

**UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID**

**FACULTAD DE MEDICINA**

**Departamento de Medicina Preventiva, Salud Pública e Historia de la  
Ciencia**



**PREVALENCIA DEL SÍNDROME DE BURNOUT EN  
PERSONAL SANITARIO MILITAR**

**MEMORIA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR  
PRESENTADA POR**

**Gloria Gema Cáceres Bermejo**

Bajo la dirección de los doctores  
Vicente Domínguez Rojas y Rosa Villanueva Orbáiz

**Madrid, 2006**

- **ISBN: 978-84-692-0062-9**

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID  
Facultad de Medicina



*“Prevalencia del Síndrome de Burnout en  
personal sanitario militar”*

Tesis Doctoral  
Madrid 2006

Gloria Gema Cáceres Bermejo



UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID

Facultad de Medicina

Departamento de Medicina Preventiva, Salud Pública e  
Historia de la Ciencia

*“Prevalencia del Síndrome de Burnout en  
personal sanitario militar”*

Directores de Tesis:

Prof. Dr. D. Vicente Domínguez Rojas

Prof. Dra. D<sup>a</sup> Rosa Villanueva Orbáiz


Gloria Gema Cáceres Bermejo

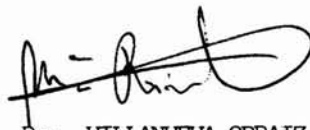


## INFORME DEL DIRECTOR/ES DE LA TESIS

VICENTE DOMÍNGUEZ ROJAS, Catedrático de Medicina Preventiva y Salud Pública y ROSA VILLANUEVA ORBAIZ, Profesora Titular de Escuela Universitaria, ambos del Departamento de Medicina Preventiva, Salud Pública e Historia de la Ciencia de la Universidad Complutense de Madrid,

HACEN CONSTAR: Que el trabajo de investigación titulado "Prevalencia del Síndrome de Burnout en personal sanitario militar", presentado por Doña GLORIA GENMA CÁCERES BERMEJO; ha sido realizado bajo nuestra dirección, siguiendo una rigurosa metodología, presentando unos resultados interesantes y unas conclusiones derivadas de los anteriores y acordes a los objetivos propuestos, que hacen que dicho trabajo de investigación pueda ser defendido para optar al Grado de Doctor.

  
Fdo.: Dr. DOMÍNGUEZ ROJAS  
(Fecha y firma)

  
Fdo.: Dra. VILLANUEVA ORBAIZ  
(Fecha y firma)

Fdo.: \_\_\_\_\_  
(Fecha y firma)

D.N.I.: 25.532.729-S

D.N.I.: 15.828.325-R

D.N.I.:

### (6) EVALUADORES ESPECIALISTAS EN LA MATERIA


(artº. 4.9 b) y 4.9 c) de la Normativa de desarrollo de los artículos 11, 12, 13 y 14, del R.D. 56/2005

Nombre:	DAVID MARTÍNEZ HERNÁNDEZ	D.N.I.:	22.444.699
Centro:	FACULTAD DE MEDICINA - UCM		<input type="text"/> (1)
Nombre:	MARÍA LUISA GÓMEZ-LUS CENTELLES	D.N.I.:	17.708.569
Centro:	FACULTAD DE MEDICINA - UCM		<input type="text"/> (1)
Nombre:	PEDRO NAVARRO UTRILLA -	D.N.I.:	3.042.619
Centro:	FACULTAD DE MEDICINA - UCM		<input type="text"/> (1)

### APROBACIÓN DEL ÓRGANO RESPONSABLE DEL PROGRAMA DE POSTGRADO

(Se deberá reflejar la aprobación de la admisión a trámite por el Órgano Responsable del Programa de Postgrado, acompañando a este impreso los informes señalados en los art. 4.6, y los emitidos por los especialistas señalados en el apartado anterior, de acuerdo con la Normativa de Desarrollo de los Artículos 11, 12, 13 y 14 del R.D. 56/2005, de 21 de enero, por el que se regulan los estudios universitarios de postgrado de la Universidad Complutense).

Reunida la Comisión de Doctorado del Departamento de MEDICINA PREVENTIVA, SALUD PÚBLICA E HISTORIA DE LA CIENCIA, y analizado el trabajo presentado por Doña GLORIA GENMA CÁCERES BERMEJO titulado "Prevalencia del Síndrome de Burnout en personal sanitario militar", se considera apto para que pueda ser defendido como Tesis Doctoral

  
(7) Fdo.: Dr. DOMÍNGUEZ ROJAS  
(Fecha y firma)



*A mis padres, que me dedican toda su vida, y me han respaldado y ayudado de forma incondicional para poder llegar hasta aquí. Y a mi marido y mis hijos, por su amor, apoyo y comprensión.*



## **AGRADECIMIENTOS**

- Al Dr. D. Vicente Domínguez Rojas, Catedrático del Departamento de Medicina Preventiva, Salud Pública e Historia de la Ciencia de la Facultad de Medicina de la Universidad Complutense, por su apoyo, sus consejos y su confianza, sin cuya ayuda este trabajo no hubiera sido posible.
- A la Dra. D<sup>a</sup>. Rosa Villanueva Orbáiz, Profesora Titular del Departamento, por su dedicación, su paciencia y su experiencia y aportaciones en este tema.
- Al Dr. D. José Ramón Méndez Montesino, Jefe del Servicio de Medicina Preventiva del Hospital Central de la Defensa “Gómez Ulla”, y a D<sup>a</sup> María Vicenta García Rosado, médico adjunto del Servicio y tutora de residentes, por su apoyo moral y profesional y por permitirme la dedicación a este trabajo.
- Al resto de componentes del Servicio de Medicina Preventiva del Hospital “Gómez Ulla”, incluidos mis compañeros residentes, por su cariño y su amistad.
- A todos los médicos y enfermeros que han colaborado en la realización de las encuestas, sin cuya colaboración habría sido imposible realizar este estudio.
- A D<sup>a</sup> Begoña Maestro, socióloga del Instituto Nacional de Salud Carlos III, primera persona que me introdujo en este tema y supo infundirme interés por él.



# **Índice**

---

<b>1.- INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>1</b>
<b>1.1.- CONCEPTO DE SÍNDROME DE BURNOUT.....</b>	<b>1</b>
<b>1.2.- CONCEPTO DE ESTRÉS: EL ESTRÉS LABORAL.....</b>	<b>7</b>
<b>1.3.- CAUSAS DEL SÍNDROME DE BURNOUT.....</b>	<b>17</b>
1.3.1.- CAUSAS DE BURNOUT EN ALGUNAS PROFESIONES DE RIESGO. ....	23
1.3.2.- CAUSAS DE BURNOUT EN PROFESIONALES SANITARIOS.....	26
CAUSAS DEL BURNOUT EN PERSONAL SANITARIO MILITAR. ....	34
<b>1.4.- CONSECUENCIAS DEL SÍNDROME DE BURNOUT.....</b>	<b>37</b>
1.4.1.- CONSECUENCIAS SOBRE LA SALUD DEL PROFESIONAL.....	37
1.4.2.- CONSECUENCIAS SOBRE EL TRABAJO.....	42
<b>1.5.- PREVENCIÓN Y MÉTODOS DE INTERVENCIÓN EN EL SÍNDROME DE BURNOUT.....</b>	<b>43</b>
<b>1.6.- ESTADO ACTUAL DEL TEMA.....</b>	<b>47</b>
1.6.1.- PRODUCCIÓN BIBLIOGRÁFICA SOBRE EL SÍNDROME DE BURNOUT....	47
1.6.2.- PREVALENCIA DEL BURNOUT EN PROFESIONALES SANITARIOS.....	49
1.6.3.- ESTRÉS LABORAL EN PROFESIONALES DE LAS FUERZAS ARMADAS.....	51
<b>2.- JUSTIFICACIÓN DEL TRABAJO.....</b>	<b>57</b>
<b>3.- OBJETIVOS.....</b>	<b>61</b>
<b>4.- SUJETOS Y MÉTODOS.....</b>	<b>65</b>
<b>4.1.- AMBITO GEOGRAFICO Y DISEÑO.....</b>	<b>65</b>
<b>4.2.- SUJETOS DE ESTUDIO.....</b>	<b>65</b>
<b>4.3.- DURACIÓN.....</b>	<b>66</b>
<b>4.4.- VARIABLES DEL ESTUDIO.....</b>	<b>66</b>
<b>4.5.- RECOGIDA DE DATOS.....</b>	<b>69</b>
<b>4.6.- ANÁLISIS ESTADÍSTICO.....</b>	<b>70</b>
<b>4.7.- CONSIDERACIONES ÉTICAS.....</b>	<b>72</b>

