocional la dimensión más estable. Los estudios de validez factorial suelen coincidir en tres dimensiones, pero hay investigadores que han encontrado dos o cuatro dimensiones. La validez convergente ha sido demostrada para Cansancio Emocional, pero esta dimensión plantea dudas en su validez discriminante con un posible solapamiento

con otros constructos (Alarcón, Vaz y Guisado, 2002).

Procedimiento

Los cuestionarios se cumplimentaron via online, accediendo a través del portal de internet "Intramed" en la dirección www.intramed.net y protegidos con contraseña, de tal forma que para acceder era imprescindible registrarse previamente y obtener las claves de acceso. Una vez completada y validada la encuesta el acceso quedaba bloqueado impidiendo que una misma persona registrada cumplimentara más de una encuesta. Existen en la literatura científica diversos estudios que han verificado la validez de las encuestas online, comparando los resultados de estudios conducidos en la web con estudios idénticos realizados con los métodos clásicos (Buchanan y Smith, 1999; Nathanson y Reinert, 1999; Schleyer y Forrest, 2000). Se ha señalado que estos estudios web cuentan con algunas ventajas como una mayor tasa de respuestas, un coste inferior y un menor tiempo de procesamiento (Schleyer y Forrest, 2000). En esta investigación se incluyen los datos recogidos desde finales de enero del 2007 a principios de mayo del 2007.

Los resultados se describen en frecuencia y porcentaje cuando la variable es cualitativa, y en media y desviación típica si es cuantitativa. La clasificación por tertiles se realiza según los resultados obtenidos en la muestra sujeta a estudio, sin recurrir a puntos de corte "normativos" de otras poblaciones. Para cada variable cualitativa se compara la frecuencia de la sensación de "estar quemado" mediante el estadístico Chi Cuadrado. Para las variables cuantitativas se compara el valor de la media entre los participantes que se sentían "quemados" y los que no,

mediante el estadístico T de Student para grupos independientes. El estudio multivariado se realiza mediante Regresión Logística utilizando el método Forward Wald, con un nivel de significación de 0,05 para la entrada de las variables en el modelo y de 0,10 para la salida. La variable dependiente es la percepción de estar afectado por el síndrome de *Burnout*. Se elaboran dos modelos, incluyendo en los dos las variables sociodemográficas y laborales, para evitar que la presumible potencia de la dimensión Cansancio Emocional disminuya la significación de evaluaciones y percepciones de interés clínico, con las que pudiera mostrar relaciones de colinealidad. Un modelo está dirigido a estudiar la asociación con las restantes percepciones y evaluaciones subjetivas personales y laborales, y el otro modelo está dirigido a estudiar la asociación con las dimensiones del MBI. El procesamiento de los datos se realiza con el paquete estadístico SPSS 12.0.

Resultados

De los 6150 participantes, 2230 (36,3%) contestan afirmativamente a la pregunta "¿se siente usted <<quemado>> o con síndrome de *Burnout*?" y 3920 (63.7%) contestan que no.

Características demográficas y laborales

Cómo se puede apreciar en la tabla 1, los profesionales con la sensación de "estar quemados" son más jóvenes, tienen menos años de profesión y menor experiencia en el trabajo actual, y dedican menos horas al ocio.

La proporción de profesionales con la sensación de "estar quemados" es superior en el sexo femenino, y también es mayor en

Tabla 2: Valoraciones personales y laborales según la percepción de "sentirse quemado"

