

Prevalencia del síndrome de burnout en médicos y enfermeros de un hospital militar

Cáceres Bermejo GG¹, Villanueva Orbáiz R², Méndez Montesino JR³, García Rosado MV⁴, Domínguez Rojas V⁵

Sanid. mil. 2009; 65 (2): 83-94

RESUMEN

Introducción. El burnout es un síndrome de cansancio emocional, despersonalización y falta de realización personal que puede ocurrir entre individuos que trabajan con personas. Es más frecuente en profesiones de ayuda, como sanitarios y educadores que prestan servicios al público. Los factores laborales que pueden producir burnout en médicos y enfermeros son la sobrecarga laboral, el trato con pacientes y familiares, y la falta de motivación laboral y de apoyo social. En personal sanitario militar se describe también la asistencia a misiones internacionales como un factor de riesgo para la aparición de este síndrome. El objetivo principal de este estudio es conocer la prevalencia de las tres dimensiones del síndrome de burnout en médicos y enfermeros militares destinados en el Hospital Central de la Defensa «Gómez Ulla». **Personas y Métodos.** Se ha diseñado un estudio transversal, y se ha realizado sobre la totalidad de los médicos y enfermeros militares destinados en el hospital «Gómez Ulla» de Madrid. Se han recogido los datos mediante dos cuestionarios autoadministrados: la versión en castellano del Maslach Burnout Inventory (MBI), y un cuestionario de variables sociodemográficas y laborales. Se ha realizado un estudio descriptivo, bivariante y multivariante, de las tres dimensiones del síndrome. **Resultados.** La tasa de respuesta es del 70,24%. El 81,8% son hombres, y la edad media es de 45,84 años (DS 7,87). La mayoría son médicos (91,2%), y algo más de la mitad (54,3%) tiene entre 15-30 años de antigüedad en la profesión. El 94,7% realiza atención especializada, y el 42,7% atiende menos de 10 enfermos al día. El 59,9% ejerce también su profesión fuera de la Sanidad Militar y el 45% ha realizado alguna misión internacional a lo largo de su carrera profesional. Los valores medios de las tres dimensiones del burnout son: 24,42 (DS 13,66) para cansancio emocional, 8,08 (DS 6,51) para despersonalización y 12,54 (DS 8,63) para falta de realización personal. El 42,4% de los médicos y enfermeros militares analizados tienen niveles altos de cansancio emocional, y el 35,9% niveles altos de despersonalización y falta de realización personal.

PALABRAS CLAVE: Burnout, médico, enfermero, hospital.

Prevalence of the burnout syndrome in doctors and infirmery personnel of a military hospital

ABSTRACT:

Introduction. The burnout is a syndrome of emotional tiredness, personality damage and lack of own fulfilment, that may occur between individuals working with people. It is more frequent in helping professionals, like health workers and educators serving to general public. The labour aspects that may produce burnout in doctors and infirmery personnel are the overloaded labour, dealing with patients and families, and the lack of morale and social support. Within the military health workers, the attendance to international missions, as another risk factor for this syndrome appearance, is described too. The main objective for this study is to detect the prevalence of the three dimensions at the burnout syndrome in doctors and infirmaries in the Hospital Central de la Defensa «Gómez Ulla». **Staff and Methods.** A transversal study was designed, and it was done over the total number of doctors and infirmery personnel posted at hospital «Gómez Ulla», from Madrid. Data were collected by two questionnaires self-filled: the castilian version of the Maslach Burnout Inventory (MBI) test, and a questionnaire of social-demographic and job variables. A descriptive study was done, bivariant and multivariant, of the syndrome's three dimensions. **Results.** The response rate was of 70.24%. 81.8% were men, with a medium age of 45.84 years (SD 7.87). Mainly were doctors (91.2%), and more than a half (54.3%) had a professional career between 15 and 30 years. 94.7% is working in specialized health assistance, and 42.7% assist less than 10 patients daily. 59.9% have professional works out of the Military Health Service too, and 45% have done some international mission along their professional careers. Medium values of the three burnout dimensions are: 24.42 (SD 13.66) for emotional tiredness, 8.08% (SD 6.51) for personality damage and 12.54 (SD 8.63) for lack of own fulfilment. 42.4% of the doctors and military infirmery personnel analysed had high levels of emotional tiredness, and 35.9% high levels of personality damage and lack of own fulfilment.

KEY WORDS: Burnout, doctor, infirmery personnel, hospital.

¹ Cap. Médico Instituto de Medicina Preventiva de la Defensa «Capitán Médico Ramón y Cajal».

² Profesora Titular. Departamento de Medicina Preventiva, Salud Pública e Historia de la Ciencia, Facultad de Medicina, Universidad Complutense de Madrid.

³ Tcol. Médico. Jefe del Servicio de Calidad y Medicina Preventiva.

⁴ Cte Médico. Servicio de Calidad y Medicina Preventiva. Hospital Central de la Defensa «Gómez Ulla».

⁵ Catedrático. Departamento de Medicina Preventiva, Salud Pública e Historia de la Ciencia, Facultad de Medicina, Universidad Complutense de Madrid.

Dirección para correspondencia: Gloria Gema Cáceres Bermejo. Instituto de Medicina Preventiva de la Defensa «Capitán Médico Ramón y Cajal». Hospital central de la Defensa Gómez Ulla. Glorieta del Ejército s/n. 28047 Madrid.

Recibido: 14 de abril de 2008

Aceptado: 12 de marzo de 2009

INTRODUCCIÓN

El burnout o «síndrome del quemado» es un síndrome clínico descrito por primera vez en 1974 por Herbert Freudenberger¹, psiquiatra norteamericano que lo definió como un «estado de fatiga o frustración que se produce por la dedicación a una causa, forma de vida o relación que no produce el esperado refuerzo». Según Freudenberger, las personas más dedicadas y comprometidas con el trabajo son las más propensas a padecer el burnout, especialmente las que trabajan en profesiones de ayuda a otras personas.

Tabla I. *Causas del síndrome de burnout.*

FACTORES LABORALES	FACTORES INDIVIDUALES
<ul style="list-style-type: none"> • Sobrecarga laboral. • Conflicto y ambigüedad de rol. • Ausencia de apoyo social y de recursos en el trabajo. • Falta de imparcialidad y equidad. 	<ul style="list-style-type: none"> • VARIABLES DEMOGRÁFICAS: edad (mayor en jóvenes), sexo (mayor cansancio emocional en mujeres y despersonalización en varones) y estado civil (mayor en solteros, sin hijos). • CARACTERÍSTICAS DE LA PERSONALIDAD: personas idealistas o poco realistas con altas expectativas en su carrera profesional.

Pero el burnout adquirió verdadera importancia con los estudios de Christina Maslach y Susan E. Jackson, que en 1981 lo definieron como «un síndrome de cansancio emocional, despersonalización y baja realización personal, que puede ocurrir entre individuos que trabajan con personas». Por tanto, estas autoras describieron las tres dimensiones del burnout: cansancio emocional, en el sentido de desgaste, pérdida de energía, agotamiento y fatiga; despersonalización o deshumanización, que consiste en el desarrollo de aptitudes negativas hacia otras personas, sobre todo con las que se trabaja, junto a la irritabilidad y a la pérdida de motivación; y por último, falta de realización personal, es decir, actitud negativa hacia sí mismo y hacia su trabajo, con baja moral, baja productividad laboral, poca autoestima e incapacidad para soportar el estrés. Para Maslach, estas tres dimensiones aparecen sobre todo en las profesiones de ayuda, como los sanitarios y educadores, que prestan servicios al público. Además, estas autoras elaboraron un instrumento de medida, el Maslach Burnout Inventory (MBI). Se trata de un cuestionario autoadministrado constituido por 22 ítems referentes a sentimientos personales y actitudes del profesional hacia las personas a las que ofrece su servicio y hacia su trabajo^{2,3}.

Posteriormente, Maslach y colaboradores, definieron el burnout⁴ como un síndrome psicológico que aparece como respuesta a estresores laborales crónicos. Para Maslach la primera dimensión en aparecer, desde el punto de vista temporal, es el agotamiento emocional, posteriormente, y de un modo secuencial, aparecería la despersonalización y por último se desarrollaría la tercera dimensión, o falta de realización personal, pero en este caso el desarrollo sería simultáneo en vez de secuencial.

Causas del síndrome de burnout

Las causas del síndrome de burnout⁴ se resumen en la tabla I.

Causas de burnout en profesionales sanitarios

En profesionales de la salud EL TRATO CON PACIENTES Y FAMILIARES es una causa importante de burnout. En estos profesionales, el contacto con el sufrimiento y la muerte de sus pacientes constituye un factor de riesgo psicosocial de gran importancia, que además es considerado por los facultativos de una forma diversa. Así, una gran parte de los mismos considera que el trabajar con el sufrimiento físico es algo inherente a su profesión, aunque no por ello deje de afectarles. Para la mayoría, el sufrimiento y la muerte constituyen una característica de su trabajo a las que se acostumbran a medida que adquieren mayor edad y experiencia profesional. En todos los casos, una de las actitudes más generalizadas es establecer

una distancia suficiente con la situación del paciente, para así poder desarrollar una relación asistencial de calidad⁵.

En cuanto a la relación médico-paciente, un aspecto clave es la cantidad y el grado de contacto mantenido con los pacientes, este contacto puede ser muy gratificante, pero puede exigir grandes demandas emocionales, por lo que el trabajo clínico y las especialidades médicas con predominio de enfermos crónicos, graves, oncológicos y terminales son más proclives a la aparición de síndrome de burnout.