<b>5.- RESULTADOS .....</b>	<b>75</b>
<b>5.1.- DESCRIPCIÓN DE LA POBLACIÓN DE REFERENCIA .....</b>	<b>75</b>
<b>5.2.- DESCRIPCIÓN DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO.....</b>	<b>78</b>
5.2.1.- ESTUDIO DEL BURNOUT Y SUS TRES DIMENSIONES: CANSANCIO EMOCIONAL, DESPERSONALIZACIÓN Y FALTA DE REALIZACIÓN PERSONAL.....	93
<b>5.3.- CANSANCIO EMOCIONAL.....</b>	<b>95</b>
<b>5.4.- DESPERSONALIZACIÓN.....</b>	<b>114</b>
<b>5.5.- FALTA DE REALIZACIÓN PERSONAL.....</b>	<b>131</b>
<b>5.6.- SÍNDROME DE BURNOUT.....</b>	<b>149</b>
<b>6.- DISCUSIÓN.....</b>	<b>159</b>
<b>7.- CONCLUSIONES.....</b>	<b>189</b>
<b>Anexos .....</b>	<b>191</b>
<b>ANEXO 1: MASLACH BURNOUT INVENTORY.....</b>	<b>193</b>
<b>ANEXO 2: CUESTIONARIO DE VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS Y     LABORALES.....</b>	<b>194</b>
<b>ANEXO 3: CARTA DE PRESENTACIÓN.....</b>	<b>195</b>
<b>BIBLIOGRAFÍA.....</b>	<b>199</b>

## ***1.- Introducción.***

---



# 1.- INTRODUCCIÓN.

## 1.1.- CONCEPTO DE SÍNDROME DE BURNOUT.

El burnout o “síndrome del quemado” es un síndrome clínico descrito por primera vez en 1974 por Herbert Freudenberger<sup>1</sup>, 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 (habla Freudenberger de “comunidades terapéuticas, voluntariado...”), de tal forma que estas personas *“sentirían una presión desde dentro para trabajar y ayudar, a veces de forma excesiva y poco realista, además de una presión desde el exterior para dar”*. Otra condición para que ocurra este síndrome es el aburrimiento, la rutina y la monotonía en el trabajo, que aparecerían una vez perdido el entusiasmo inicial por el mismo, generalmente, después de un año del comienzo del trabajo.

Según este autor, el síndrome de burnout así descrito, se manifestaría clínicamente por signos físicos y conductuales. Entre los primeros destacaría el agotamiento y la fatiga, la aparición de cefaleas, así como alteraciones gastrointestinales, insomnio y dificultad respiratoria. En cuanto a las alteraciones de la conducta, sería frecuente la aparición de sentimientos de frustración, así como signos de irritación ante la más mínima presión en el trabajo. También puede aparecer un estado paranoide, que puede conducir a un sentimiento de prepotencia hacia otras personas. Y todo esto puede conllevar a un consumo excesivo de tranquilizantes y barbitúricos. Freudenberger describe como la persona con burnout se vuelve *“rígida, obstinada e inflexible, no se puede razonar con él, bloquea el progreso y el cambio constructivo, porque eso significa otra adaptación y su agotamiento le impide experimentar más cambios. Estas personas aparecen deprimidas, y todos estos cambios son percibidos por sus familiares”*.

Además de describir el síndrome, Freudenberger propone una serie de medidas para prevenirlo: realización de programas de adiestramiento o entrenamiento a los trabajadores, rotación en las actividades laborales, limitación del tiempo de trabajo, importancia del trabajo en grupo y apoyo al trabajador “quemado”.

Más tarde, en 1976, Christina Maslach y colaboradores realizaron un trabajo sobre el burnout en 200 profesionales de servicios sociales, entre los que se incluyeron abogados, médicos, trabajadores sociales, psicólogos y psiquiatras, enfermeras, etc. Para Maslach, estos trabajadores se enfrentaban al estrés propio de su trabajo mediante un distanciamiento con las personas a las que prestaban sus servicios, lo cual tenía efectos perjudiciales tanto para el propio trabajador como para sus clientes (decía un trabajador social...“*comencé a despreciar a cada uno y no podía ocultar mi desprecio*”...). Para esta autora, el burnout ocasionaba baja moral en el trabajador, aumentando el absentismo laboral. Pero también encontraba correlación con el alcoholismo, las enfermedades mentales, los conflictos familiares y el suicidio. Además Maslach afirmó que el burnout aparecía más frecuentemente en personas que trabajaban durante largas horas en contacto directo con sus pacientes o clientes, siendo menos frecuente este síndrome en personal administrativo.<sup>2</sup>

Por su parte, Edelwich (1980) definió el burnout como “*una pérdida progresiva de idealismo, energía y propósito como resultado de las condiciones de trabajo de los profesionales asistenciales*”, y describió cuatro fases que aparecían en este síndrome: una fase inicial de entusiasmo, con altas expectativas profesionales poco realistas; una segunda fase de estancamiento, en la que el profesional observa que su trabajo no siempre tiene el resultado esperado de reconocimiento de sus superiores y clientes, en la cual es fácil contagiarse por el pesimismo de sus compañeros ya afectados; sigue una tercera fase de frustración, en la que el profesional se cuestiona el valor de sí mismo y de su trabajo, además las fuentes de insatisfacción por el trabajo (escasa remuneración, sobrecarga laboral o excesiva tarea administrativa) que se inician en

etapas anteriores, afloran plenamente; y por último, se llega a una cuarta etapa de apatía o indiferencia hacia el trabajo.<sup>3</sup>

Posteriormente, Pines, Aronson y Kafry (1981) definieron el síndrome como “un estado de agotamiento físico, emocional y mental causado por estar implicada la persona durante largos períodos de tiempo en situaciones que le afectan emocionalmente”. Para estos autores, el burnout sería el resultado de la repetición de la presión emocional.<sup>4</sup>

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), *“...basado en la necesidad de un instrumento para evaluar el burnout experimentado por una amplia gama de trabajadores de servicios humanos. Así, su inclusión en futuros estudios de investigación permitirá alcanzar un mejor conocimiento de distintas variables sociales e institucionales que permitirán reducir la presencia de burnout...”* 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.<sup>5,6</sup>

Posteriormente, Maslach y colaboradores, definieron el burnout<sup>7</sup> como un síndrome psicológico que aparece como respuesta a estresores

laborales crónicos. Afirman que las tres dimensiones de esta respuesta son el agotamiento emocional, que representa la dimensión básica del burnout, y se refiere al agotamiento de los recursos físicos y emocionales de la persona que padece el síndrome, la despersonalización o sentimientos de cinismo, que representa la dimensión de contexto interpersonal del síndrome, y la baja realización personal o sentimiento de ineficacia, que representa la dimensión de autoevaluación del burnout, refiriéndose a sentimientos de incompetencia y falta de productividad en el trabajo. 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.