VARIABLE	BURNOUT PERCIBIDO		Estadístico	p
	SI	NO		
Sentirse valorado por pacientes				
SI	1875 (33,8)	3668 (66,2)	143,9	< 0.001
NO	355 (58,5)	252 (41,5)		
Sentirse valorado por familiares				
SI	1688 (33,1)	3413 (66,9)	129,9	< 0.001
NO	542 (51,7)	507 (48,3)		
Sentirse valorado por compañeros				
SI	1528 (32,2)	3223 (67,8)	151,7	< 0.001
NO	702 (50,2)	697 (49,8)		
Sentirse valorado por superiores				
SI	915 (25,9)	2615 (74,1)	383,2	< 0.001
NO	1315 (50,2)	1305 (49,8)		
Valoración global	2,69 (1,1)	3,2 (0,9)	21,5	< 0.001
Ausencias no justificadas				
Nunca	1090 (30,8)	2450 (69,2)	113,2	< 0.001
Alguna vez	1024 (43)	1357 (57)		
Frecuentemente	116 (50,7)	113 (49,3)		
Errores asistenciales				
Nunca	203 (22,3)	708 (77,7)	123,6	< 0.001
Alguna vez	1874 (37,8)	3086 (62,2)		
Frecuentemente	153 (54,8)	126 (45,2)		
Abandono profesión				
Nunca	560 (21,3)	2071 (78,7)	567,1	< 0.001
Alguna vez	1144 (42,5)	1547 (57,5)		
Frecuentemente	526 (63,5)	302 (36,5)		
Deterioro familiar				
Nada	188 (13,2)	1235 (86,8)	761,9	< 0.001
Poco	1019 (33,6)	2010 (66,4)		
Bastante	855 (59,4)	585 (40,6)		
Mucho	168 (65,1)	90 (34,9)		
Deterioro personal				
Nada	88 (8)	1008 (92)	1077	< 0.001
Poco	638 (25,6)	1855 (74,4)		
Bastante	1103 (56,5)	848 (43,5)		
Mucho	401 (65,7)	209 (34,3)		
Excesivo consumo de alcohol				
SI	168 (46,3)	195 (53,7)	16,7	< 0.001
NO	2062 (35,6)	3725 (64,4)		
Experiencia profesional	7,11 (1,6)	7,81 (1,3)	16,8	< 0.001
Optimismo	7,15 (1,9)	8,07 (1,6)	18,6	< 0.001
Situación económica	5,29 (2)	6,23 (1,8)	18,1	< 0.001

Variables cuantitativas: Media (dt); T de Student para grupos independientes.

Variables cualitativas: Frecuencia (porcentaje); Chi cuadrado.

los profesionales que están separados-divorciados o solteros que en los casados-con pareja o en los viudos. Hay un mayor número de profesionales que se sienten “quemados” entre los que declaran tener una enfermedad crónica, haber estado de baja laboral en el último año, entre los consumidores de psicofármacos (tranquilizantes o antidepresivos) con asiduidad y en quienes hacen guardias dentro de sus obligaciones laborales.

Por profesiones, la mayor prevalencia de percepción de *burnout* se observa en enfermería y la menor en los nutricionistas y odontólogos.

Valoraciones personales y laborales

En la tabla 2 se recogen las valoraciones subjetivas de los participantes en aspectos personales y laborales, y su asociación con la creencia de tener *burnout*. Entre los trabajadores sanitarios que no se sienten valorados por los pacientes, o por los familiares de los pacientes, o por los compañeros de trabajo, o por los jefes, más de la mitad se catalogan afectados de síndrome de *burnout*, disminuyendo esta cifra a un tercio entre los trabajadores que se sienten valorados en las tres primeras variables y a un cuarto en la valoración de los jefes.

La mayor frecuencia de ausencias laborales sin problemas físicos de salud que las justifiquen, de la percepción de haber cometido errores asistenciales atribuibles a unas condiciones del trabajo inadecuadas, y del planteamiento de abandono de la profesión, se asocia con una mayor prevalencia de síndrome de *burnout* percibido. A medida que aumenta la intensidad de la atribución a las condiciones laborales de un deterioro de la situación familiar y personal, también se incrementa progresivamente el número de

trabajadores sanitarios que se sienten “quemados”, con diferencias entre los extremos (de nada a mucho) que superan porcentajes del 50%.

Los trabajadores sanitarios sin percepción de *burnout* valoran ligeramente mejor su experiencia profesional y su situación económica, y también se consideran más optimistas.

Al realizar una regresión logística con la percepción de tener *burnout* como variable dependiente y con las valoraciones personales y laborales como variables independientes, incluyendo como variables de ajuste las características demográficas y laborales (tabla 3), se aprecia que la primera variable que entra en el modelo es el deterioro personal por las condiciones laborales, de modo que cada nivel de intensidad de este deterioro implica un 75% mayor de probabilidad de sentirse “quemado”. Le siguen el planteamiento del abandono de la profesión y el deterioro familiar por culpa de las condiciones laborales, que incrementan la probabilidad en un 52% y 50%, respectivamente, por cada nivel de frecuencia o intensidad. El considerarse valorado por las otras personas, el optimismo y la mejor evaluación de la situación económica tienen un efecto protector para la sensación de “estar quemado”.