En lo que respecta al tipo de PROFESIÓN SANITARIA, clásicamente se han asociado mayores niveles de burnout en la profesión de enfermería, especialmente los que trabajan con pacientes graves o terminales, como es el caso de los enfermos oncológicos o los pacientes con SIDA^{6,7}.

Causas del burnout en personal sanitario militar

También se han descrito los estresores laborales y los factores etiológicos del síndrome del quemado en profesionales del Ejército, tanto en personal combatiente como en personal sanitario, especialmente en enfermeras militares. Estos factores se han descrito fundamentalmente en relación con la participación en misiones internacionales, sobre todo misiones de paz.

Los factores que causan estrés en los profesionales desplazados a misiones internacionales son múltiples, entre ellos se han descrito a la separación del ambiente familiar durante largos periodos de tiempo, el aislamiento, el aburrimiento, la inactividad, las difíciles condiciones ambientales y los problemas de comunicación que aparecen, tanto con la población civil autóctona, como entre los militares de las distintas unidades multinacionales.

En este sentido, en un estudio de casos y controles realizado entre militares italianos durante una misión de pacificación de Naciones Unidas, llevada a cabo en Bosnia-Herzegovina en el año 1998⁸, se trataron de identificar los estresores laborales más importantes entre los soldados desplazados a este territorio y se intentó comparar con otro grupo de soldados que se encontraba en territorio italiano.

Cada teatro de operaciones (es decir, cada zona geográfica donde se desarrolla una operación militar) tiene sus propios estresores. En particular, en Bosnia-Herzegovina se había producido un conflicto reciente entre serbios, musulmanes y croatas, con muchas implicaciones étnicas y religiosas, difíciles de entender por los extranjeros, lo que supuso un conflicto para las tropas de pacificación, especialmente en las fases iniciales. Sin embargo, debido a la proximidad geográfica y en cierto modo cultural de ambas zonas (italiana y bosnia), las posibles dificultades debidas a estos factores fueron menores.

En este estudio se encontraron mayores niveles de estrés en los soldados desplazados en Bosnia-Herzegovina que en los soldados que estaban en territorio italiano, aunque la diferencia no fue estadísticamente significativa. Entre otras, una variable que se asoció de forma positiva con el estrés fue la duración de la misión, y de forma negativa la realización de actividades de recreo y deportivas durante el tiempo de la operación militar.

Este trabajo señalaba la importancia de desarrollar una etapa, inmediatamente anterior a la misión, donde los soldados lograran tener una ida clara y concisa de los objetivos y resultados de la operación militar en la que iban a participar y sobre todo, de la labor encomendada durante la misión. Igualmente, indicaba la importancia de

garantizar los medios adecuados para que los soldados tuvieran una comunicación frecuente con la familia, bien por teléfono, por carta, por correo electrónico... También, para disminuir los niveles de estrés en estos profesionales, se incidía sobre el fomento de actividades que favorecieran la cohesión de grupo, ya fueran actividades de recreo o deportivas, así como sobre el hecho de favorecer la rotación en las tareas de trabajo, para evitar de esta forma caer en la monotonía⁹.

En lo referente al personal sanitario militar, también está sometido a una serie de estresores laborales, que han sido especialmente estudiados en misiones internacionales. Este tipo de misiones, en las que se presta ayuda médica, crean una oportunidad para estos profesionales de ofrecer un servicio sanitario de ayuda a una población especialmente necesitada, lo que crea una recompensa personal que puede remediar en gran medida la presencia de otros factores que producen estrés.

Así, se han estudiado las causas de estrés y los trastornos en la salud producidos en un equipo de hombres y mujeres del Ejército estadounidense que realizaron una misión de paz en las antiguas Repúblicas de la Unión Soviética, concretamente en Kazakistan, en el año 1996. La operación consistía en proporcionar ayuda médica humanitaria, concretamente, enseñar al personal médico autóctono el manejo de un equipo médico. De esta forma, entre el conjunto de militares norteamericanos desplazados a la zona, se encontraba una sección clínica, responsable de enseñar a los profesionales médicos locales como utilizar el equipo sanitario.

En estos profesionales se estudiaron los estresores laborales y los mecanismos de adaptación previstos, es decir, relacionarse con la gente, evitar pensar en los problemas... antes y durante el despliegue. Además durante el despliegue también se recogió la percepción que ellos mismos tenían de su trabajo. Y así se compararon los estresores y los mecanismos de adaptación esperados y experimentados.

Los estresores que fueron significativos en este grupo de profesionales, es decir, en los que hubo una diferencia significativa entre los estresores esperados y los observados, fueron fundamentalmente los problemas de comunicación, el sentimiento de lejanía de la familia, la restricción de los viajes que les permitieran el contacto con sus seres queridos, la sensación de aislamiento, y las limitaciones impuestas en la ayuda que proporcionaban a la población civil, con sentimientos de incapacidad para producir cambios reales en esta población. Por último, la mayoría de los componentes de la operación tenían la percepción de que el trabajo que realizaban era importante, relevante y de gran valor y tenían sentimientos de responsabilidad y compromiso con su trabajo⁹.

Continuando con la descripción de las causas relacionadas con el síndrome de desgaste profesional en los sanitarios militares^{10,11}, se han asociado también algunos rasgos de la personalidad con el burnout en este colectivo, como la llamada «personalidad resistente», caracterizada por el compromiso, el control y el reto, y en cuanto a factores sociodemográficos y laborales se incluyen la mayor experiencia en el trabajo, el trabajo en áreas geográficas aisladas, y el mayor burnout en dos rangos de edad, individuos muy jóvenes y mayores de 40 años. En lo referente a estresores laborales comparan con los sanitarios civiles la falta de apoyo de supervisores, la alta responsabilidad y la sobrecarga de trabajo.

Una vez que hemos revisado las causas del burnout en varias profesiones es importante describir las consecuencias que puede tener este síndrome, tanto a nivel individual como en las organizaciones.

Consecuencias del Síndrome de burnout

El síndrome de burnout produce consecuencias negativas, no sólo para la salud del profesional que lo padece sino también para la institución en la que trabaja.

Sobre la salud del profesional¹², el burnout puede producir problemas de salud mental, fundamentalmente trastornos ansiosos o depresivos, consumo de sustancias y aparición de adicciones, y alteraciones físicas, especialmente trastornos cardiovasculares.

En cuanto a las consecuencias negativas del burnout sobre el trabajo, hay que citar el absentismo laboral que este síndrome produce¹³. También se asocia de forma negativa con la satisfacción laboral y de forma positiva con los deseos de abandonar el puesto de trabajo¹⁴, y en el caso de los profesionales sanitarios se ha encontrado una asociación, también negativa, con la satisfacción de los pacientes.

Prevención y métodos de intervención en el síndrome de burnout

Desde que se definió por primera vez y se empezó a estudiar el síndrome de burnout se han desarrollado una serie de intervenciones encaminadas a lograr la reducción de su incidencia¹⁵.

Se ha visto que en la prevención de este síndrome no existe una técnica única y simple, sino que se debe utilizar un modelo que integre varias técnicas orientadas al individuo, al grupo social y a la organización laboral.

Sin embargo, son las intervenciones en el ambiente de trabajo las que se consideran más importantes para disminuir el burnout.⁴ Ya que se ha visto que la aplicación de técnicas individuales de forma aislada (como «sesiones educativas» en pequeños grupos de trabajadores, programas de relajación, entrenamiento asertivo, entrenamiento de habilidades interpersonales y sociales, etc) sólo en algunas ocasiones disminuía el agotamiento emocional, y rara vez producía cambios positivos en la despersonalización y realización personal.

Para Maslach estas intervenciones en el ambiente de trabajo se deben realizar a dos niveles: cambios en la práctica directiva e intervenciones educativas en los trabajadores. Sólo cuando estos cambios se producen de forma integrada dan lugar a resultados positivos. Las intervenciones sobre la organización tienen un gran valor pero no son fáciles de poner en práctica, ya que requieren una importante inversión, no sólo económica, sino también de tiempo y esfuerzo.

Estado actual del tema: prevalencia del síndrome de burnout

En nuestro medio se han realizado múltiples trabajos que estudian la prevalencia del síndrome de burnout y de sus tres dimensiones en personal sanitario, especialmente médicos y enfermeros, tanto de atención primaria como especializada.

En atención especializada se han publicado múltiples artículos en nuestro medio^{6,16-18} tanto en médicos como en enfermeras.

A nivel hospitalario, se ha estudiado el burnout en trabajadores de diversos centros. En el hospital de León¹⁸ se realizó un estudio en el que se incluyeron coordinadores, médicos, enfermeros, auxiliares, celadores y otros. De estos trabajadores el 46,5% obtuvieron una puntuación media o alta en agotamiento emocional, el 43% en despersonalización y el 59,4% de los participantes obtuvieron puntuaciones

medias o altas en realización personal. Los trabajadores de los servicios centrales tuvieron puntuaciones menores en despersonalización y en realización personal, en comparación con los que trabajaban en contacto con el público. En el hospital de Mataró¹⁹, se estudió la prevalencia del síndrome de burnout en una muestra de trabajadores de distintas categorías laborales (médicos, enfermeros, administrativos, celadores...). En este hospital se encontraron niveles inferiores a los anteriores en las tres dimensiones de burnout y aparecieron puntuaciones mayores en los médicos que en los enfermeros.