Estos autores realizaron un análisis de todo lo estudiado hasta el momento sobre este síndrome y afirmaron que se existían varias fases a lo largo de su historia.

En la primera fase, aparecieron los artículos iniciales, basados en la experiencia de la gente que trabajaba en servicios humanos y ocupaciones relacionadas con el campo de la salud. En la segunda fase (fase empírica), se comenzaron a realizar trabajos cuantitativos del burnout, utilizando el MBI y estudiando profesionales de otros campos, como los profesores. Más tarde, el estudio del burnout se amplió a otras profesiones como gerentes, administrativos, militares, etc. Además se emplearon modelos estructurales en la investigación del síndrome, para así poder estudiar diversos factores que influían en el mismo y sus consecuencias de forma simultánea. Posteriormente, se empezaron a realizar estudios longitudinales sobre el burnout.

En España, en 1989 los autores Gervás y Hernández denominaron al síndrome de burnout enfermedad de Tomás<sup>8</sup> y en 1998 Vega y colaboradores, se refirieron al mismo concepto definido por Maslach y Jackson como síndrome de desgaste profesional<sup>9</sup>, término muy utilizado en los numerosos estudios sobre este tema realizados en nuestro país.

En 1999, Mingote Adán y Pérez Corral<sup>10</sup> definen el síndrome de desgaste profesional como “la consecuencia de un fracaso adaptativo individual por desgaste y agotamiento de los recursos psicológicos para el afrontamiento de las demandas que requiere el trabajo con personas. Se produciría un desbalance prolongado, habitualmente no reconocido y mal resuelto, entre unas excesivas demandas laborales, que exigen un esfuerzo crónico, y unos limitados recursos de afrontamiento”. Para estos autores, el síndrome de desgaste profesional se caracteriza por una serie de factores, como es la presencia de síntomas disfóricos, especialmente de agotamiento emocional, incluyéndose también la aparición de alteraciones conductuales (despersonalización en la relación con el enfermo) como evasividad, absentismo o conductas adictivas, y son frecuentes los síntomas físicos de estrés, como cansancio y malestar general. En este síndrome aparece también una inadaptación al trabajo con sentimientos de baja realización personal y disminución del rendimiento laboral, con desmotivación y desinterés.

Pedro Gil-Monte y Jose María Peiró<sup>11</sup> proponen una serie de modelos psicosociales para el estudio del burnout y lo definen como *“una respuesta al estrés laboral percibido que surge de un proceso de reevaluación cognitiva, cuando las estrategias de afrontamiento empleadas por los profesionales no son eficaces para reducir ese estrés percibido. Esta respuesta supone una variable entre el estrés percibido y sus consecuencias y se inicia con el desarrollo conjunto de baja realización personal en el trabajo y altos sentimientos de agotamiento emocional. Las actitudes de despersonalización que siguen se consideran una estrategia de afrontamiento desarrollada por los profesionales ante la experiencia crónica de baja realización personal en el trabajo y agotamiento emocional. Esta perspectiva integra el papel de las cogniciones y emociones como variables mediadoras en la relación entre el estrés laboral percibido y las respuestas actitudinales y conductuales”*.

Otro autor español, Ramón Ferrer, define el síndrome de burnout como “una respuesta inadecuada al estrés laboral crónico, que aparece cuando fallan las estrategias de control y afrontamiento sobre la propia

actividad, generando actitudes negativas hacia las personas con las que se trabaja (pacientes y compañeros) y hacia el propio rol profesional, con sensación de agotamiento desproporcionado”. Para este autor el síndrome suele aparecer en organizaciones de servicio, y se caracteriza por estrés crónico progresivo que aparece a lo largo de uno a tres años. Afirma también que suele generarse por elementos de carácter cualitativo y menos por la sobrecarga cuantitativa de trabajo, y que existe una alta motivación por su tarea entre las personas afectadas. Además Ferrer expone que el síndrome de burnout suele desarrollarse en tres fases: una fase inicial en la que aparece un agotamiento físico y mental injustificado, una segunda fase en la que se observan sentimientos de aislamiento o falta de implicación en el trabajo y su entorno, y una tercera fase en la que se desarrollan cuadros de ansiedad o depresión, disminuyendo la propia estima personal y profesional.<sup>12</sup>

Otros autores también han estudiado el síndrome de desgaste profesional, uno de ellos es González Correales<sup>13</sup> que define el burnout como un trastorno adaptativo producido por estrés laboral crónico que *“inmoviliza e impide la reflexión serena y la capacidad de organización”*. Robles Sánchez <sup>14</sup> habla de *“estado de decaimiento físico, emocional y mental, caracterizado por cansancio, sentimientos de desamparo, desesperanza, vacío emocional y actitudes negativas hacia el trabajo, la vida y la gente que incluyen baja autoestima, sentimientos de inferioridad, ineficacia e incompetencia”*.

Para otros autores<sup>15</sup>, el síndrome de burnout es más un fenómeno sociológico que una entidad clínico-patológica con base biológica o psicológica y proponen abandonar el término “síndrome” por el de “fenómeno de burnout”, y propugnan la incorporación de los profesionales de la sociología a los equipos que investigan este problema.

Otros profesionales<sup>16</sup> hablan de “síndrome del desengaño” cuando se refieren al burnout, ya que es un término más descriptivo y específico y hace referencia a un momento anterior en el que los profesionales han estado engañados. Tizón se cuestiona el término burnout y afirma: *“¿por qué hablamos de burnout o de profesionales quemados, y no de*

*trastornos psicopatológicos de los profesionales?”*, afirma que los síntomas que componen el síndrome de burnout pertenecen a categorías psicopatológicas; sobre todo trastornos depresivos, trastornos por “ansiedad excesiva”, trastornos adaptativos y trastornos de personalidad. Este autor se hace una serie de preguntas y reflexiones al respecto: “*¿no será que nos duele decir de nosotros mismos y nuestros compañeros que están o estamos deprimidos, ansiosos, con problemas relacionales o de relación en el trabajo irresolubles?. ¿O es que el trabajador manual o el ejecutivo de altos vuelos, pueden estar deprimidos, ansiosos o, en general, padecer trastornos psicopatológicos y nosotros, los miembros de las profesiones asistenciales, necesitamos una terminología especial?”*.

Cebriá Andreu<sup>17</sup> afirma que el burnout “es producto del “distrés” crónico producido básicamente en el trabajo”, afirma también que es “multidimensional y en él se relacionan factores personales, organizacionales y socioculturales. Se implican de forma constante la falta de energía, el cansancio emocional y cognitivo, así como actitudes de cinismo, despersonalización y claudicación personal.”

Como hemos visto, no existe una definición unánimemente aceptada del síndrome de desgaste profesional o burnout, pero sí parece haber consenso en considerarlo una respuesta al estrés laboral crónico con connotaciones negativas ya que implica consecuencias nocivas para el individuo y para la institución en la que éste trabaja.<sup>18</sup>

Por tanto, es importante definir una serie de conceptos relacionados con el burnout, como son los términos estrés, distrés o estresor, para así poder comprender mejor este síndrome.

## **1.2.- CONCEPTO DE ESTRÉS: EL ESTRÉS LABORAL.**

El término “estrés” fue introducido en biología por Walter Cannon en 1911, para designar todo estímulo nocivo capaz de perturbar la homeostasis del organismo y de movilizar los procesos autorreguladores. Hans Selye (el llamado “padre del estrés”), en 1936 utilizó este término para designar la respuesta inespecífica del organismo a toda demanda o

exigencia adaptativa producida por estímulos negativos excesivos, y la denominó Síndrome General de Adaptación.

Es importante diferenciar entre estresor, estrés y respuesta de estrés; ya que estresor es el acontecimiento objetivo, estrés es la experiencia subjetiva negativa, tal como es vivida por cada persona, y respuesta al estrés es la reacción fisiológica y conductual a la experiencia del estresor<sup>19</sup>.