Percepción de estar quemado y su relación con Maslach Burnout Inventory

Los profesionales sanitarios que afirman “estar quemados” obtienen puntuaciones medias considerablemente más elevadas en Cansancio Emocional (33,65; dt = 10,3) que los colegas que afirman no “estar quemados” (18,49; dt = 10,2), ($t_{(6148)} = 55,68$; $p < 0,001$). Las diferencias son más pequeñas en las dimensiones de Despersonaliza-

ción, con valores de 9,96 (dt = 6,6) entre los que se sienten quemados y de 6,08 (dt = 5,2) entre los que no se sienten quemados ($t_{(3838,4)}=23,6$; $p<0,001$); y en Realización Personal, con valores de 34,56 (dt = 8,2) entre los que afirman estarlo y de 39,79 (dt = 7,1) entre los que niegan estarlo ($t_{(4080,9)}=-25$; $p<0,001$).

Al dividir cada dimensión del MBI en tres tertiles se observa que 693 participantes (11,3% de la muestra global) quedarían situados en el tercil inferior de las tres dimensiones, y 704 participantes (11,4% de la muestra global) quedarían situados en el tercil superior de las tres dimensiones. Dentro del grupo con tercil inferior en las tres dimensiones manifiestan sentirse quemados 34 participantes (4,9%), mientras que dentro del grupo con tercil superior en las tres dimensiones se sienten quemados 553 profesionales (78,6%). Sobre el total de trabajadores con la sensación de estar quemados, estos datos representan que un 1,5% está dentro del tercil inferior y un 24,8% dentro del tercil superior en las tres dimensiones.

En la tabla 4 se expone la prevalencia de *burnout* percibido según la ubicación en el tercil inferior, medio o superior de cada dimensión del MBI. En las tres dimensiones se produce un incremento progresivo en el número de personas que se declaran “quemados” a medida que aumenta el tercil. En la dimensión de Cansancio Emocional este aumento es más acusado, con una mayor diferencia entre los tertiles. En esta dimensión menos del 8% de los participantes encuadrados en el tercil inferior se consideran con *burnout*, en comparación al 20% aproximado que se observa en las otras dos dimensiones del MBI, y casi un 72% de los situados en el tercil superior se consideran

con *burnout*, mientras que en Despersonalización y Baja Realización Personal es alrededor del 55%.

Para identificar la influencia de cada dimensión en el resultado de las otras dos se elaboró la tabla 5, donde se divide cada dimensión en sus tres tertiles y se expresan los valores de la frecuencia y el porcentaje de profesionales que se declaran “quemados” y están situados en el tercil superior de las otras dos dimensiones del MBI, en función de la ubicación que les corresponde en el tercil de la dimensión que las clasifica. Con la intención de simplificar la exposición de los datos sólo se muestran los resultados del tercil superior de las dimensiones evaluadas, y por lo tanto cuanto más elevado es el resultado mayor es la coincidencia entre la dimensión evaluada mediante el MBI y la percepción de *burnout*. En la tabla 5 se observa la influencia predominante de la dimensión Cansancio Emocional, que mantiene valores altos de prevalencia (cerca al 70% y siempre superiores al 60%) aunque la puntuación en las otras dimensiones sea baja y queden clasificados en el tercil inferior. En cambio la prevalencia del *burnout* percibido expresada por los sujetos que han puntuado alto en Despersonalización o en Baja Realización Personal está claramente definida por la clasificación por tertiles que tienen estos trabajadores en la dimensión Cansancio Emocional, de modo que en el tercil inferior de Cansancio Emocional es de sólo 6% para Despersonalización y 17% para Baja Realización Personal.

Al realizar un nuevo modelo de regresión logística con la misma variable dependiente (percepción de tener *burnout*) y con las dimensiones del MBI y las características demográficas y laborales como variables independientes (tabla 6), la primera varia-

ble que entra en el modelo es cansancio emocional con un 12% de incremento en la probabilidad de sentirse “quemado” por cada punto obtenido en dicha dimensión, cuyo valor posible oscila de 0 a 54 puntos, de modo que la probabilidad se dobla cuando se superan los 8 puntos de diferencia.

También entra en el modelo la dimensión Realización Personal, con un efecto protector. Sin embargo, la dimensión Despersonalización no se asocia de manera independiente con el *burnout* percibido, reforzando la observación de dominancia de la dimensión Cansancio Emocional que sugería el estudio realizado con las tablas de contingencia.

