

## *Comunicación interpersonal e incidencia del burnout en la interacción entre sanitarios y pacientes*

*M<sup>a</sup> Guadalupe LUCAS-MILÁN  
Juan Manuel MORENO-MANSO  
Ángel SUÁREZ-MUÑOZ  
Universidad de Extremadura (España)*

### *Resumen*

Se analiza la calidad de la atención y comunicación al paciente, teniendo en cuenta las características personales intrínsecas de los profesionales sanitarios (en este caso el *burnout*) que puedan incidir y afectar esta relación. La muestra está compuesta por 760 sanitarios divididos en tres perfiles: médicos, enfermeros y auxiliares técnicos. La propuesta metodológica de este trabajo se desarrolla en el contexto del Servicio Extremeño de Salud. Los resultados manifiestan que los sanitarios no perciben dificultades en la calidad de la atención y la comunicación con el paciente, destacando que su principal habilidad radica en la empatía que muestran hacia el usuario (se perciben cercanos, comprensivos, amistosos...). Lo mismo que en la adecuada calidad de la atención y comunicación con el paciente. En cuanto al *burnout*, los profesionales consideran que no manifiestan cansancio emocional y despersonalización en su puesto de trabajo; además, se sienten muy realizados en su labor profesional.

*Palabras clave:* *burnout*, comunicación interpersonal, bienestar psicológico, salud mental.

### *Abstract*

The research analyzes the quality of care and communication with patients, taking into account the inherent personal characteristics of health professionals (in this case the *burnout*) that may influence and affect this relationship. The sample consists of 760 health divided into three sections: doctors, nurses and technical assistants. The proposed methodology of this work takes place in the context of the Extremadura Health Service. The results show that health problems do not receive the quality of care and patient communication, emphasizing that his main skill lies in showing empathy towards the user (perceived close, supportive, friendly ...). As in the right quality of care and patient communication. As for the *burnout*, practitioners believe that no manifest emotional exhaustion and depersonalization in the workplace; also they feel very fulfilled in their work.

*Key words:* *Burnout*; Interpersonal communication; Psychological well-being; Mental health.

En el contexto sanitario la ausencia de calidad de la atención y comunicación al paciente en los profesionales sanitarios supone una de las más importantes exigencias y reivindicaciones realizadas por los pacientes. No resultan extraños los comentarios procedentes de los usuarios manifestando la ausencia de entendimiento con su médico. Abuso de tecnicismos, elitismo, dificultades para ponerse en el nivel comunicativo de los pacientes, etc. son algunos de los motivos que originan tales situaciones.

En este ámbito de incomprensión manifiesta por parte de los pacientes, los sanitarios también tienen su propia

percepción de los hechos, considerando que los pacientes son *poco colaboradores* y se implican escasamente en su proceso de sanación; a la vez que señalan que perciben una gran barrera comunicativa y atencional que, en numerosas ocasiones, les separa de los pacientes, impidiéndoles interactuar apropiadamente y lograr una exitosa relación con ellos.

En base a todo lo anterior y debido a esta trascendencia, se crea la necesidad de que exista un clima en la relación paciente-sanitario que propicie una elevada calidad de la atención al paciente.

*Dirección de los autores:* Departamento de Ciencias de la Educación. Facultad de Educación. Avda. de Elvas s/n. 06006 Badajoz.  
*Correo electrónico:* [gmlucas@unex.es](mailto:gmlucas@unex.es)

*Recibido:* noviembre de 2014. *Aceptado:* mayo de 2015.

En esta línea Jurado (2010) sostiene el valor del acto comunicativo en las relaciones sociales y le da tremenda trascendencia a la relación que se establece entre el sanitario y el paciente porque, en torno a ella, se establecerá la calidad de la atención sanitaria y se humanizará esta relación (siendo en numerosas ocasiones la humanización la gran olvidada en el ámbito sanitario). Elementos como la comunicación en el contexto sanitario fomentarán una mayor calidad atencional por parte del sanitario hacia el paciente.

Existen numerosas investigaciones que se han centrado en ahondar y en conocer la calidad de la atención y comunicación entre pacientes y sanitarios. Girón, Beviá, Medina y Talero (2002) analizaron la calidad de la relación entre médicos y pacientes en la localidad de Alicante, comprobando que los procesos establecidos en la relación médico-paciente median entre los recursos sanitarios y los desenlaces de los encuentros clínicos. Ulla, Arranz, Argüello y Cuevas (2002) estudiaron las dificultades comunicativas percibidas por el personal de enfermería hospitalaria, poniendo de manifiesto numerosas dificultades en la relación con los familiares de los pacientes.