El estrés puede estar motivado tanto por problemas domésticos como laborales, así la Organización Mundial de la Salud (OMS), en su documento “La Organización del trabajo y el estrés”<sup>20</sup> define el estrés laboral como *“la reacción que puede tener el individuo ante exigencias y presiones laborales que no se ajustan a sus conocimientos y capacidades, y que ponen a prueba su capacidad para afrontar la situación”*. Si bien tener una cierta presión en el trabajo es beneficiosa para el trabajador, puesto que le mantiene alerta, motivado y en condiciones de trabajar y aprender, a veces esa presión puede hacerse excesiva o difícil de controlar, apareciendo el estrés en el trabajo.

En este sentido, es importante diferenciar entre el estrés saludable o “eutrés” (eu, bueno en griego) y el estrés patológico o “distrés” (dis, malo en griego). En el eutrés, la discrepancia entre lo que se exige y la capacidad de superación del individuo, puede ser controlada, lo cual conlleva un fenómeno cognitivo positivo y unas emociones positivas. Si, por el contrario, ante un estresor se produce un gasto continuado de recursos sin que la situación sea controlada y sin que la capacidad de superación tenga éxito, hablamos de una reacción de distrés crónico, que conlleva cogniciones y sentimientos negativos.

Por tanto, muchas experiencias vividas en el trabajo son consideradas estresores y van acompañadas de las consiguientes reacciones crónicas de distrés. Pero dentro de estas vivencias del trabajo existen una serie de condiciones laborales que aumentan de manera efectiva el riesgo de enfermar para los trabajadores. Así, para explicar cuáles son estas condiciones laborales existen dos modelos teóricos del estrés laboral desarrollados por las ciencias sociales: el modelo

americano demanda-control y el modelo alemán crisis de gratificación en el trabajo. En el primer caso, la exigencia en el trabajo resulta de la combinación de dos dimensiones: la dimensión cantidad y tipo de demanda y la dimensión del control sobre las tareas del trabajo. En este modelo se ha incluido una tercera dimensión, el apoyo social, de forma que la ausencia de apoyo social supone una intensificación de la reacción estresante.

El segundo modelo es el de crisis de gratificación en el trabajo, el cual surge de la relación de intercambio de la función laboral en el proceso de reciprocidad social: a un esfuerzo dado se conceden gratificaciones. Estas gratificaciones serían el salario o los ingresos, la estima y valoración en el trabajo y por último, la promoción laboral y la seguridad en el empleo. Así, lo que se espera identificar con este modelo son las situaciones que se caracterizan por un alto esfuerzo y una baja recompensa<sup>21</sup>.

Una vez estudiado el concepto de estrés laboral, es importante incidir sobre las causas en el trabajo que llevan a este tipo de estrés. Así, se ha comprobado en distintas investigaciones, que el estrés laboral está íntimamente relacionado con las exigencias y presiones que el trabajador sufre en su puesto de trabajo, de manera que cuanto más se ajusten los conocimientos y capacidades del trabajador a esas exigencias y presiones, menor será la probabilidad de que sufra estrés laboral. Igualmente, las probabilidades serán menores si el trabajador recibe apoyo de los demás, ejerce control sobre su trabajo y participa activamente en la toma de decisiones con respecto a su actividad laboral.

De esta forma, igual que la salud fue definida por la OMS como *“un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”*, un entorno laboral saludable es aquel en el que no sólo hay ausencia de circunstancias perjudiciales, sino también abundancia de factores que promuevan la salud.<sup>22</sup>

Siguiendo con las causas que generan estrés en el trabajo, el Instituto Nacional de Salud y Seguridad en el Trabajo de los Estados Unidos, centro colaborador de la OMS en materia de salud ocupacional,

enumera una serie de factores causantes de estrés laboral, entre ellos destaca el mal diseño de las tareas, que da lugar a jornadas de trabajo excesivamente largas, trabajo por turnos, escasa sensación de control en el trabajo, y en definitiva gran carga laboral. Otro de los factores implicados en la aparición de estrés laboral es el estilo de gestión poco transparente, que da lugar a la escasa participación de los trabajadores en la toma de decisiones sobre su actividad laboral. También se cita como factor que genera estrés laboral la inquietud relacionada con las perspectivas de carrera, lo que produce inseguridad laboral, imposibilidad de ascender y la introducción de cambios súbitos en el trabajo para los cuales los trabajadores no están preparados. Se hace referencia igualmente a la falta de apoyo del empleado y al deterioro del ambiente social en el entorno laboral como factores causantes de estrés, así como a las tareas contradictorias o imprecisas y al entorno de trabajo peligroso o desagradable.

En contraposición a los factores mencionados anteriormente, las características del trabajo que se asocian con niveles elevados de productividad y satisfacción laboral son una cultura organizacional que valora el trabajo individual, el reconocimiento de los trabajadores por su buen desempeño, las perspectivas de carrera, unas políticas y acciones administrativas coherentes con las normas organizativas, una carga de trabajo adaptada a la persona, un nivel satisfactorio de participación en la adopción de decisiones, un sistema adecuado de apoyo social y un contenido de trabajo importante.

Por tanto, un trabajador sometido a condiciones laborales desfavorables puede sufrir estrés, que se va a manifestar inicialmente por enfermedades gástricas, cefaleas, alteraciones del sueño y del estado de ánimo, depresión y relaciones perturbadoras con la familia, los amigos y los compañeros de trabajo. También el trabajador puede hacerse más vulnerable a las enfermedades infecciosas y pueden aparecer los llamados “comportamientos evasivos”, incrementándose el consumo de analgésicos, ansiolíticos, alcohol, tabaco y otras drogas. Todo ello daría

lugar a un aumento del absentismo y una disminución del rendimiento laboral.

Siguiendo esta línea, hemos de decir que se ha asociado el estrés laboral prolongado a una serie de afecciones crónicas<sup>23</sup>, como algunas enfermedades cardiovasculares, especialmente la hipertensión arterial. Generalmente asociada a trabajos psicológicamente exigentes y que prácticamente no permiten a sus empleados tener control sobre sus actividades. También se han obtenido datos de que el estrés laboral aumenta el riesgo de algunas enfermedades reumáticas, especialmente dorsolumbares y de los miembros superiores<sup>24, 25</sup>. Igualmente, existe relación entre estrés en el trabajo y el padecimiento de algunos trastornos psicológicos, como la depresión, así como entre el estrés y la siniestralidad laboral.

Hasta este momento hemos definido las características del estrés laboral en cualquier tipo de profesión, pero a partir de ahora nos centraremos en las peculiaridades del estrés en el trabajo de los profesionales asistenciales. En estos profesionales, especialmente en médicos y enfermeras de algunas especialidades particularmente duras por el tipo de paciente que tratan, por ejemplo la oncología, el síndrome de estrés viene definido por una combinación de tres elementos; el ambiente, los pensamientos negativos y las respuestas físicas.

El ambiente se considera la causa más importante del estrés que sufren los médicos y las enfermeras. Los factores ambientales generadores de estrés en este personal se pueden clasificar en factores inherentes al puesto de trabajo, funciones en la organización, desarrollo de la carrera profesional, relaciones laborales y estructura y atmósfera institucional.