Discusión

En nuestro estudio más de un tercio de la muestra (el 36.3%) tiene la percepción de “estar quemado” o afectado por síndrome de *Burnout*. Este resultado es superior al diagnóstico de *burnout* mediante una pregunta simple obtenido en un trabajo realizado en 307 médicos de los Estados Unidos, en el cual al solicitar que clasificaran su nivel de *burnout* usando su propia definición de este constructo, con cinco opciones de respuesta o niveles de afectación, un 22,7% de los encuestados se clasificaron como “quemados” (Rohland y cols., 2004). En otra investigación previa, realizada con una muestra pequeña de 31 enfermeras canadienses, se solicitaba una valoración dicotómica de la sensación de estar quemado similar a la del presente estudio, obteniendo una autoclasificación de *burnout* en el 35,5% de las enfermeras (Pick y Leiter, 1991).

Algunas de las variables demográficas y laborales asociadas al *burnout* percibido o sensación de estar quemado, han estado relacionadas en anteriores estudios de manera

similar con los niveles más altos de las dimensiones del MBI, como la edad, vivir en pareja, horas de trabajo y ocio y años de experiencia profesional (Ahola y cols, 2006; Maslach, Schaufeli y Leiter, 2001; Moreno, Meda, Rodríguez, Palomera y Morales, 2006). Asimismo se constató que el consumo de psicofármacos con asiduidad está claramente vinculado con el *burnout* percibido al igual que lo ha estado con la dimensión Cansancio Emocional pero no con las otras dos dimensiones del MBI (Da Silva, Vega y Pérez, 1999; Grau, Suñer y García, 2005a; Molina, García, Alonso y Cecilia, 2003). El consumo de psicofármacos puede indicar una asociación con psicopatología frecuente entre la población general, como la ansiedad y depresión (Haro y cols., 2006), entidades clínicas que también se han relacionado con el síndrome de *burnout* (Garcés de Los Fayos, 2003).

Si bien en el estudio bivariado se observa una mayor prevalencia de la sensación de estar quemado entre las mujeres, la variable sexo no se mantuvo en ninguno de los dos modelos de predicción del *burnout* percibido. La relación del síndrome de *burnout* con el sexo ha obtenido resultados discordantes en la literatura, pero en los casos en que se ha obtenido asociación en la mujer ha sido por mayor cansancio emocional (Atance, 1997), mientras que en el hombre ha sido por mayor despersonalización (Te Brake, Bloemendal y Hoogstraten, 2003; Grau y cols., 2005a) aunque la asociación también se perdió en el estudio multivariado.

En relación a las evaluaciones o sensaciones, entre los niveles más altos de *burnout* por MBI se han descrito menores niveles de optimismo (Chang, Rand y Strunk, 2000; Grau, Suñer y García, 2005b; Riolli y Savicki, 2003), de satisfacción con el

trabajo (Faragher, Cass y Cooper, 2005) y de satisfacción con la situación económica, así como la sensación de no estar adecuadamente valorado por las personas con las que se relaciona en el campo profesional (Gil-Monte y Peiró, 1999b). En este estudio se han obtenido resultados similares asociados al *burnout* percibido, pero la valoración de la propia experiencia profesional (o satisfacción con el trabajo) fue la única que no mantuvo la suficiente significación para permanecer en el modelo multivariado.

Entre las percepciones asociadas a la sensación de estar quemado, la que demuestra mayor fortaleza es la atribución a las condiciones del trabajo de un deterioro personal, seguido por el planteamiento de abandono de la profesión, el cual se ha relacionado con Cansancio Emocional (Gil-Monte y Peiró, 1999b; Suzuki, Itomine, Kanoya, Katsuki, Horii y Sato, 2006). Les sigue la impresión de que las condiciones del trabajo han llegado a provocar un deterioro en la vida familiar, y con menor intensidad el absentismo laboral injustificado.

La creencia de haber cometido errores asistenciales relacionados con las condiciones del trabajo expresa una alta significación en el estudio bivariado pero la pierde en el estudio multivariado. Se observa que la mayoría de la muestra se decide por un término medio admitiendo que alguna vez han cometido errores asistenciales, mientras que son pocos los profesionales que consideran que los cometen con frecuencia, incluso entre los que se sienten quemados. En cambio, en estudios previos con el MBI, el error asistencial se ha asociado a niveles altos en todas las dimensiones, especialmente a Despersonalización (Shanafelt, Bradley, Wipf y Back, 2002; West y cols., 2006).