Por su parte, Santana *et al.* (2009) evaluaron el grado de conciencia que los enfermeros de una unidad hospitalaria de cuidados intensivos tenían sobre la calidad de la atención y comunicación con las familias de los pacientes. Los resultados constataron la existencia de una nula actividad comunicativa de los enfermeros hacia los familiares de los pacientes ingresados.

Algunas investigaciones que analizan la calidad asistencial entre sanitarios y pacientes terminales abogan por la necesidad y trascendencia de poner en marcha programas de intervención dirigidos a mejorar la calidad de la atención y comunicación al paciente (Benbunan-Bentata, Cruz-Quintana, Roa-Venegas, Villaverde-Gutiérrez y Benbunan-Bentata, 2007). En esta misma línea destacan los trabajos de Blázquez-Manzano, Feu, Ruiz-Muñoz y Gutiérrez-Caballero (2012), Díaz-Sáez, Catalán-Matamoros, Fernández-Martínez y Granados-Gámez (2011).

Pero no sólo los conocimientos y estrategias comunicativas que posea el sanitario son elementos influyentes en la calidad atencional, sino que existen otros factores relevantes que debemos tener presentes: el estado emocional del sanitario, así como su nivel de estrés y de *burnout* en el trabajo. Todos estos aspectos pueden repercutir en el plano laboral y suponer un riesgo para la calidad asistencial. García-Carmona y Robles-Ortega (2011), Edewich y Brodsky (1980) y Tizón (2004) destacan que la labor sanitaria es una de las ocupaciones asistenciales donde mayores índices del síndrome de *burnout* se producen. Rodríguez y Moreno (2011) y Marqués y Barrasa (2011) destacan la relación entre el estado emocional del sanitario, la falta de realización personal, el nivel de cansancio emocional y despersonalización y la calidad de la atención y comunicación con el paciente.

Toda esta situación justifica la necesidad de una investigación que analice la percepción que el sanitario tiene de la calidad de la atención y comunicación con el paciente, así como la posible relación entre la calidad asistencial al paciente y el nivel de *burnout* del sanitario.

El objetivo de nuestro estudio es aportar un mayor conocimiento sobre la realidad de las relaciones interpersonales y comunicativas entre sanitarios y pacientes, teniendo en cuenta características personales intrínsecas de los sanitarios (*burnout*) que puedan incidir directamente y afectar tal relación.

## Método

### Participantes

La muestra se compone de 760 sanitarios. Todos los profesionales desempeñan su labor profesional en centros sanitarios de la Comunidad Autónoma de Extremadura. De forma mayoritaria, el 47.1% (358) son enfermeros lo que representa casi la mitad de la muestra. Seguidamente observamos que el 32.8% (249) son médicos y que el 20.1% (153) restante lo constituyen los técnicos auxiliares. La muestra analizada es representativa, dado que supone el 8% de los profesionales sanitarios en activo del Servicio Extremeño de Salud (SES) en el momento en el que se aplicaron las pruebas.

En cuanto al sexo de los 760 sanitarios, un 30.4% son varones (231) y un 69.6% mujeres (529), de los cuales un 78.7% llevan más de 10 años ejerciendo. La mayoría de los sanitarios tiene más de 36 años de edad (624). Los mayores de 45 años representan un 53.4% del total, seguidos de los profesionales de entre 36 y 45 años y a mayor distancia encontramos a los trabajadores de entre 25 y 35 años (15.5%). La categoría de edad menos representada en el estudio es la de los menores de 25 años (2.4%).

### Instrumentos de evaluación

En la investigación hemos utilizado varios instrumentos que nos han permitido evaluar los diferentes aspectos del estudio: la calidad de la atención y comunicación del sanitario al paciente y la presencia de *burnout* en el sanitario.

Para evaluar la calidad de la atención y comunicación en el sanitario diseñamos un cuestionario, a partir de varios instrumentos de comunicación interpersonal y de escalas de habilidades sociales: *Patient-Doctor Relationship Questionnaire (PDRQ-9)* de Van der Feltz-Cornelis, Van Oppen, Van Marwijk, De Beurs y Van Dyck (2004); *Escala de Habilidades Sociales (EHS)* de Gismero (2000); la versión española del *Cuestionario de Relaciones Médico-Paciente (CREM-P)* de Mingote-Adán, Moreno-Jiménez, Rodríguez-Carvajal, Gálvez-Herrer y Ruiz-López (2009) y el *Cuestionario de la Percepción de la Relación Médico-Paciente (PREMEPA)*

de Ramos-Rodríguez (2008). Este cuestionario, evalúa diferentes aspectos fundamentales en la comunicación interpersonal: *habilidades sociales, habilidades comunicativas, satisfacción laboral, falta de recursos sanitarios, calidad de atención al paciente y empatía*.