En profesionales de enfermería se ha medido el burnout en hospitales de Madrid, Barcelona, Murcia o Badajoz. En un centro hospitalario de Madrid⁶ se encontró que el 11,7% de los enfermeros tenían puntuaciones altas en agotamiento emocional, el 9,2% en despersonalización y el 16,9% en la dimensión falta de realización personal. Además el agotamiento era estadísticamente mayor entre los enfermeros de oncología y urgencias y la despersonalización en el personal de urgencias. Sin embargo, estas diferencias entre los distintos servicios no aparecieron en otros estudios¹⁷. Utilizando los mismos puntos de corte para agotamiento emocional y despersonalización, en un hospital de Murcia²⁰ se encontraron porcentajes mayores en estas dimensiones: el 26,5% de los enfermeros puntuaron alto en cansancio emocional y el 30% en despersonalización. Por último, en cuatro centros hospitalarios de la provincia de Badajoz²¹ se encontró entre los enfermeros un grado de estrés profesional moderadamente superior al término medio.

Estrés laboral en profesionales de las Fuerzas Armadas

En personal militar, la mayoría de los trabajos sobre estrés laboral se han realizado en soldados desplazados a misiones internacionales o bien en soldados que han combatido en conflictos bélicos, y han estado dirigidos a detectar síntomas de estrés postraumático en este colectivo²²⁻²⁶.

En nuestro país se ha realizado un estudio sobre estrés laboral en soldados profesionales²⁷, y se ha visto que el grado de conflicto y claridad de rol, factores que pueden producir burnout, no son excesivamente altos en este colectivo, a pesar de los importantes cambios organizativos que han tenido lugar en las Fuerzas Armadas españolas en los últimos años.

Entre los cambios que han tenido lugar en el Ejército español en los últimos tiempos hay que citar el final del servicio militar obligatorio y la aparición de la tropa profesional, la entrada de la mujer en las Fuerzas Armadas y la creciente participación de nuestros soldados en misiones de mantenimiento de la paz. Estos cambios pueden generar estrés laboral y burnout.

En cuanto a la tropa profesional, en la actualidad el Ejército español cuenta con 79.128 efectivos de tropa y marinería, distribuidos en los tres Ejércitos (Tierra, Aire y Armada). Esta cifra supone un incremento del 12% en los cuatro últimos años²⁸.

La incorporación de la mujer a las Fuerzas Armadas se regula, por primera vez, en el año 1988, mediante el Real Decreto Ley 1/1988 de 22 de febrero. Desde el año 1991 hasta nuestros días el número de mujeres militares ha aumentado considerablemente, y se sitúa en la actualidad en 15.211 efectivos (algo más del 12% del total de militares)²⁹.

En lo referente a la participación de España en misiones de paz, la participación oficial de nuestro país en misiones de Naciones Unidas comenzó en el año 1989. Desde este momento, las Operaciones de

Paz han ido tomando una importancia progresiva en la política de defensa y seguridad de España, que ha participado en 52 Operaciones de Paz y de Ayuda Humanitaria. Actualmente, nuestras Fuerzas Armadas tienen presencia con Unidades en Bosnia-Herzegovina, Kosovo, Afganistán y el Líbano, y mantiene observadores en diversas misiones de Naciones Unidas, con un total de efectivos próximo a los 3.000.

El riesgo de estas misiones es incuestionable y dolorosa, prueba de ello son las 148 bajas que se han producido desde 1989³⁰.

Por todo ello, en este estudio nos proponemos como objetivos principales:

- Conocer la prevalencia de las tres dimensiones del síndrome de burnout (cansancio emocional, despersonalización y falta de realización personal) en médicos y enfermeros militares destinados en el Hospital Central de la Defensa «Gómez Ulla», así como
- Identificar las características sociodemográficas y laborales que se asocian con dicho síndrome.

PERSONAS Y MÉTODOS

Diseño y sujetos de estudio

Se ha diseñado un estudio transversal, realizado en médicos y enfermeros militares destinados en el Hospital Central de la Defensa «Gómez Ulla», referencia de los hospitales militares españoles y situado en la Comunidad de Madrid.

En este estudio se han incluido todos los médicos y enfermeros militares que con fecha 1 de enero de 2005 se encontraran destinados en dicho recinto hospitalario, un total de 257 profesionales sanitarios.

Se han excluido del estudio los médicos y enfermeros militares que durante el período de recogida de datos se encontraran de baja de cualquier tipo (maternal, por enfermedad...). Así como los profesionales sanitarios que durante ese mismo período del estudio se encontraran fuera de su destino habitual por comisión de servicio, realización de cursos o misiones en el extranjero.

Variables del estudio

Se han recogido como variables dependientes las tres dimensiones del burnout: cansancio emocional (CE), despersonalización (DP) y realización personal (RP), que se han clasificado en tres niveles: bajo, medio y alto, de acuerdo con los puntos de corte establecidos previamente en la literatura^{31,32}, como se recoge en la tabla II.

En las tres escalas la puntuación mínima alcanzable es 0, mientras que la máxima es 54 para CE, 30 para DP y 48 para RP.

La siguiente variable dependiente analizada ha sido la presencia de cansancio emocional, despersonalización y falta de realización personal (FRP) (complementaria de la RP), consideradas como variables dicotómicas:

Tabla II. Puntos de corte en las tres dimensiones del síndrome de burnout

	BAJO	MEDIO	ALTO
CE	<=18	19-26	>= 27
DP	<= 5	6-9	>= 10
RP	>=40	34-39	<=33

Prevalencia del síndrome de burnout en médicos y enfermeros de un hospital militar

- SI: niveles medios y altos de CE, DP y FRP.
- NO: niveles bajos de CE, DP y FRP.

Como variables independientes se han considerado variables demográficas y laborales, como el sexo, estado civil, profesión, tipo de atención sanitaria, número de enfermos atendidos.

Recogida de datos

En primer lugar se ha realizado una entrevista personal o grupal de tipo informativo con los sujetos incluidos en el estudio. En esta entrevista se han explicado los motivos y las características del trabajo y se ha entregado un sobre, en el que se han adjuntado dos cuestionarios autoadministrados: el Maslach Burnout Inventory (MBI) y el cuestionario de variables sociodemográficas y laborales, así como una carta de presentación, donde se agradecía el consentimiento y la participación en este estudio y se aseguraba la total confidencialidad de los datos.

Este sobre era recogido al cabo de 10 días de forma anónima y conjunta para los destinados en la misma dependencia.

Como instrumento de medida del síndrome de burnout se ha utilizado el MBI en su versión validada en castellano³³, diseñado para valorar el síndrome de burnout en sus tres aspectos fundamentales. Está compuesto por 22 ítems referentes a sentimientos. Para las respuestas se utiliza una escala de Likert con puntuaciones de 0 a 6. La subescala de cansancio emocional está compuesta por 9 ítems (1,2,3,6,8,13,14,16,20) y mide los sentimientos de sobrecarga emocional. La subescala de despersonalización está integrada por 5 ítems (5,10,11,15,22) y valora los sentimientos y actitudes negativas hacia el paciente. La subescala de realización personal consta de 8 ítems (4,7,9,12,17,18,19,21) y mide sentimientos de competencia y de consecución de logros.

Análisis estadístico de los datos

El análisis de los datos se ha efectuado utilizando el paquete estadístico SPSS 15.0 para Windows. Se ha realizado un análisis estadístico descriptivo y analítico.

En el análisis descriptivo, las variables sociodemográficas y laborales cuantitativas se han presentado con su valor medio y su desviación estándar y las variables cualitativas en porcentajes.

En las tres dimensiones del síndrome de burnout se han presentado: a) los valores medios y las desviaciones estándar, b) la frecuencia de individuos con grado bajo, medio y alto de CE, DP y FRP.

También se ha realizado un análisis bivariante y multivariante. En el análisis bivariante, para la comparación de variables cualitativas se ha utilizado el test de χ^2 o la prueba exacta de Fisher, considerando significativa una $p \leq 0,05$.

Para la comparación de medias en variables cuantitativas se ha utilizado la t de Student, ANOVA o sus correspondientes no paramétricas, U de Mann-Whitney y test de Kruskal-Wallis. También en este caso se ha considerado significativa una $p \leq 0,05$.

En el análisis multivariante, se ha realizado una regresión logística para cada una de las tres dimensiones del síndrome (nivel de significación $p \leq 0,05$).

Consideraciones éticas

Este estudio ha sido aprobado por la Comisión de Investigación del Hospital Central de la Defensa «Gómez Ulla» y se ha obtenido

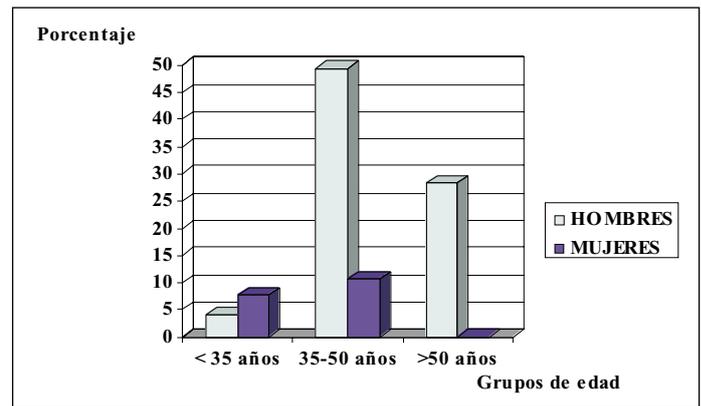


Figura 1. Distribución de hombres y mujeres por grupos de edad.

el permiso correspondiente para su realización por parte de la Inspección General de Sanidad de la Defensa.