La media de los valores de las dimensiones del MBI es mayor en los profesionales sani-

tarios con la sensación de estar quemados que en los profesionales que no se consideran quemados. Estas diferencias también se han observado en anteriores estudios con la autodefinición de *burnout* en los cuales destacan las diferencias en la dimensión de Cansancio Emocional (Pick y Leiter, 1991; Rohland y cols, 2004).

El predominio de la relación del *burnout* percibido con Cansancio Emocional se comprueba también al interpretar el modelo del estudio multivariado. La Realización Personal mantiene un efecto protector sobre la percepción de estar quemado. En cambio, no parece existir una asociación independiente entre la sensación de estar quemado y los valores obtenidos en la dimensión Despersonalización.

Estos hallazgos se observan de nuevo al estudiar las dimensiones del MBI tras su división en tertiles. La prevalencia de la percepción de *burnout* depende básicamente del tercil de Cansancio Emocional donde queda asignado el profesional sanitario. Así, el mayor escalonamiento o gradación de las prevalencias de percepción de *burnout* se observa en esta dimensión. Los profesionales situados en el tercil alto de Cansancio Emocional muestran altas prevalencias de percepción de *burnout* aunque estén situados en los tertiles bajos de las otras dos dimensiones del MBI, y en cambio, los profesionales situados en el tercil alto de Baja Realización Personal o de Despersonalización tienen prevalencias de percepción que dependen de su clasificación en tertiles dentro de Cansancio Emocional, siendo bajas en el tercil inferior y altas en el tercil superior de Cansancio Emocional.

Es conocido que Cansancio Emocional es la dimensión con mayor consistencia interna, estabilidad y validez convergente (Alarcón

Tabla 3: Regresión logística para la percepción de "sentirse quemado" según valoraciones personales y laborales, ajustado por las características demográficas y laborales

VARIABLE	Wald	Exp (B)	IC 95%
Deterioro personal	153,3	1,75	1,60-1,91
Abandono profesión	74,9	1,52	1,38-1,67
Deterioro familiar	74,8	1,50	1,36-1,64
Toma psicofármacos con asiduidad	63	1,76	1,53-2,03
Valoración global	57,1	0,79	0,74-0,84
Optimismo	40,6	0,89	0,86-0,92
Baja laboral en el ultimo año	21,6	1,38	1,21-1,59
Horas semanales de ocio	22,5	0,99	0,98-0,99
Situación económica	17	0,93	0,90-0,96
Enfermedad crónica	15,9	1,30	1,14-1,49
Hace guardias	10,5	1,22	1,08-1,39
Ausencias no justificadas	4	1,11	1,00-1,24

Nota. Las variables siguen el orden de introducción en el modelo.

Tabla 4: Frecuencia y porcentaje de la percepción de "sentirse quemado" según la distribución por tertiles de las dimensiones del MBI

VARIABLE	BURNOUT PERCIBIDO		p
	n (%)		
	SI	NO	
Cansancio Emocional			
Tertil inferior	154 (7,8)	1822 (92,2)	<0,001
Tertil medio	636 (29,3)	1534 (70,7)	
Tertil superior	1440 (71,9)	564 (28,1)	
Despersonalización			
Tertil inferior	448 (22,2)	1566 (77,8)	<0,001
Tertil medio	709 (32,6)	1465 (67,4)	
Tertil superior	1073 (54,7)	889 (45,3)	
Baja Realización Personal			
Tertil inferior	401 (19,3)	1680 (80,7)	<0,001
Tertil medio	725 (35,2)	1337 (64,8)	
Tertil superior	1104 (55)	903 (45)	

Tabla 5: Frecuencia y porcentaje de la percepción de "sentirse quemado" en el tercil superior de las dimensiones del MBI según la distribución por tertiles de cada dimensión del MBI.