Para analizar la presencia del estrés laboral en los sanitarios utilizamos el *Inventario Burnout de Maslach (MBI)* (Maslach & Jackson, 1986), adaptado por Seisdedos en 1997. Este instrumento nos permite la evaluación de las tres dimensiones del *burnout*: el cansancio emocional, la despersonalización y la falta de autorrealización personal. El cansancio emocional (CE) nos permite determinar los sentimientos de una persona exhausta por el propio trabajo; la despersonalización (DP) nos ofrece información sobre la respuesta del sanitario (fría y/o impersonal) hacia los usuarios (receptores de sus servicios); y, por último, la realización personal (RP) contiene elementos que nos permiten conocer el sentimiento de competencia y éxito del sanitario en su trabajo.

### Procedimiento

La investigación se ha realizado en las ocho Áreas de Salud de la Comunidad Autónoma de Extremadura. En un primer momento dividimos las ocho **Áreas** en dos zonas claramente delimitadas: zona urbana y zona rural. En la zona urbana se incluyen las dos capitales de provincias de Extremadura: Cáceres y Badajoz. El resto de localidades entran en la denominada zona rural (Mérida, Don Benito, Villanueva, Llerena, Zafra, Coria, etc.).

La elección de los centros sanitarios se ha basado en los siguientes criterios: elección de las zonas más amplias y pobladas para garantizar el desarrollo del estudio; en la zona urbana se han buscado centros de atención primaria que tuviesen características poblacionales distintas u opuestas con la finalidad de obtener una mayor riqueza y pluralidad en los resultados; en la zona rural los centros de salud seleccionados han sido los existentes en la localidad; los hospitales encuestados han sido los que había en las localidades en las que se había decidido que se llevase a cabo el estudio.

Una vez realizada la selección muestral, se concertaron reuniones y entrevistas con la Gerencia General del SES, solicitando el permiso para la aplicación de los instrumentos. Una vez concedidos los permisos correspondientes, contactamos con los coordinadores de los hospitales y/o centros de salud, para establecer un calendario de administración de los instrumentos.

### Resultados

En cuanto a la elección de las pruebas estadísticas adecuadas a nuestra investigación, creemos conveniente reseñar que, en primer lugar, se ha realizado un análisis descriptivo para establecer la distribución y las caracte-

rísticas de la muestra y se ha analizado la calidad de la atención y comunicación al paciente, así como el grado de *burnout* de la muestra sanitaria. Posteriormente, se efectuó un análisis inferencial en el que, inicialmente, se realizó un análisis comparativo de la calidad de la atención y comunicación al paciente con las variables sociodemográficas con la finalidad de determinar la existencia de diferencias significativas entre ellas. Finalmente, se realizó un análisis correlacional con el propósito de establecer la relación entre la calidad de la atención y comunicación al paciente y el grado de *burnout* en el sanitario. Para el análisis de los datos se utilizó el paquete estadístico SPSS 20 para Windows. A continuación mostramos los resultados relativos a la aplicación de las pruebas.

En la tabla 1 se muestran las frecuencias de las diferentes dimensiones de la calidad de la atención y comunicación al paciente analizadas en los sanitarios (Habilidades sociales, Habilidades comunicativas, Satisfacción laboral, Falta de recursos, Calidad de atención al paciente, Empatía y Total de Calidad de la atención y comunicación).

En relación a la percepción global que tienen los sanitarios sobre el total de la calidad de la atención y comunicación al paciente, comprobamos en la tabla 1 que, en una puntuación mínima de 1 punto y máxima de 5 puntos, las frecuencias muestran unos niveles bastante altos que oscilan entre unas puntuaciones medias de 3.34 y 4.18, lo que evidencia que la muestra sanitaria se percibe muy competente en los diferentes aspectos que se relacionan con una adecuada calidad de la atención y fluidez de la comunicación hacia el paciente.

