

Medicina Balear 2009; 24 (3); 29-33

Original

Burn-out en el hospital: ¿estamos quemados los médicos?

M^a J. Martín¹, B. M^a. Hernández², M^a. H. Arnillas³, M. García⁴1- *Psiquiatría. UCPP. Hospital Dr. R. Lafora. Madrid*2- *Psiquiatría. Dpto. de Psiquiatría. Hospital de Manacor*3- *Coordinadora UHB. Psiquiatría. Hospital Son Llàtzer. Palma de Mallorca*4- *Jefe de Servicio de Psiquiatría. Hospital Son Llàtzer. Palma de Mallorca*

Resumen

El burn-out, respuesta inadecuada al estrés emocional crónico, involucra básicamente tres dimensiones: Agotamiento emocional, Deshumanización o despersonalización y Falta de realización personal. Se ha descrito fundamentalmente en personal sanitario. Iniciamos este estudio en Hospital Son Llàtzer, entre facultativos de urgencias, psiquiatría y UCI, con el objetivo principal de valorar el nivel de burn-out y como objetivos secundarios, estudiar variables sociodemográficas y laborales que pueden influir sobre éste y analizar descriptivamente las soluciones aportadas por los encuestados. Se recoge información sobre el grado de expectativa previo al inicio del trabajo, el apoyo percibido, lo más y lo menos agradable del trabajo y el grado de burn-out con la escala de Maslach. En éste encontramos como puntuaciones medias: Cansancio emocional: $21,29 \pm 9,93$; Despersonalización: $9,09 \pm 5,84$; Realización personal: $38,61 \pm 6,29$. La media de la muestra indica ausencia de síndrome de burn-out. Destacamos que aparece mayor realización personal en varones que en mujeres, mayor cansancio emocional y despersonalización cuando se consideraba el trabajo peor de lo esperado y mayor cansancio emocional en los que perciben menos apoyo.

Como conclusiones: Los médicos parecen estar salvaguardados del síndrome de burn-out por la experiencia positiva de realización personal que experimentan; un factor protector es la percepción de apoyo por parte de los compañeros; la expectativa previa se relaciona con el nivel de "queme", no se observan diferencias entre los servicios y el reconocimiento social y empresarial del trabajo disminuye el desgaste profesional y la probabilidad de sufrir un síndrome de burnout.

Palabras clave: síndrome de burn-out; médicos; psiquiatras; urgencias; UCI; expectativa; apoyo; realización personal.

Abstract

Burn-out syndrome is an inadequate response to chronic emotional stress, and is constituted by three dimensions: emotional exhaustion, depersonalization and reduced personal accomplishment. It frequently appears among sanitary staff. We developed this study in Hospital Son Llàtzer, among physicians working in emergency room, psychiatry and ICU, to study burn-out level and as secondary objectives, to study socio-demographic and working variables that could influence over burn-out syndrome and to analyze the polled physicians' solutions. We recompile data about previous expectative for the work development, perceived support, the better and worst in work and burn-out level with Maslach Inventory. Media scores are: emotional exhaustion: $21,29 \pm 9,93$; Depersonalization: $9,09 \pm 5,84$; Personal accomplishment: $38,61 \pm 6,29$. In our sample scores are below the proposed point to diagnose burn-out syndrome. We want to emphasize that personal accomplishment is higher among men than among women, more emotional exhaustion and depersonalization when working was worse than what was previously expected and more emotional exhaustion when support was lesser perceived. As conclusions: Physicians look like been preserved from burn-out syndrome thanks to the positive experience of personal accomplishment; colleagues support perception is a protective factor; previous expectative is related to burn-out level; we cannot find differences among different services; and social and working acknowledgement reduce professional wearing out and the probability of suffering a burn-out syndrome.

Key-words: burn-out syndrome; physicians; psychiatrists; emergency room; ICU; expectative; support; personal accomplishment.

Introducción

Se ha definido el burn-out como la respuesta inadecuada al estrés emocional crónico, que resulta de una discrepancia entre los ideales individuales y la realidad de la vida ocupacional diaria, requiriéndose al menos seis meses de periodo desadaptativo. Involucra básicamente 3 dimensiones:

1-Agotamiento emocional (pérdida o desgaste de recursos emocionales: anergia, agotamiento, fatiga)

2-Deshumanización o despersonalización (actitudes negativas, cínicas e insensibles hacia los pacientes, familias, compañeros)

3-Falta de realización personal (tendencia a evaluar el propio trabajo de forma negativa: sentimientos de inadecuación o fracaso).