Dimensión Clasificatoria	Dimensiones a estudio	n (%) de percepción de burnout en el tercil superior
Cansancio Emocional	Despersonalización Baja Realización Personal	11 (5,9)
		45 (17,2)
Tercil inferior		
Tercil medio	Despersonalización Baja Realización Personal	209 (33,5)
		253 (35,6)
Tercil superior		
Despersonalización	Cansancio Emocional Baja Realización Personal	201 (70,3)
		135 (43,7)
Tercil inferior		
Tercil medio	Cansancio Emocional Baja Realización Personal	386 (68,3)
		296 (44,5)
Tercil superior		
Baja Realización Personal	Cansancio Emocional Despersonalización	183 (61,8)
		113 (35,5)
Tercil inferior		
Tercil medio	Cansancio Emocional Despersonalización	451 (67)
		287 (47)
Tercil superior		
Tercil superior	Cansancio Emocional Despersonalización	806 (77,9)
		673 (65,2)

Tabla 6: Regresión logística para la percepción de "sentirse quemado" según las dimensiones del MBI, ajustado por las características demográficas y laborales.

VARIABLE	Wald	Exp (B)	IC 95%
Cansancio Emocional	1093	1,12	1,11-1,13
Realización Personal	65	0,96	0,95-0,97
Toma psicofármacos con asiduidad	30,9	1,53	1,32-1,79
Horas semanales de ocio	23,1	0,98	0,98-0,99
Enfermedad crónica	8,2	1,23	1,07-1,43
Profesión			
Medicina	2,7	1,32	0,95-1,85
Enfermería	10,6	2,29	1,39-3,78
Odontología	0,5	0,81	0,45-1,43
Psicología	4,5	1,86	1,04-3,32
Nutrición	0,2	0,82	0,40-1,67
Baja laboral en el último año	12,9	1,31	1,13-1,52
Edad	15,9	1,01	1,00-1,02
Hace guardias	10,9	1,27	1,10-1,47
Tener pareja	4,4	0,85	0,74-0,99

Observaciones: Las variables siguen el orden de introducción en el modelo.

y cols., 2002), pero su validez discriminante y especificidad ha sido puesta en duda por su alta relación con otros conceptos como la satisfacción con el trabajo y la depresión (Alarcón y cols., 2002; Falkum, 2000).

Para poder comparar podemos considerar como afectados por un “probable *burnout* objetivo” a los profesionales que tuvieron puntuaciones dentro del nivel alto de Cansancio Emocional y de Despersonalización y dentro del nivel bajo de Realización Personal. Estos profesionales representan el 11,4% del global de la muestra y el 24,8% de quienes se sienten quemados o con *burnout* percibido. Una posible explicación para estos relativos bajos porcentajes sería la exigencia de afectación en las tres dimensiones mientras que el *burnout* percibido dependería fundamentalmente de Cansancio Emocional. Además, dentro del espectro de la sensación de estar quemado pueden haber situaciones que no están contempladas en las dimensiones del MBI ya que la percepción de tener *burnout* valorada con una pregunta simple puede depender del concepto de *burnout* que asume el participante que contesta.

La mayor parte (casi el 80%) de los afectados de “probable *burnout* objetivo” manifiestan *burnout* percibido. El 21,4% restante no se siente quemado a pesar de obtener puntuaciones alteradas en las tres dimensiones del MBI, tal vez porque haya sensaciones incluidas en el MBI que el profesional no perciba como *burnout*. En el modelo de *burnout* (o síndrome de quemarse en el trabajo) propuesto por Gil-Monte (2007) adquiere gran importancia la sensación de culpa. Los profesionales con *burnout* que no experimentan sensación de culpa pueden adoptar posturas de apatía, indolencia y

cinismo, entre otras, que pueden ser lesivas para la organización y para los usuarios sin apenas repercutir sobre la persona afectada. Posteriores estudios deberían elucidar si los profesionales sin sentimientos de culpa pueden expresar menor percepción de *burnout* que los profesionales con sensación de culpa.

En conclusión, la percepción de estar afectado por *burnout*, que expresan más de un tercio de la muestra, se relaciona fundamentalmente con el valor de Cansancio Emocional y parece independiente de Despersonalización. También se asocia a la sensación de deterioro personal y familiar por las condiciones laborales, y al planteamiento de abandono de la profesión, pero no a la sensación de haber cometido errores asistenciales por las condiciones del trabajo. En algunas personas, la percepción de estar quemado contempla aspectos no incluidos en las dimensiones del MBI y viceversa. Diversas variables demográficas y laborales tienen relación sobre la percepción de desgaste profesional de manera similar a la relación que mantienen con las dimensiones del MBI, y en especial con la dimensión Cansancio Emocional.