En cuanto a los factores inherentes al puesto de trabajo, hemos de considerar en primer lugar los ergonómicos. Así, existen riesgos de distintos tipos que pueden afectar a los profesionales de la salud, como riesgos físicos (ruido, iluminación, temperatura, escasa calidad del aire, radiaciones, etc), también agentes químicos, como los gases anestésicos,

y agentes biológicos, como los virus o las bacterias, se incluyen igualmente los riesgos posturales que se asocian con la fatiga, así como la ausencia de espacio físico y de elementos necesarios para desarrollar el trabajo, como equipos e instrumentos adecuados. En segundo lugar citaremos el trabajo por turnos y nocturno, que produce alteraciones de los ritmos neurofisiológicos y circadianos, dando lugar a alteraciones del sueño y fatiga, a la vez que puede producir aislamiento social, ya que en estas circunstancias es difícil mantener una vida familiar y social normal. La inadecuación de las demandas laborales también es considerada un potencial factor de estrés en estos profesionales, ya que en muchas ocasiones la carga laboral es excesiva, tanto cuantitativa como cualitativamente, otras veces hay ausencia de tareas durante la jornada de trabajo o bien se realizan tareas rutinarias o repetitivas, todos los casos pueden producir estrés en estos profesionales. Y por último, otro de los factores asociados al puesto de trabajo es la incorporación de nuevas tecnologías al medio laboral, con las que el profesional no se siente familiarizado y que puede ser fuente de estrés.

La función o el papel que la persona desempeña en el trabajo también puede producir estrés, ya que a veces ese papel es ambiguo o bien hay conflicto de funciones.

En cuanto al desarrollo de la carrera profesional, tanto las situaciones positivas, por ejemplo los ascensos, como las negativas, la inestabilidad o la pérdida del puesto de trabajo, pueden dar lugar a estrés laboral. Los ascensos pueden suponer un esfuerzo adicional para el individuo, tanto desde el punto de vista físico como mental, también la falta de promoción profesional puede dar lugar a sentimientos de insatisfacción o de fracaso en el trabajo que producen alteraciones fisiológicas y conductuales. Igualmente, las situaciones de inestabilidad en el trabajo conducen al profesional a aceptar peores condiciones laborales y así aumentar las posibilidades de padecer estrés, que llegaría a su máximo nivel si se produce una situación de pérdida laboral, pudiendo generar importantes problemas tanto físicos como psíquicos.

En lo referente a las relaciones laborales, hay que diferenciar la relación con los compañeros de trabajo, con los jefes, con los subordinados y con los pacientes. El apoyo social recibido de los compañeros de trabajo es fundamental para amortiguar las situaciones estresantes, mientras que la falta de contacto mantenido entre compañeros en el entorno laboral es una fuente importante de estrés. En la relación con los jefes, es fundamental que haya un trato afable, que la comunicación sea fluida y que haya una adecuada capacidad de planificación. Para muchas personas ser el responsable del trabajo de otros puede generar estrés, especialmente si se realiza un trabajo centrado en los resultados que tenga en cuenta a los trabajadores. Y por último, el trato con pacientes es una fuente importantísima de estrés laboral en profesionales de la salud, ya que en muchas ocasiones es complicado utilizar la información y la comunicación de forma adecuada.

El siguiente elemento que compone el síndrome de estrés en médicos y enfermeras son los pensamientos negativos, es decir, pensamientos y sentimientos negativos en cuanto a su actuación, logro personal y jerarquía de valores.

Y finalmente, aparece el tercer componente del síndrome de estrés, con el surgimiento de síntomas relacionados con la actividad nerviosa (taquicardia, aumento de la respiración y de la tensión arterial, sentimientos de cólera e irritación, dolores inespecíficos...) así como, manifestaciones específicas de ansiedad, signos de tensión motora, hiperactividad vegetativa, expectación aprensiva e hipervigilancia.

Sin embargo, los factores ambientales citados anteriormente no son por sí solos suficientes para producir estrés laboral, sino que se encuentran modulados por una serie de variables personales que juegan un papel importante a la hora de establecer los recursos físicos y psicológicos utilizados como respuesta a las demandas del medio. Entre estas variables personales destacamos los llamados factores afectivo/cognitivos, ya que existen determinados rasgos de la personalidad de las personas como la impaciencia, la velocidad excesiva, la competitividad o el compromiso excesivo con el trabajo, que suponen la

necesidad de solucionar rápidamente los problemas, de imponerse un gran volumen de actividades laborales...Esto, a corto plazo, puede ser beneficioso para el individuo y para la institución en la que trabaja, porque aumenta el rendimiento laboral, pero a largo plazo puede tener consecuencias negativas tanto para las personas como para las organizaciones.

Otro factor implicado en la aparición de estrés laboral es la llamada "personalidad resistente", caracterizada por el compromiso, es decir, tener interés por lo que se hace, el control o sentirse responsable de los acontecimientos, y el reto, que significa tener buena tolerancia a la ambigüedad, considerando los cambios como procesos naturales de la vida. Así, en las personas con estos rasgos en su personalidad sería más infrecuente la aparición del estrés laboral<sup>26, 27</sup>.

Una vez estudiado el concepto y las causas que pueden dar lugar a estrés en el trabajo, vemos como estrés laboral y burnout son dos términos relacionados, de hecho el burnout se considera una respuesta al estrés laboral crónico. Así, estudiando la relación entre ambos conceptos McManus y colaboradores en un estudio prospectivo realizado en médicos del Reino Unido<sup>28</sup> intentaron aclarar las asociaciones causales que existían entre estrés y burnout y vieron como entre la dimensión de cansancio emocional y el estrés aparecía una relación de causalidad recíproca, mientras que los otros dos componentes del burnout, la despersonalización y la realización personal, también se relacionaban con el estrés, pero no se establecían relaciones de causalidad. Así, la despersonalización parece que disminuía el estrés, posiblemente por un mecanismo de ego-defensa, mientras que la falta de realización personal aumentaría los niveles de estrés, tanto de forma directa como indirecta, a través de incrementar los niveles de cansancio emocional.

Pero, aunque estos conceptos están claramente relacionados, entre ambos existen una serie de diferencias fundamentales. Así, el estrés desaparece con el descanso, en contraposición al burnout que no remite con el reposo. El estrés aparece como respuesta del organismo ante un estímulo estresor o situación estresante y está relacionado con

horas excesivas o sobrecarga de trabajo, produciéndose por la interacción de múltiples estresores y la propia estructura de la personalidad. En cambio el síndrome de desgaste profesional puede estar producido por un trabajo escasamente estresante pero altamente desmotivador. Se desarrolla lentamente, durante un largo proceso y si bien puede afectar a todas las profesiones, es más frecuente entre los profesionales de la enseñanza y la asistencia sanitaria. Además, el burnout está producido por factores organizacionales, por el clima laboral y por la cultura laboral del propio ámbito de trabajo.<sup>29</sup>

Con respecto a la relación entre estrés laboral y burnout, es importante comentar que existen otros tipos de respuesta al estrés laboral crónico, uno de ellos es el *mobbing* o acoso psicológico en el trabajo.

El concepto de *mobbing*<sup>30,31</sup> procede del verbo “to mob” que significa literalmente molestar, acosar o maltratar. Heinz Leymann aplica el término *mobbing* al ámbito laboral para referirse a aquellas situaciones experimentadas por una o varias personas en el lugar de trabajo, en las que un individuo o grupo de individuos, ejercen una violencia psicológica extrema hacia ellas. Además, esto se realiza de forma frecuente, al menos una vez a la semana, y durante períodos de tiempo largos, al menos durante seis meses. Este tipo de maltrato busca destruir el entramado de comunicación de las víctimas, destruir su reputación, perturbar el ejercicio de sus actividades y lograr finalmente que esas personas abandonen su puesto de trabajo.

Leymann identificó un total de 45 actividades que definió como Leymann Inventory of Psychological Terrorization (LIPT) que podrían considerarse *mobbing*. Son las actividades de acoso para reducir las posibilidades de la víctima de comunicarse adecuadamente con los demás, para evitar que ésta sea capaz de mantener contactos sociales, para impedir que puedan mantener su reputación personal o laboral, para reducir su ocupación mediante su desacreditación profesional y para afectar la salud física o psíquica de la víctima.