Se ha descrito fundamentalmente en personal sanitario, relacionándose con las demandas psicosociales de trabajar directamente con pacientes, enfrentándose continuamente con la enfermedad, el dolor, el sufrimiento y la muerte; aunque existen otros factores en su aparición, como la tremenda responsabilidad que conlleva el trabajo, la falta de organización, la deficiente participación de los profesionales sanitarios en los objetivos del sistema (médicos, enfermeras, etc), las frustraciones frecuentes, la burocratización excesiva, la difuminación de responsabilidades, masificación, clima laboral autoritario, la competitividad, el trabajo sedentario, las prisas, los cambios sucesivos en el propio sistema (exámenes, sistemas de selección, carrera profesional, etc).

En países europeos y angloamericanos se dan cifras de burn-out en profesionales sanitarios entre el 20 y el 45 %¹. La aparición del síndrome se ha relacionado con factores de personalidad previos, algunos protectores (apoyo social, optimismo, dureza, autoeficacia y sentido de coherencia) y otros que agravan el cuadro (perfeccionismo, compulsividad). Se han encontrado diferencias entre mujeres y hombres médicos, y entre éstos y estudiantes de medicina, en cuanto a las experiencias, la respuesta a estrés y los síntomas psicosociales que presentan¹.

Voltmer y cols han descrito cuatro tipos de patrones de respuesta ante el trabajo, complementarios a los tipos clásicamente descritos A y C, relacionados con el riesgo cardiovascular y el cáncer, en función del nivel de ambición y la actitud ante la tarea. Los tipos

G, caracterizado por una ambición saludable, y S, relacionado con una actitud escasamente ambiciosa en el trabajo, aparecen en el estudio antedicho como los más protectores ante el síndrome de burn-out; mientras que los tipos A (agresivo, similar al tipo A descrito en la patología cardíaca) y B (marcado por la resignación) están más relacionados con la aparición de patología laboral. En concreto, el burn-out aparece con más frecuencia en médicos con el patrón B de conducta¹.

Las mujeres en general tienen una prevalencia menor del patrón de tipo G y mayor del tipo S. Puntúan menos en ambición profesional y más en tendencia a la resignación. Pero también tienen puntuaciones superiores en apoyo social y satisfacción vital. Pese a que los médicos varones presentan puntuaciones inferiores en bienestar, las mujeres médicos tienen puntuaciones más altas en depresión y malestar mental. El patrón G se encuentra menos frecuentemente en médicos que entre otros profesionales. Los médicos varones parecen puntuar más alto en despersonalización, mientras que las mujeres puntúan más alto en cansancio emocional². Los varones desarrollan más tensión/ansiedad en el trabajo y las mujeres depresión/dependencia.

Se han realizados algunos estudios sobre el nivel de desgaste profesional en la sanidad en España³, en el que se incluyen todas las categorías profesionales en varios hospitales. Estos autores encuentran un nivel de cansancio emocional mayor entre los médicos y personal de enfermería que en otros estamentos y entre los médicos mayor despersonalización. Entre los especialistas médicos existe la percepción de que los intensivistas están expuestos especialmente al estrés porque tienen literalmente vidas entre sus manos⁴, de acuerdo con un trabajo previo de Coomber y cols⁵, que encuentran que aproximadamente un tercio de los intensivistas de UCI del Reino Unido sufren estrés y un 10% presentan síntomas depresivos, incluso un tercio ideación suicida. Embriaco y cols encuentran en Francia un 46,5% de nivel elevado de burnout y 30,2% moderado. Casi un 40% pensaba abandonar su trabajo. No relacionan el nivel de estrés con la mortalidad de los servicios, ni con el sexo, estado civil ni experiencia laboral, pero sí con la percepción de sobrecarga laboral⁴. Se ha descrito un nivel elevado de burnout entre los residentes, y aunque se supone que su curso natural es que tenga un pico durante el primer año de postgrado, se ha descrito un empeoramiento a partir del tercer año⁶.

No se relaciona el tener hijos o estar casado con el nivel de burnout en los residentes. Entre los de psiquiatría y los de familia sí encuentran niveles más altos de despersonalización y cansancio emocional en estos últimos, aunque por otro lado se sienten más apoyados por sus compañeros y con más apoyo de supervisión. Los residentes más jóvenes tendían a puntuar más alto en despersonalización. En general las mujeres sufrían niveles inferiores de burnout que sus compañeros varones

Por ello iniciamos este estudio en un hospital general, el Hospital Son Llàtzer de Palma de Mallorca, entre facultativos de diferentes servicios, con el objetivo principal de valorar el nivel de burn-out y, como objetivos secundarios, el estudio de variables sociodemográficas y laborales que pueden influir sobre el burn-out, la correlación entre los diferentes ítems y variables sociodemográficas y laborales y el análisis descriptivo de las diferentes soluciones y problemas aportados por los médicos encuestados.