Por último destacar que aunque el síndrome de *burnout* está aceptado por la comunidad científica internacional, aún no tiene unos criterios diagnósticos definidos, lo cual dificulta la valoración de los instrumentos de medida y la valoración de la concordancia con la percepción de *burnout*. Por los resultados de este estudio se concluye que una pregunta simple sobre la percepción de *burnout* no puede sustituir la utilización de instrumentos de evaluación de este síndrome, sino que debe ser complementaria.

Bibliografía

- Ahola, K., Honkonen, T, Isometsa, E., Kalimo, R., Inquirí, E., Koskinen, S., Aromaa, A. y Lönnqvist, J. (2006) Burnout in the general population. Results from the Finnish Health 2000 study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 41, 11-17.
- Alarcón, J., Vaz, F.J. y Guisado, J.A. (2001) Análisis del síndrome de burnout: psicopatología, estilos de afrontamiento y clima social (I). *Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona*, 28, 358-381.
- Alarcón, J., Vaz, F.J. y Guisado, J.A. (2002) Análisis del síndrome de burnout: psicopatología, estilos de afrontamiento y clima social (II). *Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona*, 29, 8-17.
- Atance, J.C. (1997) Aspectos epidemiológicos del Síndrome de burnout en personal sanitario. *Revista Española de Salud Pública*, 71, 293-303.
- Buchanan, T. y Smith, J. L. (1999) Using the Internet for psychological research: personality testing on the World Wide Web. *British Journal of Psychology*, 90, 125-44.
- Chang, E., Rand, K. y Strunk, D. (2000) Optimism and risk for job burnout among working college students: stress as a mediator. *Personality and Individual Differences*, 29, 255-63.
- Da Silva, H., Vega, E. y Pérez, A. (1999) Estudio del síndrome de desgaste profesional entre los profesionales sanitarios de un hospital general. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 27, 310-320.
- De la Gándara, J., García, C., González, R. y Álvarez, M.T. (2005) Estudio del burnout mediante el test CUBO (Cuestionario Urgente de Burn-Out). Análisis de fiabilidad. *Anales de Psiquiatría*, 25, 223-229.
- Falkum, E. (2000) What is burnout?. *Tidsskrift for den Norske Laegeforening*, 120, 1122-1128.
- Faragher, E.B., Cass, M. y Cooper, C.L. (2005) The relationship between job satisfaction and health: a meta-analysis. *Occupational and Environmental Medicine*, 62, 105-112.
- Freudenberger, H.J. (1974) Staff burn-out. *Journal of Social Issues*, 30 (1), 159-165.
- Garcés de Los Fayos, E.J. (2003) Tesis sobre el Burnout. Recuperado el 9 de noviembre de 2007, de <http://www.abacolombia.org.co/bv/organizaciones/burnout3.pdf>
- Gil-Monte P. R., Carretero N. y Roldán M.D. (2005) Algunos procesos psicosociales sobre el síndrome de quemarse por el trabajo (burnout) en profesionales de enfermería. *Ansiedad y estrés*, 11, 281-290.
- Gil-Monte, P. R. (2007) Cómo evaluar y prevenir el síndrome de quemarse por el trabajo. *Gestión práctica de riesgos laborales*, 34, 44-47.
- Gil-Monte, P. R. y Peiró, J. M. (1997) Desgaste psíquico en el trabajo: el síndrome de quemarse. *Madrid: Síntesis*.
- Gil-Monte, P. R. y Peiró, J. M. (1999a) Validez factorial del Maslach Burnout Inventory en una muestra multiocupacional. *Psicothema*, 11 (3), 679-689.
- Gil-Monte, P. R. y Peiró, J. M. (1999b) Perspectivas teóricas y modelos interpretativos para el estudio del síndrome de quemarse por el trabajo. *Anales de Psicología*, 15, 261-268.
- Grau, A., Suñer, R. y García, M. M. (2005a) Desgaste profesional en personal sanitario y su relación con factores personales y ambientales. *Gaceta Sanitaria*, 19, 463-470.
- Grau, A., Suñer, R. y García, M. M. (2005b) El optimismo de los profesionales sanitarios y su relación con la calidad de vida, el burnout y el clima organizacional. *Revista de calidad asistencial*, 20, 370-376.
- Gray-Toft, P. y Anderson, J.G. (1981) Stress among hospital nursing staff: its causes and effects. *Social Science & Medicine*, 15, 639-47.
- Haro, J.M., Palacín, C., Vilagut, G., Martínez, M., Bernal, M., Luque, I., Codony, M., Dolz, M. y Alonso J. (2006) Prevalencia de los trastornos mentales y factores asociados: resultados del estudio ESEMeD-España. *Medicina Clínica*, 126, 445-51.
- Jones, J. W. (1980) *The Staff Burnout Scale for Health Professionals (SBS-HP)* Park Ridge, Illinois: London House.
- Kristensen, T., Borritz, M., Villadsen, E. y Christensen, K.B. (2005) The Copenhagen Burnout Inventory: A new tool for the assessment of burnout. *Work Stress*, 19, 192-207.
- Maslach C. (1976) Burned out. *Human Behavior*, 59, 16-22.
- Maslach, C. y Jackson, S.E. (1981) The measurement of experienced burnout. *Journal of Occupational Psychology*, 2, 99-113.
- Maslach, C. y Jackson, S.E. (1986) *Maslach Burnout Inventory*. Palo Alto, California: Consulting Psychologist Press.
- Maslach, C. y Pines, A. (1977) The burnout syndrome in day care setting. *Child Care Quarterly*, 6, 100-113.
- Maslach, C., Schaufeli, B. y Leiter, M.P. (2001) Job Burnout. *Annual Reviews Psychology*, 52, 397-422.
- Molina, A., García, M.A., Alonso, M. y Cecilia, P. (2003) Prevalencia de desgaste profesional y psicomorbilidad en médicos de atención primaria de un área sanitaria de Madrid. *Atención Primaria*, 31, 654-514.
- Moreno, B., Gálvez, M., Garrosa, E. y Mingote, J. C. (2006) Nuevos planteamientos en la evaluación del burnout. La evaluación específica del desgaste profesional médico. *Atención Primaria*, 38, 544-549.
- Moreno, B., Meda, R.S., Rodríguez, A., Palomera, A. y Morales, M.M. (2006) El síndrome de burnout en una muestra