Además, en la documentación aportada a cada encuestado se ha solicitado su consentimiento para participar en el estudio, y se ha garantizado la confidencialidad de los datos.

RESULTADOS

Tasa de respuesta

De los 257 médicos y enfermeros militares destinados en el Hospital Central de la Defensa «Gómez Ulla», han sido excluidos del estudio 15 profesionales, ya que durante el periodo de recogida de datos se encontraban fuera de sus destinos por encontrarse de baja, realizando cursos, en comisión de servicio o bien realizando misiones de mantenimiento de la paz fuera de nuestras fronteras.

Por tanto, el número de profesionales sanitarios militares a los que se les ha dirigido la encuesta ha sido de 242 médicos y enfermeros. De ellos han respondido 170, lo que significa una tasa de respuesta del 70,24%.

Análisis descriptivo

En lo que se refiere al análisis de las características sociodemográficas y laborales de la población analizada, las primeras variables estudiadas han sido la edad y el sexo. Así, la mayoría de los profesionales estudiados son hombres (81,8%), con una edad media de 45,84 años (DS 7,87).

Los hombres tienen una edad media superior a las mujeres; 47,87 años (DS 7,03) en los médicos y enfermeros varones y 36,81 años (DS 4,28) en el caso de las mujeres.

La distribución de hombres y mujeres según los grupos de edad se presenta en la figura 1.

En cuanto al estado civil, la mayoría de los profesionales encuestados están casados o tienen pareja estable (86,5%), aproximadamente el 11% están solteros, y sólo el 2% están divorciados o separados.

Otra variable analizada es el número de hijos, la media es de 1,7, de forma que el 78% de la población tiene al menos un hijo.

Las variables laborales analizadas, tanto generales como específicas de la Sanidad Militar se exponen en la tabla III.

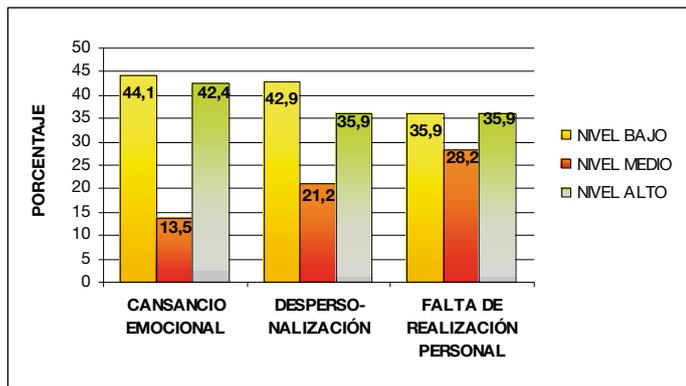


Figura 2. Niveles bajo, medio y alto de las tres dimensiones del burnout.

Otra variable analizada es el número de horas que el profesional dedica a las tareas del hogar, donde se incluyen las tareas domésticas, el cuidado de los hijos... La mayoría (el 70,7%) dedica menos de 15 horas semanales a este tipo de tareas, y sólo el 29,3% restante más de 15 horas a la semana. En este sentido encontramos importantes diferencias según el sexo, y así en el caso de las mujeres, más de la mitad (el 56,7%) trabaja en el hogar más de 15 horas a la semana, mientras que en los varones este porcentaje es del 23,1%.

También encontramos importantes diferencias en cuanto al sexo en la variable ejercicio de la profesión fuera del ámbito de la Sanidad Militar. El 67,2% de los varones también ejerce su profesión fuera de su trabajo habitual, y el porcentaje se reduce al 26,7% en el caso de las mujeres.

Niveles de cansancio emocional, despersonalización y falta de realización personal

Al estudiar el burnout en nuestra población, encontramos que la dimensión cansancio emocional alcanza un valor medio de 24,42 (DS 13,66), la despersonalización de 8,08 (DS 6,51) y la falta de realización personal de 12,54 (DS 8,63) encuadrándose las tres dimensiones en un nivel medio según los puntos de corte utilizados.

En la figura 2 se expone el porcentaje de los niveles bajo, medio y alto de las tres dimensiones del burnout.

Cansancio emocional

En el análisis bivalente, encontramos mayor cansancio emocional en los hombres ($p=0,000$) que tienen hijos ($p=0,018$). No hay diferencias estadísticamente significativas con la edad ni el estado civil.

En cuanto a las variables laborales, vemos que existe mayor cansancio emocional en aquellos profesionales que atienden más de 20 enfermos al día ($p=0,023$) y trabajan más de 45 horas semanales ($p=0,002$). No encontramos significación estadística con las variables laborales específicas de la Sanidad Militar: destinos forzosos fuera de la residencia habitual y realización de misiones internacionales.

Los resultados del análisis multivariante de esta dimensión del síndrome de burnout se exponen en la tabla IV.

Aparecen como factores de riesgo ser menor de 35 años, tener hijos, y muy posiblemente si aumentamos el tamaño muestral, el trabajar durante menos de 5 años en el destino actual.

Son factores de protección el estar casado o tener pareja estable y tener menos de 15 años de antigüedad en la profesión.

Tabla III. Variables laborales generales y específicas de la Sanidad Militar

VARIABLE	%	VARIABLE	%
PROFESIÓN		Nº HORAS SEMANALES TRABAJADAS	
• MÉDICOS	91,2	• MENOS DE 35	42
• ENFERMEROS	8,8	• ENTRE 35 Y 45	31,4
		• MÁS DE 45	26,6
AÑOS DE ANTIGÜEDAD EN LA PROFESIÓN		RELACIÓN CON ENFERMOS	
• <15 AÑOS	28,4	• NO CONTACTO	7,2
• 15-30 AÑOS	54,3	• MENOS DEL 50% DE LA JORNADA LABORAL	38,9
• >30 AÑOS	17,3	• MÁS DEL 50%	53,9
TIPO DE ATENCIÓN SANITARIA		EJERCICIO DE LA PROFESIÓN FUERA DE LA SANIDAD MILITAR	
• PRIMARIA	1,2	• NO	40,1
• ESPECIALIZADA	94,7	• SI	59,9
• DIRECCIÓN/ASESORAMIENTO/ ADMINISTRACIÓN/DOCENCIA	4,1		
AÑOS DE TRABAJO EN DESTINO ACTUAL		MISIONES INTERNACIONALES (N.º medio 0,95) (t medio 3,35 meses)	
• <5 AÑOS	48,2	• NO	55
• 5-10 AÑOS	16,3	• SI	45
• >10 AÑOS	35,5		
N.º ENFERMOS ATENDIDOS/DÍA		DESTINOS FORZOSOS	
• MENOS DE 10	42,7	• NO	38,8
• ENTRE 10 Y 20	38,4	• SI	61,2
• MAYOR DE 20	18,9		

Prevalencia del síndrome de burnout en médicos y enfermeros de un hospital militar

Tabla IV. Regresión logística del cansancio emocional respecto a las variables sociodemográficas y laborales.

	WALD	SIGNIFICACIÓN	OR	I.C. 95%	
				Inferior	Superior
SEXO (categoría referencia: hombre)					
• Mujer	2,78	0,09	0,38	0,12	1,18
EDAD (categoría referencia: mayores de 50 años)					
• Menores de 35 años	4,04	0,04	6,53	1,05	40,66
• Entre 35 y 50 años	3,130	0,07	2,85	0,89	9,13
HIJOS (categoría referencia: sin hijos)					
• Con hijos	4,77	0,02	3,66	1,14	11,76
ESTADO CIVIL (categoría referencia: solteros, divorciados, viudos).					
• Casados/pareja estable.	4,34	0,03	0,23	0,06	0,91
AÑOS DE ANTIGÜEDAD EN LA PROFESIÓN (categoría referencia: más de 30 años)					
• Menos de 15 años	5,92	0,01	0,12	0,02	0,66
• Entre 15 Y 30 años	2,06	0,15	0,38	0,10	1,41
AÑOS DE TRABAJO EN EL DESTINO ACTUAL (categoría referencia: más de 10 años)					
• Menos de 5 años	3,34	0,06	2,26	0,94	5,46
• Entre 5 y 10 años	0,31	0,57	1,34	0,48	3,71

Despersonalización

En el análisis bivariante no encontramos significación estadística entre esta dimensión y las variables sociodemográficas. Vemos como, en las variables laborales, aquellos profesionales que trabajan más de 45 horas a la semana tienen mayor despersonalización ($p=0,003$).

Los resultados del análisis multivariante se presentan en la tabla V.

En esta dimensión aparece también mayor riesgo en los menores de 35 años y en los médicos y enfermeros que también ejercen su profesión fuera de la Sanidad Militar. Es muy posible, que si se aumenta

el tamaño de la muestra la ausencia de hijos aparezca como un factor de riesgo para estos profesionales. El tener menos de 15 años de antigüedad en la profesión aparece como un factor de protección.