Esperamos descubrir la posible correlación entre variables sociodemográficas y laborales y el nivel de burn-out. Nuestra hipótesis es que en cada servicio los ítems que pueden indicar burn-out pueden ser diferentes dadas las características de los diferentes servicios.

Material y métodos

Se han recogido datos sociodemográficos y laborales sobre médicos adscritos a los servicios de urgencias, psiquiatría y cuidados intensivos del Hospital Son Llàtzer, mediante un cuestionario anónimo. Recogimos datos sobre edad, sexo, tiempo de trabajo en meses tanto en el puesto actual como en la profesión, sexo, lugar de trabajo (urgencias, psiquiatría o UCI), nivel de responsabilidad contractual (residentes, facultativos especialistas o jefes de sección o superior), grado de expectativa previo al inicio del trabajo, apoyo percibido y el grado de burn-out con la escala de Maslach, validada en castellano y usada amplia y específicamente en el colectivo sanitario.

Queríamos conocer si el impacto del modo de relacionarse con el paciente (muy diferente en cada uno de los servicios seleccionados por la patología propia que se trata en cada uno de ellos) tenía relación con el grado de malestar en el trabajo, así como las variables “género”, “expectativas previas” y “años de experiencia profesional”.

Se recoge información sobre el grado de expectativa previo al inicio del trabajo (es mejor/ lo esperado/ peor) y el apoyo percibido (sí / a veces / no), con la escala antedicha que previamente consensuamos los autores en varias reuniones de preparación del trabajo. Decidimos incluir preguntas abiertas sobre lo más agradable y lo menos agradable del trabajo y lo que se cambiaría de éste si fuera posible.

Analizamos los datos con el paquete estadístico SPSS 12.0 versión española. Para buscar las posibles relaciones entre las diferentes variables usamos la prueba t-Student de igualdad de medias para muestras independientes en el caso de las variables cuantitativas, considerando las diferencias estadísticamente significativas si la p es menor de 0,05 (la probabilidad de suponer que hay diferencia cuando no es cierto es menor del 5%). Para las variables no cuantitativas hemos usado la Chi cuadrado, con las mismas consideraciones para rechazar la hipótesis nula.

Se explicó en una sesión breve en cada uno de los servicios en qué consistía el trabajo y se dejaron los cuestionarios autoaplicados, que fueron recogidos por un responsable asignado en cada unidad en un sobre cerrado para mantener el anonimato. Se invitó a todos los facultativos de los tres servicios a responder el cuestionario, sin criterios de inclusión (más que la adscripción a estos servicios) ni de exclusión. Recogimos datos de 55 facultativos, 22 hombres (40%) y 33 mujeres (60%), de los cuales 32 trabajaban en urgencias (67% de la plantilla), 15 en psiquiatría (60%) y 8 en UCI (60%). El nivel de respuesta es similar al encontrado en estudios en población sanitaria. La edad media de la muestra era de 36,43 años (25-54 con una desviación típica de 5,91), mayor en los hombres (38,63 ± 5,14) que en las mujeres (34,96 ± 6,01). De forma consensuada entre los autores decidimos tomar como punto de corte los 40 años.

La mayoría de la muestra estaba formada por adjuntos (47, un 85,5% de la muestra), seguido por residentes 6 (10,9%) y 2 coordinadores (3,6%). El bajo número de residentes recogido puede ser debido a que la mayoría de los que están trabajando en urgencias lo hacen como guardias, no como su trabajo habitual y no se sintieron aludidos y por otra parte por el alto índice de rotación en diferentes dispositivos. El 58,2% de la muestra trabaja en urgencias (32), 27,3% en psiquiatría (15) y 14,5% en UCI (8), lo que se corresponde con la distribución de los servicios, con más personal médico en urgencias seguido de psiquiatría y finalmente UCI.

El tiempo en el mismo puesto de trabajo variaba en meses desde 1 a 72 (desde la apertura del hospital), con una media de 36,6 meses pero con una gran dispersión (desviación típica de 22,55). Decidimos considerar como punto de corte 24 meses.

La experiencia previa en este u otro puesto de trabajo (dentro de la misma especialidad) variaba entre 1 y 276 meses, con una media de 73,78 (6 años y 1 mes) y una desviación típica de 52,66. En este caso tomamos como punto de corte 72 meses (aproximadamente lo correspondiente a la especialidad y dos años más).