En estrecha relación con el acoso laboral se encuentra otro concepto: el trastorno de estrés postraumático (TEP). Este trastorno no fue introducido en el catálogo oficial de enfermedades hasta finales del año 1980. Se vio como en algunos veteranos de la guerra del Vietnam aparecía un síndrome de estrés característico, muy parecido al que ocurría en soldados de la segunda guerra mundial denominado “neurosis de guerra”, se reconoció así la existencia de un estresor que producía síntomas de malestar subjetivo.<sup>32</sup>

Según los criterios diagnósticos del DSM IV, este trastorno se origina cuando una persona ha estado expuesta a un acontecimiento traumático, caracterizado por muertes o amenazas para su integridad física o la de los demás, y esa persona ha respondido con un temor, una desesperanza o un horror intensos.

Una de sus características fundamentales es que el acontecimiento traumático es reexperimentado de forma persistente en forma de sueños o recuerdos recurrentes que provocan malestar y en los que se incluyen imágenes, pensamientos o percepciones. Y todo ello da lugar a la aparición de malestar psicológico intenso y respuestas fisiológicas al exponerse el individuo a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático.

Además, aparece la evitación persistente de estímulos asociados al trauma, así como el embotamiento de la reactividad general del individuo, ausente antes del acontecimiento traumático.

Aparecen, igualmente, síntomas persistentes de aumento de la activación, como dificultades para conciliar o mantener el sueño, irritabilidad o ataques de ira, dificultad para la concentración, hipervigilancia y respuestas exageradas de sobresalto. Las actividades comentadas se prolongan durante más de un mes y provocan malestar clínico significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

Este trastorno así definido puede ser agudo, si los síntomas duran menos de tres meses, crónico, si los síntomas duran tres meses o más, o

de inicio demorado, cuando entre el acontecimiento traumático y el inicio de los síntomas pasan como mínimo seis meses.<sup>33</sup>

La mayoría de las víctimas de *mobbing* sufren trastorno de estrés postraumático en mayor o menor medida, de forma que la gravedad del daño producido va a depender fundamentalmente de dos factores: por un lado la intensidad y la duración de las agresiones, y por otro los recursos que la víctima posea para afrontar esas situaciones, y nos referimos tanto a recursos emocionales, como físicos y sociales. Así, las amenazas contra la integridad mental o corporal de la víctima la vuelve vulnerable, insegura e impotente, viendo disminuida su capacidad para pensar o tomar decisiones. Por tanto, lo primero que la víctima necesita es recuperar un mínimo de sentido de seguridad y recobrar poco a poco el control sobre su vida y su entorno<sup>34</sup>.

### **1.3.- CAUSAS DEL SINDROME DE BURNOUT.**

Las causas que producen síndrome de burnout se pueden clasificar en dos grandes grupos: factores laborales y características propias de la personalidad del individuo.

En este sentido, también se ha investigado la posible influencia genética en la etiología de este síndrome, realizándose estudios de asociaciones de casos de burnout en familias de gemelos, mono y dicigóticos. En estos estudios no se han encontrado asociaciones significativas entre factores genéticos y burnout, ya que las asociaciones de casos encontrados en las familias se explican principalmente por factores exógenos comunes, es decir, por características ambientales compartidas entre los miembros de la familia. Así, se han analizado algunos de estos factores, como el nivel cultural de los padres o la educación religiosa recibida, no encontrándose asociaciones significativas en cuanto a la educación religiosa, pero sí en la educación de los padres, de forma que cuanto mayor es el nivel cultural de éstos, mayores son los niveles de burnout<sup>35</sup>.

Maslach y colaboradores analizaron los factores laborales que producen burnout, y los clasificaron por el tipo de trabajo y por las características del mismo<sup>7</sup>.

Como ya hemos mencionado el síndrome de burnout es más frecuente en aquellas profesiones de ayuda a otras personas y las que tienen un contacto mantenido con la gente (sanitarios, educadores...).

Algunas características del trabajo también desempeñan un papel importante para el desarrollo del burnout.

Uno de estos factores es la sobrecarga de trabajo, es decir, el hecho de disponer de poco tiempo para la cantidad de trabajo realizada supone un factor de riesgo, especialmente para la dimensión de agotamiento emocional.

Igualmente, el conflicto y la ambigüedad de rol también se correlacionan positivamente con el burnout. Si bien cierta ambigüedad de rol es beneficiosa porque flexibiliza el puesto de trabajo y facilita la resolución de problemas, la incertidumbre acerca del papel que debemos desempeñar en el trabajo puede tener efectos perjudiciales. Sin embargo, el conflicto de rol, es decir, las demandas que se le hacen al trabajador desde distintas fuentes y que son incompatibles entre sí, tienen siempre efectos negativos.

Destaca también como un factor laboral implicado en la génesis del burnout la ausencia de recursos en el trabajo. Entre estos recursos ha sido ampliamente analizado el apoyo social, tanto de jefes como de compañeros de trabajo, y cuya carencia se relaciona con la aparición del síndrome. En este sentido, hay una hipótesis que presenta el apoyo social como factor moderador entre los estresores laborales y el burnout, de forma que existirá una importante relación entre ambos cuando el apoyo social sea bajo y viceversa. También la ausencia de información y de control se relacionan con la aparición de las tres dimensiones de burnout, de forma que la gente que tiene poca autonomía en su puesto laboral y que participa poco en la toma de decisiones en su trabajo experimenta valores más altos de desgaste profesional.

Estas características laborales como productoras de burnout se pusieron de manifiesto en un estudio prospectivo realizado en Dinamarca<sup>36</sup> con trabajadores de distintos sectores de servicios humanos, que exploraba las asociaciones entre las características psicosociales del trabajo y el burnout.

En cuanto a los factores organizativos del trabajo que pueden influir en el burnout, se incluyen la existencia de jerarquías o el manejo de reglas y recursos sin los criterios básicos de imparcialidad y equidad. Y en general, todo el ambiente de organización y de dirección en el que se desarrolla el trabajo, que en muchas ocasiones coartan al trabajador en cuanto a sus oportunidades de promoción profesional o en cuanto a su seguridad en el puesto de trabajo, a la vez que se les exige más esfuerzo y más tiempo dedicado a su puesto laboral.

Así, la motivación laboral, definida como *“el nivel de esfuerzo que las personas están dispuestas a realizar en su trabajo”*, influye en la aparición de este síndrome, por tanto es importante saber cuáles son las condiciones laborales que permiten una alta motivación interna en los trabajadores, para ello el Modelo de las Características del Puesto permite determinar estas condiciones. Siguiendo este modelo, un trabajador presentará una alta motivación interna cuando experimente tres tipos de experiencias, denominadas Estados Psicológicos Críticos, estas experiencias son la significatividad del trabajo, la responsabilidad sobre los resultados y el conocimiento de los resultados de su trabajo. Pero, para que el trabajador experimente estas condiciones, es necesario que el puesto de trabajo presente unas Dimensiones Centrales del Puesto, que son la variedad de destrezas, la identidad de las tareas, la importancia de las tareas, la autonomía y la retroalimentación del puesto<sup>37</sup>.

Por otro lado, en la etiología de este síndrome también influyen factores individuales<sup>7</sup>, entre los que se incluyen variables demográficas, características de la personalidad y ciertas actitudes individuales hacia el trabajo.

En lo referente a las variables demográficas, se relacionan con el burnout la edad, el sexo, el estado civil y el nivel de estudios.

Vamos analizar en primer lugar la edad, ya que es la variable que más fuertemente se ha asociado con este síndrome; parece ser que el burnout es más alto entre los individuos más jóvenes. Estas personas, por su corta edad, llevarían menos tiempo en su puesto laboral, pero no se puede afirmar que el burnout sea mayor en personas que lleven menos tiempo de ejercicio profesional, ya que los individuos “quemados” abandonarían antes su puesto de trabajo y por tanto los más antiguos tendrían menos burnout.