En cuanto al *síndrome de burnout* que presentan los sanitarios, se ha medido en una escala de puntuación de valores (1, 2 y 3), considerando que a menor media obtenida, mejores resultados. El valor (1) se ha referido a las medias altas (centiles entre el 67 y el 99), el valor (2) a las puntuaciones centiles medias (entre 34 y 66) y el valor (3) a las medias bajas (centiles entre 1 y 33). En los resultados obtenidos en la tabla 2 evidenciamos que las medias muestran unas mínimas de 1.72 (Despersonalización) y unas máximas de 2.68 (Falta de autorrealización

Tabla 1. Medias y desviaciones típicas de las puntuaciones obtenidas en las variables relativas a la Calidad de la atención y comunicación al paciente.

| <i>Calidad de la atención y comunicación</i> | <i>M</i> | <i>SD</i> |
|--|----------|-----------|
| Habilidades sociales                         | 4        | 0.61      |
| Habilidades comunicativas                    | 3.97     | 0.70      |
| Satisfacción laboral                         | 3.82     | 0.62      |
| Falta de recursos                            | 3.34     | 0.67      |
| Calidad de atención al paciente              | 3.68     | 0.60      |
| Empatía                                      | 4.18     | 0.75      |
| Total  | 3.92     | 0.56      |

Tabla 2. Medias y desviaciones típicas de las puntuaciones obtenidas en burnout.

| Dimensiones del MBI                | M    | SD   |
|------------------------------------|------|------|
| Cansancio emocional                | 2.02 | 0.53 |
| Despersonalización                 | 1.72 | 0.48 |
| Falta de autorrealización personal | 2.68 | 0.47 |

personal) lo que indica que la muestra sanitaria presenta escasa predisposición al *burnout*.

En la tabla 3 mostramos las correlaciones obtenidas entre las variables que miden la calidad de la atención y comunicación al paciente y las tres dimensiones del *síndrome de burnout*: el cansancio emocional, la despersonalización y la realización personal.

La investigación constata que existen correlaciones significativas entre las dimensiones del *burnout* (Cansancio emocional y Despersonalización) y la Calidad de la atención y comunicación al paciente en todas las categorías. Los resultados manifiestan, por tanto, que existe una clara correlación significativa entre la Calidad de la atención y comunicación al paciente y el Cansancio emocional y entre la Calidad de la atención y comunicación al paciente y la Despersonalización, puesto que en todos los casos el estadístico de significación es 0.00.

Asimismo, comprobamos que existen correlaciones significativas entre las cinco áreas de la Calidad de la atención y comunicación al paciente (Habilidades sociales, Habilidades comunicativas, Calidad de atención al paciente, Empatía y el Total de la calidad de la atención y comunicación al paciente) y la variable Realización personal.

Nuestro estudio evidencia (véase la tabla 4) la existencia de diferencias en función al sexo del sanitario, teniendo en

cuenta las variables Cansancio emocional y Despersonalización. Las mujeres sí manifiestan que existen correlaciones significativas entre el Cansancio emocional y la Despersonalización en todas las variables analizadas, puesto que en todos los casos observamos que el estadístico de significación es 0.00. En el caso de los varones observamos que, a nivel global, no existen correlaciones significativas entre el Cansancio emocional y la Despersonalización, a excepción de la correlación entre Cansancio emocional y Calidad de atención al paciente ( $r = -0.32$ ;  $p = 0.00$ ) y entre Despersonalización y Calidad de atención al paciente ( $r = -0.29$ ;  $p = 0.00$ ) en la que vemos que los resultados sí indican la existencia de correlaciones significativas entre estas dos variables.

Constatamos que existen correlaciones significativas entre todas las variables que miden la Calidad de la atención y comunicación al paciente (Habilidades sociales, Habilidades comunicativas, Calidad de atención al paciente, Empatía y la puntuación Total) y la dimensión Realización personal, tanto en mujeres como en varones.

En la tabla 5 mostramos las correlaciones obtenidas entre las variables que miden la Calidad de la atención y comunicación al paciente y dos de las dimensiones del *síndrome de burnout*: el Cansancio emocional y la Despersonalización, atendiendo a los años de experiencia profesional del sanitario.

En relación al Cansancio emocional y la Despersonalización, vemos que existen correlaciones significativas en los intervalos de sanitarios con una experiencia de entre 6 y 10 años y de más de 10 años, pero en los profesionales con una experiencia profesional de 0 a 5 años únicamente se encuentran correlaciones significativas entre la relación Calidad de atención al paciente y la Despersonalización ( $r = -0.34$ ;  $p = 0.00$ ).