Falta de realización personal

En el análisis bivariante de esta dimensión, encontramos mayor falta de realización personal, con diferencias estadísticamente significativas, en los profesionales que trabajan menos de 35 horas semanales ($p=0,03$). Además encontramos una gran tendencia a la falta de realización personal en aquellos médicos y enfermeros que no tienen

Tabla V. Regresión logística de la despersonalización respecto a las variables sociodemográficas y laborales

	WALD	SIGNIFICACIÓN	OR	I.C. 95%	
				Inferior	Superior
SEXO (categoría referencia: mujer)					
• Hombre	0,01	0,89	1,04	0,53	2,05
EDAD (categoría referencia: mayores de 50 años)					
• Menores de 35 años	7,16	0,007	5,10	1,54	16,85
• Entre 35 y 50 años	2,92	0,08	1,99	0,90	4,40
HIJOS (categoría referencia: con hijos)					
• Sin hijos	3,19	0,07	1,89	0,94	3,80
AÑOS DE ANTIGÜEDAD EN LA PROFESIÓN (categoría referencia: más de 30 años)					
• Menos de 15 años	4,00	0,04	0,28	0,08	0,97
• Entre 15 Y 30 años	0,27	0,60	0,78	0,31	1,96
EJERCICIO DE PROFESIÓN FUERA DE SANIDAD MILITAR (categoría referencia: no)					
• Si	5,14	0,02	1,85	1,08	3,16

Tabla VI. Regresión logística de la falta de realización personal respecto a las variables sociodemográficas y laborales

	WALD	SIGNIFICACIÓN	OR	I.C. 95%	
				Inferior	Superior
SEXO (categoría referencia: hombre)					
• Mujer	0,001	0,97	1,01	0,52	1,94
EDAD (categoría referencia: mayores de 50 años)					
• Menores de 35 años	0,06	0,80	1,11	0,46	2,68
• Entre 35 y 50 años	0,58	0,44	1,26	0,68	2,34
PROFESIÓN (categoría referencia: médico)					
• Enfermero	4,97	0,02	1,98	1,08	3,61
ENFERMOS ATENDIDOS DIARIAMENTE (categoría referencia: menos de 10 enfermos)					
• Entre 10 y 20 enfermos	3,99	0,04	0,56	0,32	0,98
• Más de 20 enfermos	2,49	0,11	0,57	0,29	1,14
AÑOS DE TRABAJO EN EL DESTINO ACTUAL (categoría referencia: más de 10 años)					
• Menos de 5 años	0,41	0,52	0,81	0,42	1,54
• Entre 5 y 10 años	2,94	0,08	0,51	0,24	1,09
TIEMPO EN MISIONES (categoría de referencia: menos de 6 meses)					
• Más de 6 meses	6,04	0,01	1,93	1,14	3,26

ningún contacto con pacientes durante su jornada laboral ($p=0,07$) y que no ejercen su profesión fuera de la Sanidad Militar ($p=0,06$).

Los resultados de la regresión logística de esta dimensión se exponen en la tabla VI.

En la regresión logística de la falta de realización personal aparecen como factores de riesgo la profesión de enfermería y el llevar más de 6 meses de tiempo total en misiones internacionales. Son factores de protección el atender entre 10 y 20 enfermos al día. Si se aumenta el tamaño de la muestra también aparece como un factor de protección el trabajar entre 5 y 10 años en el destino actual.

DISCUSIÓN

En primer lugar, vamos a realizar una serie de reflexiones sobre el instrumento de medida utilizado en este trabajo: el Maslach Burnout Inventory (MBI), cuestionario desarrollado por Maslach y Jackson para medir las tres dimensiones del síndrome de desgaste profesional: el cansancio emocional, la despersonalización y la falta de realización personal.

Actualmente, existen tres versiones del MBI: la primera es el MBI-Human Services Survey (MBI-HSS), versión clásica del MBI que está dirigida a los profesionales de la salud. La segunda versión está dirigida a los profesionales de la educación, y se denomina MBI-Educators Survey (MBI-ES). Y por último la tercera versión, el MBI-General Survey (MBI-GS), está dirigido a todo tipo de profesionales, no sólo a los que trabajan con personas.

Se han realizado varias adaptaciones al español del MBI, que han reproducido su estructura trifactorial^{33,34}, además se han llevado a cabo varios estudios que han comprobado la validez factorial y la consistencia interna de este cuestionario de medida.^{35,36} Sin embargo, se ha descrito la existencia de un problema psicométrico en el MBI. Para algunos autores³⁷, de las tres escalas de este cuestionario

de medida, sólo la que mide el cansancio emocional ha demostrado un buen rendimiento, de forma que las otras dos (despersonalización y realización personal) son de aplicación más dudosa. Por tanto, se está midiendo un fenómeno con un instrumento que fundamentalmente detecta situaciones de estrés emocional, y quizá no todo el estrés emocional sea burnout.

Otros instrumentos que se han desarrollado para medir el síndrome de burnout son el Cuestionario de Desgaste Profesional de Enfermería³⁸ y también el Cuestionario de Desgaste Profesional Médico (CDPM)³⁹. A pesar de que los cuestionarios citados muestran índices adecuados de fiabilidad y consistencia interna, hemos utilizado en nuestro trabajo una versión adaptada al castellano del MBI-HSS ya que ha sido la más utilizada en nuestro medio para medir la prevalencia del síndrome, y es la que más se ajusta a la población que hemos estudiado; profesionales de la medicina y enfermería.

En lo que se refiere a la respuesta obtenida en este trabajo, consideramos que el 70,24% es una buena tasa de respuesta, que nos hace pensar que los resultados a los que hemos llegado reflejan de forma real la situación que existe en el colectivo estudiado. Al igual que en otros estudios¹⁹ los trabajos que se realizan mediante entrevista personalizada obtienen tasas de respuesta más alta. En nuestro medio son numerosos los trabajos publicados con tasas de respuesta entre el 60% y el 70%; es el caso del estudio realizado en médicos de la provincia de Cáceres⁴⁰, el trabajo que se llevó a cabo entre los profesionales sanitarios de los servicios de rehabilitación⁴¹, con tasas de respuesta en ambos casos del 62%, o el trabajo que se realizó en personal de enfermería de atención hospitalaria²⁰, con una tasa de respuesta del 64%.

En lo que se refiere a los niveles de las tres dimensiones de burnout alcanzados en nuestro estudio, hemos de decir en primer lugar, que la bibliografía está llena de aportaciones referentes a la importancia del burnout en las profesiones sanitarias⁴²⁻⁴⁶ (aunque son muchas menos las referidas a la Sanidad Militar⁴⁷⁻⁵⁰). A pesar de

Prevalencia del síndrome de burnout en médicos y enfermeros de un hospital militar

esta cantidad de trabajos sobre el tema que nos atañe, encontramos una gran disparidad de resultados en lo que se refiere a las prevalencias encontradas. Este hecho puede ser explicado desde distintos puntos de vista; para Maslach, la presencia de las tres dimensiones del síndrome, no significa que éste no sea un concepto unitario, sino que más bien tiene un efecto enriquecedor del mismo, ya que muestran una serie de reacciones psicológicas que los trabajadores experimentan durante todo el proceso de desgaste profesional, y esto puede explicar las diferencias que se encuentran en las prevalencias. Para esta autora, el cansancio emocional sería la primera fase y más importante del burnout, en una segunda fase aparecería la despersonalización, y parece ser que de forma simultánea a ésta, aparecería la falta de realización personal.

Como ya hemos comentado, para otros autores³⁷ la discordancia en la prevalencia de los diferentes trabajos, puede deberse a que las dimensiones de despersonalización y falta de realización personal tienen una significación dudosa, y lo que se detecta básicamente cuando se mide el burnout es estrés emocional, que no siempre equivale a desgaste profesional.

Así, el síndrome de burnout es una entidad nosológica de amplio espectro, con una gradación de síntomas, que van de los más leves a los más severos. La primera fase, en la que podrían incluirse gran cantidad de profesionales, no sería una situación patológica en sí misma, y en ella aparecerían sentimientos de insatisfacción debidos a la poca armonía entre las expectativas individuales de los profesionales sanitarios y su realidad laboral, todo ello influido por diversos factores sociales. Esta situación favorecería los sentimientos de desmotivación profesional y daría lugar a un burnout más establecido. Así, en los casos más severos, sí se podría hablar de burnout como entidad psicopatológica.

Los resultados que hemos obtenido en médicos y enfermeros militares en cada una de las escalas del síndrome de burnout, se encuadran en un nivel medio según los puntos de corte utilizados. Para comparar estos resultados con otros profesionales sanitarios, hay que tener en cuenta las peculiaridades laborales de los médicos y enfermeros militares, por lo que consideramos sólo de forma orientativa estos resultados comparativos.

En lo que se refiere a los profesionales de enfermería, en un grupo de enfermeras de un hospital de Barcelona¹⁷, la media obtenida para la realización personal ($35 \pm 8,09$) es muy similar a la alcanzada en nuestro estudio, sin embargo, la media del cansancio emocional ($21,8 \pm 10,27$) y la despersonalización ($7,19 \pm 4,97$) es ligeramente inferior a la recogida en nuestro trabajo. En un hospital murciano²⁰, se estudió la prevalencia del síndrome de burnout en diferentes colectivos de trabajadores dependientes de la dirección de enfermería (enfermeros, matronas, auxiliares de clínica, fisioterapeutas y técnicos de laboratorio), y se encontró un valor medio de cansancio emocional ($19,8 \pm 11,1$) y falta de realización personal ($32,3 \pm 8,0$) inferior al encontrado en nuestro trabajo, pero la media hallada en la dimensión de despersonalización ($9,0 \pm 6,4$) es superior al valor medio del personal militar estudiado. Igualmente, en otro estudio realizado en personal de enfermería hospitalario⁵¹ vemos valores medios para el cansancio emocional ($24,19 \pm 13,14$) muy similares a los encontrados en nuestro trabajo, más altos para la realización personal ($37,12 \pm 7,16$), y valores medios inferiores para la despersonalización ($6,99 \pm 5,63$).