El sexo, es otra variable a tener en cuenta. Algunos estudios muestran que el burnout es más alto en el sexo femenino, otros trabajos muestran niveles más elevados en los varones y muchos no encuentran ninguna diferencia significativa. En cuanto a las dimensiones del síndrome, el cinismo o despersonalización es más frecuente en los varones y en algunos estudios las mujeres puntúan más alto en cansancio emocional.

Con respecto al estado civil, las personas solteras son más propensas a padecer burnout que las casadas o con pareja estable, incluso presentan mayores niveles de agotamiento que los divorciados. Parece ser que el soporte familiar amortigua los afectos del estrés laboral y anula la sobreimplicación en el trabajo.

Relacionada con la variable anterior se encuentra la presencia de hijos. Parece ser que la presencia de hijos disminuye las posibilidades de padecer el síndrome de burnout, ya que las personas con hijos son más realistas, maduras y estables emocionalmente, y con mayor capacidad de abordar problemas personales y conflictos emocionales.

En cuanto al nivel de estudios, se ha encontrado una cierta relación entre el burnout y las personas con un nivel de estudios superior. Sin embargo, hay que tener en cuenta que estas personas tienen puestos de trabajo con mayores responsabilidades o bien tienen expectativas más

altas en cuanto a su carrera profesional y esto se puede asociar con mayores niveles de burnout.

Otro de los factores que influye en la aparición del síndrome de burnout es la personalidad del individuo. Se ha asociado a mayores niveles de burnout, especialmente de agotamiento emocional, un tipo de personalidad “débil”, individuos que participan poco en actividades diarias o que tienen poca capacidad en el control de acontecimientos. Igualmente, las personas que atribuyen sus logros a los demás en vez de atribuirlos a su capacidad y esfuerzo, o los que se enfrentan a acontecimientos de forma pasiva o defensiva también son más propensos a padecer burnout.

Y por último, en cuanto a las actitudes de las personas frente al trabajo, aquellos individuos con altas expectativas en su carrera profesional, idealistas o poco realistas, tienen mayor riesgo de padecer burnout. Generalmente, estas altas expectativas conducen a trabajar con gran esfuerzo y a veces no se obtiene el resultado esperado, lo que conduce al agotamiento y la despersonalización.

Pero los factores que hemos analizado de forma individual como causas del burnout se pueden integrar en algunos modelos psicosociales que intentan explicar la etiología de este síndrome, al introducirlo en marcos teóricos más amplios.

Estos modelos agrupan una serie de variables y discuten a partir de que procesos los individuos llegan a quemarse, pudiéndolos clasificar en tres grupos.

Un primer grupo abarca todos los modelos que se desarrollan en el marco de la teoría sociocognitiva del yo. Según estos modelos las cogniciones del individuo influyen en lo que éstos perciben y hacen, y a su vez esas cogniciones se ven modificadas por los efectos de sus acciones, y por la acumulación de las consecuencias observadas en los demás. También para estos modelos, la seguridad que los individuos tienen en sus capacidades influye decisivamente en el empeño que el individuo pone para conseguir sus objetivos y en la aparición de algunas reacciones

emocionales, como el estrés o la depresión, que acompañan a la acción. Para estos modelos el factor que más influye en el desarrollo del síndrome de burnout es la autoeficacia percibida o la autoconfianza profesional y su influencia sobre la realización personal en el trabajo.

Un segundo grupo recoge los modelos elaborados desde las teorías del intercambio social y se basan en los principios de la teoría de la equidad o de la teoría de la conservación de recursos. En este caso la causa del burnout sería la percepción de falta de equidad o falta de ganancia que se produce en el proceso de comparación social cuando se establecen relaciones interpersonales.

Y por último, el tercer grupo considera los modelos elaborados desde la teoría organizacional. Estos modelos incluyen como antecedentes del síndrome las disfunciones de rol, la falta de salud organizacional, la estructura, la cultura y el clima organizacional.

De acuerdo con estos tres grupos, para Gil-Monte y colaboradores “el síndrome de quemarse por el trabajo puede ser integrado en los modelos cognitivos y transaccionales de estrés laboral como una respuesta al estrés laboral percibido que surge tras un proceso de reevaluación cognitiva, cuando las estrategias de afrontamiento empleadas por los profesionales no son eficaces para reducir ese estrés laboral percibido. Esta respuesta supone una variable mediadora entre el estrés percibido y sus consecuencias y se inicia con el desarrollo conjunto de baja realización personal en el trabajo y altos sentimientos de agotamiento emocional. Las actitudes de despersonalización que siguen se consideran una estrategia de afrontamiento desarrollada por los profesionales ante la experiencia crónica de baja realización personal en el trabajo y agotamiento emocional. Esta perspectiva integra el papel de las cogniciones y emociones como variables mediadoras en la relación entre el estrés laboral percibido y las respuestas actitudinales y conductuales”<sup>11</sup>.

### **1.3.1.- CAUSAS DE BURNOUT EN ALGUNAS PROFESIONES DE RIESGO.**

Tanto en nuestro medio como a nivel mundial, se han investigado las causas del burnout en muchas profesiones, entre otras: educadores, policías, trabajadores sociales, militares y por supuesto personal sanitario: dentistas, médicos y enfermeros, tanto de atención primaria, de servicios de emergencias prehospitalarios y de atención especializada.

Estudiamos a continuación las características diferenciales de las mismas.

#### **BURNOUT EN EDUCADORES.**

Los profesionales de la enseñanza constituyen una profesión de riesgo para el desarrollo del burnout.

En cuanto a las variables sociodemográficas asociadas con el burnout en profesores, destacan el nivel educativo impartido y el tipo de centro donde se desarrolla la actividad laboral.

En cuanto al nivel impartido, parece ser que a medida que se sube en el ciclo educativo, excepto en los profesores de Universidad, los índices de burnout se incrementan, de forma que los profesores de Enseñanza Secundaria serían los más afectados, especialmente en la despersonalización y la realización personal. Las causas de esta mayor afectación en profesores de secundaria apuntan entre otros a los problemas de conducta en jóvenes y adolescentes, que se enfrentan a los profesores, y el fallo de los sistemas disciplinarios.

El tipo de centro en que se desarrolla la labor docente, es otra variable implicada en el desarrollo del burnout. Parece que existe un acuerdo unánime en afirmar que existen mayores niveles de desgaste profesional en centros suburbanos (“marginales”) que en centros urbanos o rurales, porque los alumnos de estos centros pertenecen a minorías marginadas y a familias multiproblemáticas.

En lo referente a las variables propias del trabajo del profesorado, destacamos los problemas de disciplina en clase, los problemas con los superiores (directivos, inspectores...), también los problemas con los compañeros y con los padres de alumnos, la formación, promoción y desarrollo profesional deficitario, los bajos salarios y la falta de autonomía en su labor docente. También, en este colectivo, la discrepancia entre las exigencias del trabajo y los recursos disponibles influye en la aparición de burnout, especialmente de agotamiento emocional y de despersonalización<sup>38, 39</sup>.

### **BURNOUT EN POLICÍAS.**

También se han realizado investigaciones sobre el síndrome de burnout y el estrés laboral en policías, y se han identificado una serie de factores asociados a este tipo de estrés, así como al distrés asociado, en términos de síntomas de somatización, hostilidad y depresión. Se ha encontrado que existe una relación directa positiva entre el estrés percibido y el distrés psicológico. Además, en cuanto a las fuentes de estrés, se ha visto como las prácticas de gestión de personal (adecuación al puesto, promoción, salario, formación...) predicen de forma importante el grado de somatización en estos policías, y los otros dos síntomas de distrés, la hostilidad y la depresión, son explicados fundamentalmente por la sobrecarga de trabajo y por la imagen y credibilidad de la institución.