Tabla 3. Correlaciones entre la Calidad de la atención y comunicación al paciente y el nivel de burnout (\* $p < 0.05$ ; \*\* $p < 0.01$ ; \*\*\* $p < 0.001$ ).

| Calidad de la atención y comunicación | Cansancio Emocional | Despersonalización | Realización Personal |
|---------------------------------------|---------------------|--------------------|----------------------|
| Habilidades sociales                  | -0.25***            | -0.23***           | 0.53**               |
| Habilidades comunicativas             | -0.19***            | -0.19***           | 0.64**               |
| Calidad de atención al paciente       | -0.32***            | -0.27***           | 0.21**               |
| Empatía                               | -0.19***            | -0.19***           | 0.59**               |
| Total                                 | -0.25***            | -0.24***           | 0.58**               |

Tabla 4. Correlaciones entre la Calidad de la atención y comunicación al paciente y el nivel de *burnout* atendiendo al sexo (\* $p < 0.05$ ; \*\* $p < 0.01$ ; \*\*\* $p < 0.001$ ).

| Calidad de la atención y comunicación | Cansancio Emocional |          | Despersonalización |          | Realización Personal |         |
|---------------------------------------|---------------------|----------|--------------------|----------|----------------------|---------|
|                                       | Hombres             | Mujeres  | Hombres            | Mujeres  | Hombres              | Mujeres |
| Habilidades sociales                  | -0.09               | -0.32*** | -0.11              | -0.29*** | 0.60***              | 0.51*** |
| Habilidades comunicativas             | -0.09               | -0.24*** | -0.07              | -0.25*** | 0.68***              | 0.63*** |
| Calidad de atención al paciente       | -0.32***            | -0.33*** | -0.29***           | -0.27*** | 0.31***              | 0.17*** |
| Empatía                               | -0.07               | -0.24*** | -0.10              | -0.23*** | 0.65***              | 0.56*** |
| Total                                 | -0.12               | -0.32*** | -0.12              | -0.30*** | 0.62***              | 0.56*** |

Tabla 5. Correlaciones entre la Calidad de la atención y comunicación al paciente y el nivel de burnout atendiendo a los años de experiencia profesional (<5: menos de cinco años; 5-10: entre cinco y diez años de experiencia; >10: más de diez años de experiencia) (\*p<0.05; \*\*p<0.01; \*\*\*p<0.001).

| Calidad de la atención y la comunicación | Cansancio Emocional |          |          | Despersonalización |          |          | Realización Personal |        |        |
|--|---------------------|----------|----------|--------------------|----------|----------|----------------------|--------|--------|
|  | <5                  | 5-10     | >10      | <5                 | 5-10     | >10      | <5                   | 5-10   | >10    |
| Habilidades sociales                     | -0.24               | -0.34*** | -0.23*** | -0.09              | -0.28*** | -0.23*** | 0.51**               | 0.48** | 0.55** |
| Habilidades comunicativas                | -0.01               | -0.29*** | -0.19*** | 0.16               | -0.31*** | -0.21*** | 0.48**               | 0.69** | 0.65** |
| Calidad atención al paciente             | -0.20               | -0.29*** | -0.34*** | -0.34***           | -0.34*** | -0.26*** | -0.02                | 0.24*  | 0.24** |
| Empatía                                  | -0.04               | -0.32*** | -0.18*** | -0.00              | -0.22*   | -0.20*** | 0.56**               | 0.64** | 0.58** |
| Total                                    | -0.13               | -0.36*** | -0.25*** | 0.03               | -0.29*** | 0.57***  | 0.54**               | 0.65** | 0.57** |

En cuanto a la Realización personal, evidenciamos que existen correlaciones significativas entre casi todas las áreas de la comunicación (Habilidades sociales, Habilidades comunicativas, Empatía y Total) y la dimensión Realización personal en los diferentes rangos de Experiencia profesional, a excepción de la inexistencia de correlación entre las variables Calidad de atención al paciente y Realización personal en los sanitarios con una experiencia profesional de 0 a 5 años.

## Discusión y conclusiones

En algunos contextos, como el sanitario, en el que los trabajadores se relacionan constantemente con otras personas, la calidad de la atención y comunicación ejerce un papel esencial, siendo el principal vehículo de entendimiento entre ambos colectivos. Es primordial, para que la calidad de la atención sea adecuada, que el sanitario tenga adquiridas una serie de estrategias y herramientas que fomenten el acercamiento y la empatía con el interlocutor y que las use. Igualmente, es básico que el sanitario goce de unos adecuados niveles emocionales y que no sufra elevados niveles de estrés, ni *síndrome de burnout*, puesto que todos estos aspectos perjudicarán la calidad de la atención.