En cuanto al personal médico, si se analizan profesionales sanitarios de distintos servicios hospitalarios, encontramos en personal

asistencial pediátrico⁴³ una proporción de individuos con niveles altos de cansancio emocional (14,5%), despersonalización (23,9%) y falta de realización personal (10,4%) muy baja en comparación con los obtenidos en nuestro trabajo. Sin embargo, en este mismo estudio, la proporción de profesionales con niveles bajos de cansancio emocional (50%) y despersonalización (33,8%) son bastante similares a los encontrados en nuestro trabajo. En los servicios de hospitalarios de rehabilitación⁴¹, el 30% de los trabajadores presentan puntuaciones altas de cansancio emocional y más del 20% en despersonalización, porcentajes igualmente inferiores a los de nuestro estudio.

A nivel hospitalario se han realizado trabajos que ponen de manifiesto la relación positiva que existe entre el estrés asistencial y los sentimientos de ira y ansiedad que sufre el personal sanitario⁵², especialmente se han relacionado los mayores niveles de burnout con algunas especialidades que tratan con enfermos oncológicos, graves, crónicos o terminales.

Así, se han realizado varios estudios sobre el síndrome del «quemado» en profesionales de la oncología⁵³⁻⁵⁶ y se ha visto que tienen mayores niveles de burnout, sobre todo de agotamiento emocional y despersonalización. Esto está en relación con el sentido de fracaso cuando falla un tratamiento y las expectativas poco realistas de estos profesionales en cuanto a sus posibilidades de aliviar el sufrimiento de los demás, lo que aumenta las posibilidades de padecer burnout. También influye la burocracia del sistema sanitario y la aparición de sentimientos de frustración, cólera, insuficiencia y culpabilidad cuando se produce la pérdida de un paciente, que llevan al profesional de la oncología a establecer una relación superficial y distante con los enfermos oncológicos y sus familiares.

En profesionales de cuidados intensivos⁵⁷ también se ha visto que la presencia del síndrome de burnout es importante. Sin embargo, en estudios realizados en profesionales de cuidados paliativos se han encontrado niveles de morbilidad psiquiátrica y burnout similares a otras especialidades⁵⁸.

Otro colectivo donde se ha estudiado el síndrome de burnout es en médicos residentes⁵⁹, y se han encontrado altos niveles de cansancio emocional ($34,0 \pm 10,1$), despersonalización ($11,0 \pm 5,4$) y realización personal ($30,2 \pm 7,6$), niveles medios bastante más altos que los que aparecen en los profesionales de nuestro estudio.

En lo que se refiere a médicos de atención primaria encontramos niveles de burnout bastante similares a los alcanzados en nuestro trabajo. En un trabajo realizado en médicos de atención primaria de un área sanitaria de Madrid⁶⁰, el porcentaje de profesionales con alto grado de cansancio emocional (42%) y de despersonalización (35%) es prácticamente igual al que hemos encontrado en sanitarios militares hospitalarios. Sin embargo, la falta de realización personal es algo inferior en personal militar (38% vs. 35,9%).

En el análisis que se realizó en 93 centros de Atención Primaria de Barcelona y de las comarcas del norte de la provincia⁶¹, se encontró que un 42,6% de los facultativos tiene niveles altos de cansancio emocional, prácticamente igual al 42,4% que hemos hallado en nuestro estudio. Un 43,5% de estos profesionales de Barcelona tienen niveles altos de despersonalización, porcentaje superior al encontrado en nuestro trabajo. Los niveles bajos de estas dimensiones (32,2% para el cansancio emocional 28,6% para despersonalización) son igualmente menores a los encontrados en personal sanitario militar. Sin embargo la falta de realización personal de estos facultativos es menor a la encontrada en nuestro estudio (24,3%).

En relación con el burnout y el sexo, las mujeres suelen puntuar más alto en cansancio emocional, mientras que los varones lo hacen en despersonalización. Estas diferencias pueden explicarse porque las mujeres son más sensibles emocionalmente y tienden a expresar sus emociones más fácilmente que los varones. Además, las mujeres suelen tener una doble carga de trabajo, ya que a parte de sus responsabilidades laborales, se ocupan en mayor medida de las tareas del hogar. La sobrecarga de trabajo se relaciona de forma positiva con el agotamiento emocional⁶². En nuestro estudio los hombres puntúan más alto en cansancio emocional, pero solo aparecen diferencias estadísticamente significativas en el análisis bivariante, estos resultados no se mantienen en la regresión logística. En las otras dimensiones del burnout no hemos encontrado relación con el sexo.

En cuanto a la edad, encontramos en nuestro trabajo una edad media alta, 45,8 años, posiblemente los médicos y enfermeros más jóvenes se encuentren destinados en Unidades, Centros y Organismos dependientes de los tres Ejércitos.

Encontramos en nuestro estudio como, de acuerdo con la literatura⁶³, el desgaste profesional disminuye a medida que aumenta la edad. Nuestros profesionales menores de 35 años tienen 6 veces más riesgo de cansancio emocional y 5 veces más riesgo de despersonalización. No encontramos diferencias significativas con la falta de realización personal.

En relación con la edad y el burnout, hay que tener en cuenta la posibilidad de que los individuos quemados abandonen de forma prematura la organización donde trabajan, y por tanto los «supervivientes», los de mayor edad, tengan menores niveles de desgaste profesional.

Este hecho puede explicar en nuestro trabajo la relación encontrada entre burnout y edad, ya que los profesionales más mayores no abandonan su puesto de trabajo, quizá son los más jóvenes, los profesionales que recientemente han terminado su especialidad, los que abandonan precozmente sus destinos.

Directamente asociada con la edad se encuentra la antigüedad profesional. En nuestro trabajo, el tener menos de 15 años de antigüedad en la profesión aparece como un factor de protección tanto para el cansancio emocional como para la despersonalización. En este sentido la literatura ofrece resultados diversos, algunos estudios están en concordancia con nuestros resultados⁶⁴, si bien otros encuentran menor agotamiento emocional en aquellos profesionales con mayor experiencia profesional¹⁶.

En cuanto a los hijos, en nuestro trabajo encontramos que los profesionales con hijos tienen 3 veces más riesgo de cansancio emocional. Estos resultados han de interpretarse con cautela, ya que en la mayoría de la literatura revisada la relación encontrada es inversa⁶⁵, o no existe asociación significativa⁶⁶. Las personas con hijos suelen ser más estables y maduras, y el hecho de que hayamos encontrado en ellos niveles superiores de cansancio emocional puede deberse al doble papel desempeñado; padres y trabajadores, que puede dar lugar a estrés, y a su vez los estresores familiares pueden tener repercusiones en el trabajo.

También hemos encontrado que el estar casado o tener pareja estable es un factor de protección frente al cansancio emocional, ya que la familia podría disminuir la sobreimplicación en el trabajo⁴⁰.

En lo que se refiere a la profesión, hemos encontrado como los enfermeros tienen 2 veces más riesgo de falta de realización personal. En muchos estudios^{67,68} se ha descrito a la enfermería como una profesión especialmente vulnerable al burnout, y se ha visto como

en la aparición de desgaste profesional en los enfermeros influyen tanto variables organizativas como personales⁶⁹⁻⁷¹, de forma que la falta de apoyo social y los conflictos interpersonales intervienen en la aparición del síndrome.

Además, la ausencia de reconocimiento del trabajo de enfermería se refleja en su falta de participación en la toma de decisiones, que es otro factor que influye en la génesis del burnout⁷².

Encontramos que el atender entre 10 y 20 enfermos al día aparece como un factor de protección frente a la falta de realización personal, y el ejercer la profesión fuera del ámbito de la Sanidad Militar es un factor de riesgo para la despersonalización. Es posible que los profesionales con una doble jornada laboral atiendan a un mayor número de enfermos al día lo cual aumenta los niveles de despersonalización, ya que los profesionales sanitarios se hacen más distantes con sus pacientes, quizá como un mecanismo de autodefensa.

En cuanto a los años de trabajo en el destino actual, vemos que los profesionales que llevan trabajando menos de 5 años en su destino tienen 2 veces más riesgo de cansancio emocional. Posiblemente durante estos primeros años es cuando los trabajadores son más vulnerables a los estresores laborales.

Es importante destacar que en este trabajo no hemos encontrado diferencias significativas en cuanto a las variables específicas de la Sanidad Militar; número de destinos forzosos fuera de la residencia habitual y asistencia a misiones internacionales. Sí hemos visto que los médicos y enfermeros militares con un cómputo de tiempo global en misiones internacionales mayor a 6 meses tienen casi 2 veces más riesgo de falta de realización personal.

Se ha descrito en la literatura la asistencia a misiones como un factor de riesgo para la aparición de estrés y desgaste profesional en sanitarios militares⁷³.