de psicólogos mexicanos: prevalencia y factores socio-demográficos asociados. *Psicología y Salud*, 16, 5-13.

Nathanson, A.T. y Reinert, S.E. (1999) Windsurfing injuries: results of a paper- and Internet-based survey. *Wilderness & Environmental Medicine*, 10, 218-25.

Pick, D. y Leiter, M.P. (1991) Nurses' perceptions of burnout: a comparison of self-reports and standardized measures. *The Canadian Journal of Nursing Research*, 23, 33-48.

Pines, A. y Aronson, E. (1988) *Career burnout: causes and cures*. New York: Free Press.

Ramirez, A.J., Graham, J., Richards, M.A., Cull, A. y Gregory, W.M. (1996) Mental health of hospital consultants: the effects and satisfaction at work. *Lancet*, 347, 724-8.

Rioli, L. y Savicki, V. (2003) Optimism and coping as moderators of the relation between work resources and burnout in information service workers. *International Journal of Stress Management*, 10, 235-52.

Rohland, B.M., Kruse, G.R. y Rohrer, J.E. (2004) Validation of a single-item measure of burnout against the Maslach Burnout Inventory among physicians. *Stress and Health*, 20, 75-79.

Schleyer, T.K. y Forrest, J.L. (2000) Methods for the design and administration of web-based surveys. *Journal of the American Medical Informatics Association*, 7, 416-25.

Shanafelt, T.D., Bradley, K.A., Wipf, J.E. y Back, A.L. (2002) Burnout and self-reported patient care in an internal medicine residency program. *Annals Internal of Medicine*, 136, 358-67.

Suzuki, E., Itomine, I., Kanoya, Y., Katsuki, T., Horii, S., y Sato, C. (2006) Factors affecting rapid turnover of novice nurses in university hospitals. *Journal of Occupational Health*, 48, 49-61.

Te Brake, H., Bloemendal, E. y Hoogstraten, J. (2003) Gender differences in burnout among Dutch dentists. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 31, 321-327.

West, C.P., Huschka, M.M., Novotny, P.J., Sloan, J.A., Kolars, J.C., Habermann, T. M. y Shanafelt, T.D. (2006) Association of perceived medical errors with resident distress and empathy. *Journal of American Medical Association*, 296, 1071-1078.

Fecha de recepción: 15/11/2007
Fecha de aceptación: 13/12/2007