A raíz de los resultados de nuestro estudio, comprobamos que los sanitarios perciben que la *calidad y fluidez de su comunicación* en las interacciones con los pacientes se adecúa a la demanda del usuario. Se perciben *empáticos y competentes*, tanto social como emocionalmente. A su modo de ver, se preocupan por su estado emocional, intentando (en la medida de lo posible) ponerse en el lugar del paciente, procurando que se sientan bien atendidos, mostrando cercanía y comprensión en las interacciones e intentando transmitirles tranquilidad. Así mismo, los profesionales de la salud perciben la *empatía* como la competencia que destaca en mayor medida en ellos. Desde su punto de vista, entienden que su reacción emocional se ajusta al estado emocional del paciente, adoptando una perspectiva desde un punto de vista cognitivo y mostrando preocupación e interés por su dolencia. Pese a que los sanitarios analizados en nuestro estudio consideran que su comunicación hacia el paciente es excelente, nuestros datos no son avalados por

los resultados encontrados por otros investigadores que han abordado las percepciones del personal de enfermería hospitalaria, considerando la existencia de dificultades en la calidad de la atención y comunicación entre ambos colectivos e, incluso, entre los propios compañeros sanitarios (Santana *et al.*, 2009; Ulla *et al.*, 2002).

La preocupación por la frecuencia del *síndrome de burnout* en el contexto sanitario se hace patente en muy diferentes investigaciones. Los datos de nuestro estudio constatan que los participantes no sufren el síndrome. Los profesionales consideran que no padecen agotamiento ni están cansados en su trabajo, que no son esquivos ni indiferentes en su relaciones con los pacientes, que su rendimiento laboral es adecuado, que no faltan a su puesto de trabajo, que están muy realizados, que rinden adecuadamente y que se sienten muy motivados e interesados por su labor diaria. Nuestros resultados van en la misma línea de los de Mingote y Pérez (1999). El estudio de De la Fuente y Fernández (2010) coincide parcialmente con nuestros datos. Esa investigación evidencia en sanitarios de urgencias de atención primaria la presencia de niveles medios de *burnout*.

En contraposición a nuestro estudio, encontramos multitud de investigadores que, al analizar el *burnout* en los trabajadores de la salud, han constatado la existencia del mismo. Bernaldo de Quirós y Labrador (2007) señalan que el de los profesionales de la salud es uno de los colectivos que presenta índices más elevados de estrés laboral. Cáceres (2006) concluyó en su estudio que el 59% de los sanitarios militares presentaba niveles elevados de *burnout* y el 23% niveles medios del síndrome. En relación al colectivo médico, Paredes y Sanabria-Ferrand (2008) comprobaron que el 12.6% de los médicos-residentes presentaban altos niveles del síndrome y Amutio, Ayestaran y Smith (2008) destacan que los profesionales de la salud presentan una elevada predisposición a padecer el *síndrome*, siendo el de los médicos el colectivo sanitario más vulnerable a sufrir *cansancio emocional*.

Al analizar la existencia de relación entre la calidad de atención y comunicación del sanitario y su influencia del *síndrome de burnout*, evidenciamos que los profesionales a nivel global, es decir, sin la influencia de variables so-

ciodemográficas, perciben la existencia de relación entre la calidad de la atención y comunicación y el cansancio emocional, la despersonalización y la realización personal. Sin embargo, al analizar la calidad de la atención y comunicación y el cansancio emocional y la despersonalización, y relacionarla con el sexo del sanitario, los resultados constatan que existen diferencias. Tanto mujeres como varones evidencian que a mayor cansancio emocional y a mayor despersonalización sus competencias comunicativas y la calidad de atención al paciente son peores. También ambos sexos evidencian la existencia de unas relaciones muy claras entre la realización personal y la calidad de atención y comunicación al paciente. Varones y mujeres perciben que, a mayor autoevaluación y estimulación positiva sobre sus capacidades laborales, más eficaz es su atención y comunicación con los pacientes.