Como causas de estrés en estos profesionales durante las misiones se han descrito que durante el despliegue militar el cuidado de los pacientes se puede llevar a cabo en condiciones medio ambientales difíciles, con fenómenos climatológicos adversos (presencia de monzones, temperaturas extremas...), en muchas ocasiones en un territorio geográficamente alejado de su país de origen y con una cultura poco familiar. En este primer momento, es decir, al inicio de la misión, todavía no se pueden establecer las relaciones de trabajo, y la autoridad y las relaciones de orden pueden ser inciertas. Además los equipos médicos necesarios para el trabajo habitual pueden ser escasos y no se pueden establecer todavía procedimientos adecuados para el triage, tratamiento y evacuación de los pacientes.

A todas las causas descritas, se suma el hecho de que a menudo el personal sanitario militar practica su labor profesional en un ambiente peligroso, bajo amenazas de violencia, guerra nuclear, química o bacteriológica o ataque de proyectiles. Además, en algunas ocasiones podía ser necesario que desarrollen su trabajo con material de protección individual como el casco, el chaleco «antifragmentos» o las «máscaras NBQ», para protegerse del ataque enemigo, lo que dificulta su trabajo habitual de cuidado de los pacientes.

Otras de las causas específicas de este grupo de profesionales son las condiciones atípicas que a menudo presentan sus pacientes, con heridas de guerra, muertes en masa, fuertes politraumatismos o enfermedades endémicas.

En ocasiones, todos estos factores se pueden ver paliados en parte por los sentimientos de recompensa personal que pueden aparecer en

Prevalencia del síndrome de burnout en médicos y enfermeros de un hospital militar

estos profesionales, debido al hecho de poder ayudar a personas especialmente necesitadas durante la realización de este tipo de misiones⁸.

No obstante, hay que tener en cuenta que los médicos y enfermeros militares pueden tener mayor riesgo de burnout, debido a que la asistencia a misiones internacionales implica tener una continua preparación física, psicológica y profesional, para actuar en cualquier momento que su país lo necesite. Además esto implica la separación del ambiente familiar durante largos periodos de tiempo.

Además, pensamos que en los profesionales estudiados se pueden tener en cuenta algunos factores que influyen en la aparición de desgaste profesional en sanitarios civiles. Así es importante la motivación intrínseca de este personal, ya que si ésta es la adecuada, el profesional se identifica más con la organización en la que trabaja y mantiene con ella un contrato psicológico que compensa las posibles deficiencias que pudieran darse en cuanto a motivación extrínseca, tanto de salario como de reconocimiento social⁷⁴. La motivación extrínseca también es importante, y se han descrito como causas de insatisfacción laboral en profesionales sanitarios la escasez de medios proporcionados por la institución donde trabajan, así como las pocas recompensas económicas e incentivos laborales que reciben durante su labor profesional^{75,76}.

El tema de la satisfacción laboral es importante tenerlo en cuenta en todos los colectivos laborales, también en personal militar, donde se ha visto que a menor satisfacción en el trabajo, mayor es la propensión de estos profesionales a abandonar la organización, al absentismo y a la accidentabilidad⁷⁷.

Entendemos que la Sanidad Militar tiene un papel muy importante en el Ejército español, y éste a su vez en la sociedad en general, y que por tanto hay que prevenir la aparición de desgaste en los profesionales que la componen. Es importante no sólo instaurar medidas preventivas, sino también realizar nuevos estudios para ver la evolución del burnout en estos profesionales.

CONCLUSIONES

1. Un 42,4% de los médicos y enfermeros militares del Hospital Central de la Defensa «Gómez Ulla» tienen niveles altos de cansancio emocional. Y un 35,9% niveles altos de despersonalización y falta de realización personal.

2. La puntuación de cada una de las tres dimensiones del síndrome de burnout en médicos y enfermeros del Hospital Central de la Defensa se encuadran en el nivel medio.

3. No hemos encontrado diferencias significativas con el número de destinos forzosos, ni con la asistencia a misiones internacionales. Sí aparece mayor riesgo de falta de realización personal en aquellos profesionales que llevan más de 6 meses de cómputo de tiempo global en misiones internacionales.

BIBLIOGRAFÍA

1. Freudenberger H. Staff Burn-Out. *Journal of Social Issues* 1974; 30(1): 159-166.
2. Maslach C, Jackson S. The measurement of experienced burnout. *Journal of Occupational Behaviour* 1981; 2 (2): 99-113.
3. Maslach C, Jackson SE. *Maslach Burnout Inventory Manual*. (2º edic). Palo Alto, CA: Consulting Psychologist Press;1986.
4. Maslach C, Schaufeli WB, Leiter MP. *Job Burnout*. *Annu Rev Psychol* 2001; 52

- (1): 397-422.
5. Escribá-Agüir V, Bernabé-Muñoz Y. Exigencias laborales psicológicas percibidas por médicos especialistas hospitalarios. *Gac Sanit* 2002; 16 (6): 487-496.
6. Albadalejo 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 Pública* 2004; 78(4): 505-516.
7. Bernardi M, Catania G, Marceca F. The world of nursing burnout. A literature review. *Prof Inferm* 2005; 58(2): 75-79.
8. Ballone E, Valentino M, Occhiolini L, Di Mascio C, Cannone D, Schioppa FS. Factors Influencing Psychological Stress Levels of Italian Peacekeepers in Bosnia. *Mil Med* 2000; 165(12): 911-915.
9. Britt T, Adler A. Stress and health during medical humanitarian assistance missions. *Mil Med* 1999; 164 (4): 275-279.
10. De Pew A, Gordon M, Yoder LH, Goodwin CW. The relationship of burnout, stress, and hardiness in nurses in a military medical center: a replicated descriptive study. *J Burn Care Rehabil* 1999; 20 (6): 515-522.
11. Van Wijk C. Factors influencing burnout and job estress among military nurses. *Mil med* 1997; 162(10): 707-710.
12. Mingote JC, Moreno B, Gálvez M. Desgaste profesional y salud de los profesionales médicos: revisión y propuestas de prevención. *Med Clin (Barc)* 2004; 123(7): 265-270.
13. Toppinen-Tanner S, Ojajarvi A, Vaananen A, Kalimo R, Jappinen P. Burnout as a predictor of medically certified sick-leave absences and their diagnosed causes. *Behav Med* 2005; 31 (1): 18-27.
14. Al-Mağaitah R, Cameron S, Horsburgh ME, Armstrong-Stassen M. Predictors of Job Satisfaction, Turnover and Burnout in Female and Male Jordanian Nurses. *Can J Nurs Res* 1999; 31(3): 15-30.
15. Mingote Adán, JC. Síndrome de burnout o síndrome de desgaste profesional. *FMC* 1998; 5 (8): 493-509.
16. Albar MJ, Romero M, González MD, Carballo E, García A, Gutiérrez I et al. Apoyo social, características sociodemográficas y burnout en enfermeras y auxiliares de hospital. *Enferm. clín.* 2004; 14(5): 281-285.
17. 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. clín.* 2004; 14(3): 142-151.
18. Ramos F, Castro R, Fernández Valladares MJ. Desgaste profesional (burnout) en los trabajadores del Hospital de León: prevalencia y análisis de factores de riesgo. *Mapfre Medicina* 1999; 10(2): 134-144.
19. 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(6): 480-486.
20. López-Soriano F, Bernal L. Prevalencia y factores asociados con el síndrome de burnout en enfermería de atención hospitalaria. *Rev calid asist* 2002; 17(4): 201-205.
21. De la Peña E, Sanz JC, Garrido J, Carvajal J, Galán R, Herrero A. Factores relacionados con el estrés profesional en personal de enfermería del área de salud de Badajoz. *Enfermería Clínica* 2002; 12(2): 59-64.
22. Hoge C, Castro C, Messer S, McGurk D, Cotting D, Koffman R. Combat Duty in Iraq and Afghanistan, Mental Health Problems, and Barriers to Care. *N Engl J Med* 2004; 351(1): 13-22
23. Cabrera P, Simón E, Fernández R, Palazón A, Santodomingo O. Personalidad y estrés en el personal sometido a un trabajo de tensión y riesgo. *Rev Cubana Med Mil* 2000; 29(2): 79-83.
24. Zimmerman G, Weber W. Care for Carigivers: A Program for Canadiam Military Chaplains after Serving in NATO and United Nations Peacekeeping Missions in the 1990s. *Mil Med* 2000; 165(9): 687-689.
25. Kaspersen M, Mathiesen S. Síntomas de Estrés Postraumático entre los soldados de Naciones Unidas y el personal perteneciente al voluntariado. *Eur J Psychiat* 2003; 17 (2): 69-77.
26. Vuksic-Mihaljevic Z, Bensic M, Begic D, Lanc G, Hutinec B, Candrlj V, et al. El trastorno por estrés post-traumático relacionado con el combate entre los veteranos croatas: modelos causales para grupos (clusters) de síntomas. *Eur J Psychiat* 2004; 18 (4): 197-209.
27. Osca A, González-Camino G, Bardera P, Peiró JM. Estrés de rol y su influencia sobre el bienestar psíquico y físico en soldados profesionales. *Psicothema* 2003; 15(1): 54-57.
28. Ministerio de Defensa de España. Las Fuerzas Armadas alcanzan en 2007 un nuevo máximo histórico de reclutamiento desde la suspensión del servicio militar obligatorio. [Internet]. Madrid: Nota de prensa del Ministerio de Defensa de Es-