Es destacable en nuestra muestra la baja edad media de los encuestados, lo que está relacionado con las características del hospital. La población global en la que está realizado el estudio tiene unas características similares: un mayor porcentaje de mujeres, de entre 35 y 40 años y con una experiencia profesional de unos 6 años, 3 de ellos en el mismo hospital.

El 69,1% (38) de los encuestados reflejaba que su trabajo correspondía a las expectativas previas que tenían antes de empezar a trabajar, mientras que para el 10,9% era mejor (6) y para el 20% (11) resultaba peor de lo esperado. Nadie refirió no sentirse apoyado, un 63,6% definían el apoyo afirmativamente y un 36,4% lo reconocían como sólo a veces.

Resultados

Las puntuaciones medias del Inventario del síndrome de burnout de Maslach, adaptado por Seisdedos (1997) fueron las siguientes:

- Cansancio emocional (en adelante CE): 21,29 ± 9,93 (rango 0-40)
- Despersonalización (en adelante Dp): 9,09 ± 5,84 (rango 0-26)
- Realización personal (en adelante Rp): 38,61 ± 6,29 (rango 21-48)

El punto de corte establecido por la literatura para considerar que existe un síndrome de burn-out es de CE >40, Dp >22 y RP < 12, por lo que la media de la muestra indica ausencia de síndrome de burn-out. Entre todos los encuestados dos puntuaron 40 en CE y por encima de 22 en Dp, pero no llegan a configurar un síndrome de burn-out debido a que la RP es

mayor a 12 (los valores son superiores a 21 en todos los inventarios).

Se observan diferencias significativas con una p <0,05 en:

- Sexo: mayor realización personal en varones que en mujeres (p<0,05)
 - 40,77 ± 5,72 en varones
 - 37,18 ± 6,32 en mujeres
- Mayor cansancio emocional en los facultativos que consideraban su trabajo peor de lo que esperaban frente a los que lo encontraron mejor o de acuerdo a sus expectativas (p<0,03):
 - Mejor o igual que lo esperado: 19,36 ± 9,51
 - Peor que lo esperado: 29,00 ± 7,86
- Mayor despersonalización en los que consideran su trabajo peor que lo esperado que los que lo encuentran de acuerdo a lo esperado (p<0,025)
 - Mejor o igual: 8,2 ± 5,07
 - Peor: 12,63 ± 7,5
- El cansancio emocional es mayor en los que se sienten apoyados a veces que entre los que responden que sí se sienten apoyados (p<0,035)
 - Apoyo sí: 19,17 ± 9,39
 - Apoyo a veces: 25 ± 9,98

Discusión

El número de mujeres en la sanidad va aumentando progresivamente en las últimas décadas. Pese a ello, el estilo a la hora de la práctica es diferente entre hombres y mujeres⁸. De hecho, cuando se comparan datos profesionales se encuentra que las mujeres trabajan más a tiempo parcial que los hombres (22% frente al 9% en USA).