En cuanto a los resultados encontrados al relacionar la calidad de la atención y comunicación con el síndrome de *burnout*, teniendo en cuenta los años de experiencia profesional del sanitario, concluimos que tanto los sanitarios entre los 6 y 10 años como los de más de 10 años de experiencia perciben una relación muy directa entre la calidad y fluidez de la comunicación y su cansancio emocional y despersonalización. No obstante, los sanitarios de menos años de experiencia únicamente contemplan relaciones entre la calidad de atención al paciente y la despersonalización. Los profesionales que han participado en nuestro estudio consideran que aspectos como la mayor sensación de fatiga y el esfuerzo diario por enfrentarse a la jornada laboral intervienen negativamente en el clima y la calidad de la comunicación que establece con el paciente. Igualmente, los sanitarios perciben una relación directa entre la realización personal y la calidad y fluidez de la comunicación con el paciente. Nuevamente en los profesionales menos experimentados (0 a 5 años de experiencia profesional) es donde no se evidencia la relación entre la realización personal y la variable calidad de atención al paciente. Estos datos revelan que para los sanitarios, independientemente de sus años de experiencia profesional, a mayor sensación de estimulación personal después de trabajar en contacto con los pacientes, mejores y más variadas son las técnicas de comunicación que utilizan con ellos. En esta misma línea diferentes estudios relacionan la presión asistencial con niveles elevados de cansancio emocional y repercusiones en la calidad de la atención al paciente (Matía *et al.*, 2012; Matía, Cordeiro, Mediavilla y Pereda, 2006; Molina, García, Alonso y Cermeño, 2003; Prieto, Robles, Salazar y Daniel, 2002).

Al igual que nuestros datos, Sánchez-Saldivar, Aguirre-Gas, Córdoba-Ávila, Campos-Castolo y Arboleya-Casanova (2009) en su estudio sobre la calidad de la comunicación enfermera-paciente, realizado en los centros de salud de México D F, también evidenciaron que un aspecto que influye directa y negativamente en la comunicación con los pacientes es la sobrecarga laboral.

Por todo lo anterior, nuestros datos nos hacen reflexionar sobre la importancia de la calidad de la atención y comunicación entre pacientes y sanitarios, teniendo en cuenta la salud emocional del sanitario en el momento en el que se produce la interacción con el paciente. Es primordial que la calidad de las relaciones entre profesionales de la salud y usuarios del sistema sea lo más idónea posible para crear una atmósfera de complicidad, cercanía y comprensión recíproca que facilite la plena implicación del paciente en su proceso de sanación. Por otro lado, es básico que desde las Administraciones se establezcan programas de prevención y entrenamiento en habilidades sociales y comunicativas para los trabajadores, porque nunca se debe olvidar que el contexto sanitario es un ámbito relevante e irremplazable para la vida y que de una buena praxis sanitaria dependen en gran medida todas las vidas humanas.

## Referencias

- Amutio, A., Ayestaran, S. y Smith, J.C. (2008). Evaluación del burnout y bienestar psicológico en los profesionales sanitarios del País Vasco. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 24 (2), 235-252.
- Benbunan-Bentata, B., Cruz-Quintana, F., Roa-Venegas, J.M., Villaverde-Gutiérrez, C. y Benbunan-Bentata, B.R. (2007). Afrontamiento del dolor y la muerte en estudiantes de enfermería: una propuesta de intervención. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7 (1), 197-205.
- Bernaldo de Quirós, M. y Labrador, F.J. (2007). Evaluación del estrés laboral y burnout en los servicios de urgencia extrahospitalaria. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7 (2), 323-335.
- Blázquez-Manzano, A., Feu, S., Ruiz-Muñoz, E. y Gutiérrez-Caballero, J.M. (2012). Importancia de la comunicación interpersonal en relación médico-paciente en atención primaria. *Revista Española de Comunicación en Salud*, 3 (1), 51-65.
- Cáceres, G.G. (2006). *Prevalencia del Síndrome de Burnout en personal sanitario militar*. Tesis de Doctorado. Facultad de Medicina, Universidad Complutense de Madrid, España.
- De la Fuente, A. y Fernández, M.J. (2010). Servicio de urgencias de Atención Primaria: síndrome de desgaste profesional, un riesgo laboral. *Revista de la Sociedad Española de Medicina y Seguridad del Trabajo*, 5 (3) 129-142.
- Díaz-Sáez, J., Catalán-Matamoros, D.J., Fernández-Martínez, M.M. y Granados-Gámez, G. (2011). La comunicación y la satisfacción de las primíparas en un servicio público de salud. *Gaceta Sanitaria: Órgano oficial de la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria*, 25 (6), 483-489.