- paña, 12 de enero de 2008. [acceso 14 de marzo de 2008]. Disponible en: http://www.mde.es/NotasPrensa?accion=1&id_nodo=4072&id_notas=1588
29. Ministerio de Defensa de España. El número de mujeres en las Fuerzas Armadas ha aumentado un 22,9 por ciento en la presente legislatura. [Internet]. Madrid: Nota de prensa del Ministerio de Defensa de España, 2 de octubre de 2007. [acceso 20 de febrero de 2008]. Disponible en: http://www.mde.es/NotasPrensa?id_nodo=4447&accion=1&id_notas=1524
 30. Ministerio de Defensa de España. Generalidades. Misiones de paz. [Internet]. Madrid: Ministerio de Defensa de España, 10 de noviembre de 2008. [acceso 30 de noviembre de 2008]. Disponible en: http://www.mde.es./contenido.jsp?id_nodo=4261&&keyword=&auditoria=F
 31. Moreno B, González JL, Garrosa E, Peñacoba C. Desgaste profesional en hospitales. Influencia de las variables sociodemográficas. *Rol de Enfermería* 2002; 25 (11): 18-26.
 32. Caballero MA, Bermejo F, Nieto R, Caballero F. Prevalencia y factores asociados al burnout en un área de salud. *Aten prim* 2001; 27 (5): 313-317.
 33. Moreno B, Oliver C, Pastor JC, Aragonese A. El Burnout una forma específica de estrés laboral. En: Carballo VE & Buela G, editores. *Manual de Psicología Clínica*. Madrid: Siglo XXI; 1991. p. 271-284.
 34. Seisdedos, N. MBI. Inventario «Burnout» de Maslach. Madrid: TEA, ediciones; 1997.
 35. Gil-Monte P, Peiró JM. Validez factorial del Maslach Burnout Inventory en una muestra multiocupacional. *Psicothema* 1999; 11(3): 679-689.
 36. Gil-Monte P. Validez factorial de la adaptación al español del Maslach Burnout Inventory-General Survey. *Salud pública de México* 2002; 44 (1): 33-40.
 37. Cebriá J. Distrés crónico y desgaste profesional: algunas hipótesis etiológicas y nosotácicas. *Aten Primaria* 2003; 31(9): 572-574.
 38. Moreno B, Garrosa E, González JL: El desgaste profesional de enfermería. Desarrollo y validación factorial del CDPE. *Arch Prev Riesgos Labor* 2000; 3 (1): 18-28.
 39. Moreno B, Gálvez M, Garrosa E, Mingote-Adán JC. Nuevos planteamientos en la evaluación del burnout. La evaluación específica del desgaste profesional médico. *Aten Primaria* 2006; 38 (10): 544-549.
 40. Prieto L, Robles E, Salazar LM, Daniel E. Burnout en médicos de atención primaria de la provincia de Cáceres. *Aten Prim* 2002; 29 (5): 294-302.
 41. Expósito JA, Echevarría C, Pino R, Díaz P, Algarín MI, Cayuela A. Prevalencia y factores asociados al síndrome de estar quemado (burnout) en los servicios de rehabilitación. *Rehabilitación (Madr)* 2004; 38(2): 59-65.
 42. 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 (14): 554-555.
 43. 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(3): 248-251.
 44. Sánchez A, Lucas N, García-Ochoa MJ, Sánchez C, Jiménez JA, Bustinza A. Estrés laboral en el profesional de un servicio de emergencias prehospitalario. *Emergencias* 2001; 13(3): 170-175.
 45. Jiménez C, Morales JL, Martínez C. Estudio del síndrome de burnout en cirujanos pediatras españoles. *Cir pediatr* 2002; 15(2): 73-78.
 46. Loma-Segarra M, Garrido J. La supervisión de enfermería y el burnout: un estudio sobre los factores laborales y psicológicos. *Gest Hosp*. 2000; 11(4): 165-169.
 47. Constable JF, Russell DW. The effect of social support and the work environment upon burnout among nurses. *J Human Stress* 1986; 12 (1): 20-26.
 48. Jennings BM. Stress, locus of control, social support, and psychological symptoms among head nurses. *Res Nurs Health* 1990; 13 (6): 393-401.
 49. Pflanz S. Psychiatric illness and the workplace: perspectives for occupational medicine in the military. *Mil Med* 1999; 164 (6): 401-406.
 50. Shelley JJ, Wong M. Prevalence of burnout among military dentists. *Mil Med* 1991; 156 (3): 113-118.
 51. Molina JM, Ávalos Martínez, F. Síndrome de desgaste profesional en enfermería de un hospital médico-quirúrgico. *Todo Hosp*. 2006; 25 (232): 649-654.
 52. Pérez MA, Cano A, Miguel JJ, Camuñas N, Sayalero MT, Blanco JM. La ansiedad, la ira y el estrés asistencial en el ámbito hospitalario: un estudio sobre sus relaciones y la eficacia del tratamiento. *Ansiedad estrés* 2001; 7 (2-3): 247-257.
 53. Lyckholm L. Dealing with stress, burnout, and grief in the practice of oncology. *Lancet Oncol* 2001; 2 (12): 750-755.
 54. Travado L, Grassi L, Gil F, Ventura C, Martins C. Physician-patient communication among Southern European cancer physicians: the influence of psychosocial orientation and burnout. *Psychooncology* 2005; 14 (8): 661-670
 55. Kushnir T, Rabin S, Azulai S. A descriptive study of stress management in a group of pediatric oncology nurses. *Cancer Nurs* 1997; 20 (6): 414-421.
 56. Schraub S, Marx E. Burn out syndrome in oncology. *Bull Cancer* 2004; 91 (9): 673-676.
 57. Raggio B, Malacarne P. Burnout in intensive care unit. *Minerva Anestesiol* 2007; 73 (4): 195-200.
 58. Dunwoodie DA, Auret K. Psychological morbidity and burnout in palliative care doctors in Western Australia. *Intern Med J* 2007; 37 (10): 693-698.
 59. Fernández O, Hidalgo C, Martín A, Moreno S, García del Río B. Burnout en médicos residentes que realizan guardias en urgencias. *Emergencias* 2007; 19 (3): 116-121.
 60. Molina A, García MA, Alonso M, Cecilia P. Prevalencia de desgaste profesional y psicomorbilidad en médicos de atención primaria de un área sanitaria de Madrid. *Aten. prim*. 2003; 31(9): 564-574.
 61. 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 (10): 613-619.
 62. Agut S, Grau R, Beas M. Burnout en mujeres: un estudio comparativo entre contextos de trabajo y no trabajo. *Ansiedad y Estrés* 2001; 7(1): 79-88.
 63. Bartz C, Maloney JP. Burnout among intensive care nurses. *Res Nurs Health* 1986; 9 (2): 147-153.
 64. Esteva M, Larraz C, Soler JK, Yaman H. Desgaste profesional en los médicos de familia españoles. *Aten Prim* 2005; 35(2): 108-109.
 65. Sánchez-Madrid MA, Delgado-Martínez AD, Alcalde Pérez D. Prevalencia del síndrome de burnout en los cirujanos ortopédicos de España. *Rev Ortop Traumatol* 2005; 49 (5): 364-367.
 66. Simón MJ, Blesa A, Bermejo C, Calvo MA, Gómez C. Estresores laborales y satisfacción en la enfermería de una unidad de cuidados críticos. *Enferm Intensiva* 2005; 16(1): 3-14.
 67. Pedreño MA. Riesgo y afrontamiento del burnout de la enfermera de Salud Mental. *Metas enferm* 2005; 8 (9): 14-17.
 68. Soto R, Santamaría MI. Prevalencia del burnout en la enfermería de atención primaria. *Enferm clin* 2005; 15 (3): 123-130.
 69. Garrosa E, Moreno B, Rodríguez-Carvajal R, Morante ME. Variables predictoras del burnout en enfermería: importancia de los procesos emocionales de resistencia. *Med segur trab* 2005; 51 (199): 5-13.
 70. Gil-Monte PR, Carretero N, Roldán MD. Algunos procesos psicosociales sobre el síndrome de quemarse por el trabajo (burnout) en profesionales de enfermería. *Ansiedad estrés* 2005; 11 (2-3): 281-290.
 71. Morgado M. Relación entre el síndrome de burnout, psicopatología y ambiente en el trabajo de enfermeras de hospital general. *Arch Psiquiatr* 2004; 67 (2): 129-138.
 72. Billeter-Koponen S, Freden L. Long-term stress, burnout, and patient-nurse relations: qualitative interview study about nurses experiences. *Scand J Caring Sci* 2005; 19(1): 20-27.
 73. Fry ST, Harvey RM, Hurley AC, Foley BJ. Development of a model of moral distress in military nursing. *Nurs Ethics* 2002; 9 (4): 373-387.
 74. De Pablo R, Simó J, Domínguez J, Gervás J. La relación gestor-clínico: una perspectiva de médicos asistenciales. *Atem Prim* 2004; 33 (8): 462-470.
 75. Demira A, Ulusoyb M, Ulusoya MF. Investigation of factors influencing burnout levels in the professional and private lives of nurses. *Int J Nurs Stud* 2003; 40(8): 807-827.
 76. Sandy L, Foster N, Eisenberg J. Challenges to Generalism: Views from the Delivery System. *Acad Med* 1995; 70(1): 44-46.
 77. Bardera M, Osca A, González G. Influencia del estrés y la satisfacción laboral sobre la propensión al abandono de la organización, el absentismo y la accidentalidad. *Ansiedad estrés* 2002; 8 (2-3): 275-284.