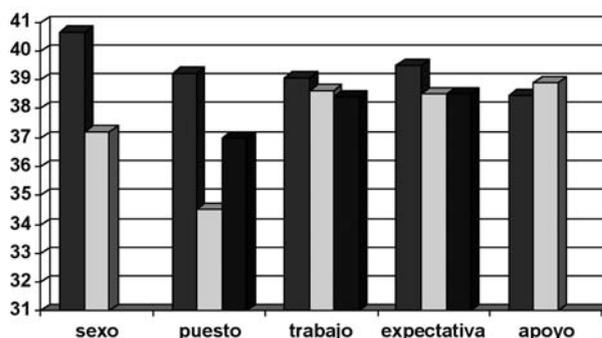


Fig. 1 Realización personal

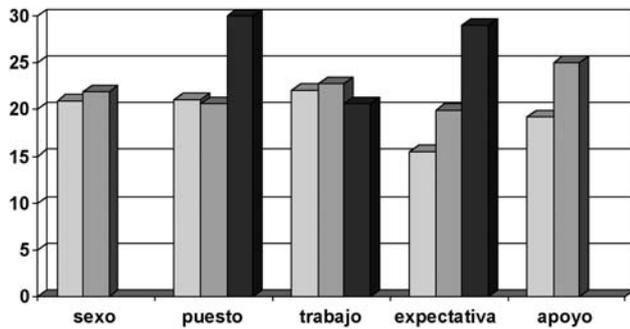


Fig. 1 Cansancio emocional

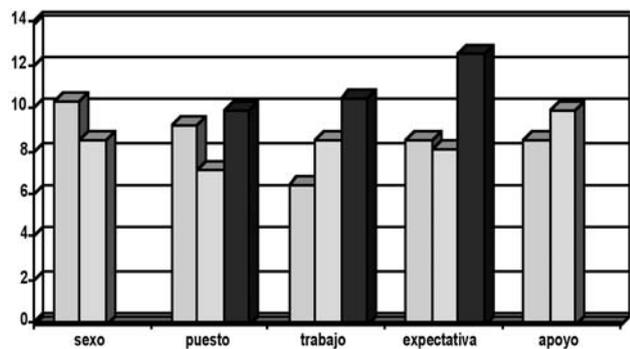


Fig. 1 Despersonalización

Probablemente los puntos negros y blancos de cada una de las especialidades encuestadas sean muy diferentes, pero estas diferencias no son perceptibles con un instrumento de valoración global, aunque esté diseñado específicamente para el personal sanitario. Uno de los puntos débiles del estudio es la falta de comparación entre los resultados en un hospital con pocos años de andadura y los que se podrían haber encontrado en otro dispositivo. El número de facultativos encuestados en relación con el tamaño de las plantillas parece suficiente. Habría sido también interesante generalizar la encuesta a todos los facultativos y a todo el personal sanitario, aunque se trataría de un estudio más ambicioso y con otras hipótesis de partida.

Bibliografía

1. Voltmer, E.; Kieschke, U.; Schwappach, D.; Wirsching, M.; Spahn, C. "Psychosocial health risk factors and resources of medical students and physicians: a cross-sectional study" *BMC Medical Education*, 2008; 8: 46
2. Raggio, B.; Malacarne, P. "Burnout in Intensive Care Unit" *Minerva Anestesiol.* 2007; 73: 195-200
3. Grau, A.; Suñer, R.; García, M.R. "Desgaste profesional en el personal sanitario y su relación con factores personales y ambien-

tales" *Gac. Sanit.* 19 (6): 463-70, 2005

4. Embriaco, N.; Azoulay, E.; Barrau, K.; Kentish, N.; Pochard, F.; Loundou, A.; Papazian, L. "High level of burnout in intensivists: prevalence and associated factors". *Am. J. Respir. Crit. Care Med.* 2007; 175 (7): 686-92

5. Coomber, S.; Todd, C.; Park, G.; Baxter, P.; Firth-Cozens, J.; Shore, S. "Stress in UK intensive care unit doctors" *Br J Anaesth* 2002; 89: 873-81

6. Woodside, J.R.; Miller, M.N.; Floyd, M.R.; McGowen, K.R.; Pfortmiller, D.T. "Observations on burnout in family medicine and psychiatry residents" *Academic Psychiatry*, 2008; 32 (1): 13-9

7. Seisdedos, N. (1997). *Manual MBI, Inventario Burnout de Maslach*. Madrid: TEA.

8. McMurray, J.E.; Linzer, M.; Konrad, T.R.; Douglas, J.; Shugerman, R.; Nelson, K. "The work lives of women physicians: results from the physician work life study" *J. Gen. Intern. Med.*, 2000; 15: 372-380

9. Clem, K.J.; Promes, S.B.; Glickman, S.W.; Shah, A.; Finkel, M.A.; Pietrobon, R.; Cairns, C.B. "Factors enhancing career satisfaction among female emergency physicians" *Ann. Emerg. Med.*, 2008; 51: 723-8

10. Jensen, P.M.; Trollope-Kumar, K.; Waters, H.; Everson, J. "Building physician resilience" *Can. Fam. Physician*, 2008; 54: 722-9

11. Pimlott, N. "Building more resilient doctors" *Can. Fam. Physician*, 2008; 54: 665

12. Cydulka, R.K.; Korte, R. "Career satisfaction in emergency medicine: the ABEM longitudinal study of emergency physicians" *Ann. Emerg. Med.*, 2008; 51: 714-22

13. Atance Martínez, J.C. "Aspectos epidemiológicos del síndrome de burnout en personal sanitario" *Rev. Esp. Salud Pública*, 1997; 71 (3) (recurso de Internet)

14. 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) (recurso de Internet)

15. Grau, A.; Flichtentrei, D.; Suñer, R.; Prats, M.; Braga, F. "Influencia de factores personales, profesionales y transnacionales en el síndrome de burnout en personal sanitario hispanoamericano y español (2007)" *Rev. Esp. Salud Púb.*, 2009, 83 (2) (recurso de Internet)