- Edelwich, J. y Brodsky, A. (1980). *Burnout: Stages of disillusionment in helping professions*. Nueva York: Human Services Press.
- García-Carmona, R.M. y Robles-Ortega, H. (2011). Personalidad resistente y sentido de coherencia como predictores del Burnout en personal sanitario de cuidados intensivos. *Ansiedad y Estrés*, 17 (2-3), 99-112.
- Girón, M., Beviá, B., Medina, E. y Talero M.S. (2002). Calidad de la relación médico paciente y resultados de los encuentros clínicos en Atención Primaria de Alicante: un estudio con grupos focales. *Revista Española de Salud Pública*, 76, 561-575.
- Gismero, E. (2000). *EHS. Escala de Habilidades Sociales*. Madrid: TEA.
- Jurado, J.L. (2010). Prólogo a la segunda edición. En L. Cibanal, M.C. Arce y M.C. Carballal, *Técnicas de comunicación y relación de ayuda en Ciencias de la Salud (2ª Ed.)*. Barcelona: Elsevier.
- Marqués, S. y Barrasa, L. (2011). Contención verbal: prevención primaria de la hostilidad. *Metas de Enfermería*, 14 (7), 14-18.
- Maslach, C. y Jackson, S.E. (1986). *Maslach Burnout Inventory*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Matía, A.C., Cordero, J., Mediavilla, J. y Pereda, M.J. (2006). Prevalencia de burnout y variables asociadas en los médicos de atención primaria de Burgos. *Atención Primaria*, 38 (1), 58-60.
- Matía, A.C., Cordero, J., Mediavilla, J.J., Pereda, M.J., González, M.L. y González, A. (2012). Evolución del burnout y variables asociadas en los médicos de atención primaria. *Atención Primaria*, 44 (9), 532-539.
- Mingote, J.C. y Pérez, F. (1999). Síndrome del "burnout" o de desgaste profesional. En J.C. Mingote y F. Pérez (Eds.), *El estrés del médico. Manual de autoayuda* (p. 43). Madrid: Díaz de Santos.
- Mingote-Adán, J., Moreno-Jiménez, B., Rodríguez-Carvajal, R., Gálvez-Herrer, M. y Ruiz-López, P. (2009). Validación psicométrica de la versión española del Cuestionario de Relaciones Médico-Paciente (CREM-P). *Actas Españolas de Psiquiatría*, 37 (2), 94-100.
- Molina, A., García, M.A., Alonso, M. y Cermeño, C. (2003). Prevalencia de desgaste profesional y psicopatología en médicos de atención primaria de un área sanitaria de Madrid. *Atención Primaria*, 31 (9), 564-71.
- Paredes, O.L. y Sanabria-Ferrand, P.A. (2008). Prevalencia del Síndrome de Burnout en residentes de especialidades médico quirúrgicas, su relación con el bienestar psicológico y con variables sociodemográficas y laborales. *Revista Med*, 16 (1), 25-32.
- Prieto, L., Robles, E., Salazar, L.M. y Daniel, E. (2002). Burnout en médicos de atención primaria de la provincia de Cáceres. *Atención Primaria*, 29 (5), 294-302.
- Ramos-Rodríguez, C. (2008). Percepción de las relaciones médico paciente, por parte de los usuarios externos de un departamento de medicina. *Anales de la Facultad de Medicina*, 69 (1), 12-16.
- Rodríguez, R. y Moreno, B. (2011). Recursos personales positivos en la relación con el paciente. Las estrategias de regulación emocional. *Norte de Salud Mental*, 41, 38-48.
- Sánchez-Saldivar, P., Aguirre-Gas, H., Córdoba-Ávila, M.A., Campos-Castolo, M. y Arboleya-Casanova, H. (2009). La calidad de la comunicación enfermera-paciente en los Centros de Salud de la Jurisdicción Sanitaria Benito Juárez en México D. F. *Revista CONAMED*, 14 (1), 20-28.
- Santana, L., Yañez, B., Martín, J., Ramírez, F., Roger, I., y Susilla, A. (2009). Actividades de comunicación del personal de enfermería con los familiares de pacientes ingresados en una unidad de cuidados intensivos. *Enfermería Clínica*, 19 (6), 335-339.
- Seisdedos, N. (1997). *Manual MBI, Inventario Burnout de Maslach*. Madrid: TEA.
- Tizón, J.L. (2004). ¿Profesionales "quemados", profesionales "desengañados" o profesionales con trastornos psicopatológicos? *Atención Primaria*, 33 (6), 326-330.
- Ulla, S., Arranz, P., Argüello, T. y Cuevas, C. (2002). Dificultades de comunicación percibidas por profesionales de enfermería en un hospital general. *Enfermería Clínica*, 12 (5), 217-223.
- Van der Feltz-Cornelis, C.M., Van Oppen, P., Van Marwijk, H.W., De Beurs, E. y Van Dyck, R. (2004). A patient-doctor relationship questionnaire (PDRQ-9) in primary care: Development and psychometric evaluation. *General Hospital Psychiatry*, 26, 115-120.