Sin embargo, otras fuentes de estrés como el desempeño de rol (ambigüedad y conflicto de rol) y el estilo de dirección (influencia del liderazgo y la forma de aplicarlo), no tienen incidencia en el distrés de los sujetos que pertenecen a este colectivo<sup>40</sup>.

### **BURNOUT EN TRABAJADORES SOCIALES.**

Otro de los colectivos donde se ha estudiado el síndrome de desgaste profesional es en trabajadores sociales y personal que atiende a discapacitados, que por trabajar en contacto directo con personas, y más concretamente con individuos multiproblemáticos, constituyen otro grupo de riesgo.

Gil Monte y J. María Peiró<sup>41</sup>, en un estudio realizado con profesionales que trabajaban con discapacitados psíquicos, encontraron como en el desarrollo del síndrome de burnout influían tanto variables de la personalidad como variables organizativas. Entre las primeras, vieron que existía una clara relación entre la realización personal y el nivel de seguridad que estos profesionales tenían en sí mismos, de forma que aquellos con mayor nivel de autoconfianza tenían menor probabilidad de desarrollar el síndrome.

Entre las variables organizativas, las más importantes para explicar el desarrollo del burnout en este colectivo, eran la ambigüedad y el conflicto de rol. La ambigüedad de rol era la variable que mejor predecía la dimensión de realización personal, mientras que el conflicto de rol explicaba en gran medida la aparición de agotamiento emocional.

En el caso de trabajadores sociales<sup>42</sup>, se han identificado igualmente una serie de factores organizativos como predictores del burnout. Entre ellos se vuelve a citar el conflicto de rol, en el sentido de discrepancia entre el servicio de ayuda prestado a las personas y las regulaciones burocráticas que puedan existir al respecto. Otras variables recogidas son: la aversión al trabajo, que se asocia de manera importante con el burnout, la menor satisfacción por el mismo, y el apoyo social como variable predictora del síndrome.

### **BURNOUT EN MILITARES.**

El conflicto y la ambigüedad de rol, factores identificados como causas del burnout, también se han investigado en otro colectivo laboral, los soldados profesionales de las Fuerzas Armadas, y se ha estudiado su influencia en el bienestar físico y psíquico de estos profesionales<sup>43</sup>. El estrés de rol es un problema frecuente en situaciones de cambio organizativo, puesto que en esos momentos los profesionales se deben enfrentar a nuevas demandas laborales sin la información y los recursos necesarios para ello.

En este estudio se ha visto como la salud de estos soldados, tanto física como psíquica, se deteriora cuando aparecen el conflicto y la ambigüedad de rol, así se han obtenido resultados positivos en la correlación entre estos factores y la escala de malestar físico, que mide la ocurrencia de varios síntomas de carácter psicossomático a lo largo de un período de tiempo. También se han obtenido resultados positivos en la correlación con las dimensiones del síndrome de burnout, de forma que la ambigüedad de rol permitiría predecir las tres dimensiones del síndrome, mientras que el conflicto, sólo el agotamiento emocional y la despersonalización.

### **1.3.2.- CAUSAS DE BURNOUT EN PROFESIONALES SANITARIOS.**

El colectivo donde más se han estudiado las causas del síndrome de burnout ha sido en personal sanitario; odontólogos, médicos, enfermeras, auxiliares...

En cuanto a la aparición del síndrome de desgaste profesional en odontólogos<sup>44</sup>, se han identificado una serie de factores causales relacionados con el entorno laboral. Uno de estos factores es el número de pacientes por odontólogo, así cuanto mayor es la institución en la que el profesional trabaja y mayor el número de pacientes a los que trata mayor es el cansancio emocional. También se ha visto que la satisfacción de los profesionales es menor a medida que disminuyen sus posibilidades terapéuticas y que aquellos que pasan más tiempo en contacto con los pacientes tienen más posibilidades de padecer este síndrome. Igualmente, aquellos profesionales en los que existe una gran discrepancia entre sus expectativas laborales y sus condiciones de trabajo, en cuanto a salario, estabilidad en el empleo, progreso, autonomía y apoyo social, sufren síndrome de burnout con mayor frecuencia.

Además, a todas estas causas laborales hay que sumar causas personales que pueden precipitar la aparición del burnout en odontólogos,

nos referimos a cambios significativos de la vida que pueden generar estrés como muerte de un familiar, divorcio, nacimiento de los hijos, cambio de status social...También situaciones de relevancia de la vida cotidiana, sobre todo si son nuevas, generan conflictos difíciles de resolver o resultan desagradables o molestas, como una enfermedad, van a producir alteraciones emocionales que pueden conducir a la aparición del burnout.

A parte de los profesionales de la odontología, el burnout ha sido muy estudiado en personal sanitario del ámbito de la medicina y la enfermería.

Las causas del burnout en estos profesionales las podemos dividir en tres grandes grupos, y así hablaremos de factores de la personalidad, características sociodemográficas y causas laborales.

Las CARACTERÍSTICAS DE LA PERSONALIDAD que se han asociado con el síndrome de desgaste profesional en personal sanitario han sido fundamentalmente la personalidad neurótica, que incluye ansiedad, hostilidad, depresión y vulnerabilidad, también se ha relacionado con el burnout a las personas con locus de control externo, el patrón de conducta tipo A, la extraversión, la rigidez, la dureza, independencia, afabilidad, estabilidad, autosuficiencia, perfeccionismo, tensión...

Para Maslach, el neuroticismo, se une de forma positiva al burnout, de forma que los individuos neuróticos son emocionalmente inestables y propensos a la angustia psicológica<sup>7</sup>.Sin embargo, en un estudio realizado en personal sanitario hospitalario<sup>45</sup>, se ha encontrado una relación significativa y negativa entre las dimensiones de cansancio emocional y despersonalización y el neuroticismo.

El siguiente rasgo de la personalidad que se asocia con el burnout es el locus de control externo, de forma que los profesionales sanitarios con este locus de control tienen mayor tendencia a la insatisfacción por el trabajo, al estrés y al burnout, especialmente a la dimensión de despersonalización.

El patrón de conducta tipo A, con sus tres factores, competitividad, impaciencia e implicación laboral, también se correlaciona de forma significativa y positiva con el burnout en personal sanitario, en este caso con las tres dimensiones del síndrome.

En cuanto a la rigidez, que incluye la autoexigencia rígida en el trabajo (valoración del trabajo por encima de cualquier cosa), el esfuerzo personal y actitud de élite (sobreevaluación personal tanto a nivel de capacidad como de esfuerzo para lograr los fines propuestos, junto con un sentimiento de pertenecer a un grupo de élite) y el principalismo social (aceptación y sobreevaluación de los principios de funcionamiento que sostienen el sistema social y laboral), se han asociado con mayor tendencia a padecer el síndrome de burnout. Sin embargo, ni rigidez ni extraversión (facilidad para establecer relaciones sociales), han encontrado una correlación positiva con el burnout en el citado estudio realizado en personal sanitario hospitalario.

De igual forma, se ha relacionado la aparición del burnout con los rasgos de la personalidad en médicos de familia<sup>46</sup>. En este caso se ha visto como existe una importante correlación entre la ansiedad y los niveles elevados del burnout. Así, los cuatro componentes principales de esta dimensión de ansiedad, es decir, la estabilidad, la vigilancia, la aprensión y la tensión se correlacionan de forma significativa con al menos dos de las tres escalas del burnout.

La estabilidad emocional se ha asociado negativamente con el cansancio emocional y la despersonalización y positivamente con la realización personal. En sentido contrario, la tensión se ha asociado positivamente con las dimensiones de cansancio emocional y despersonalización y negativamente con la realización personal.

En cuanto a la vigilancia, en este estudio apareció relacionada de forma positiva con las dimensiones de cansancio emocional y despersonalización, y en cuanto a la aprensión se asoció con el cansancio emocional, pero también con la despersonalización de forma positiva y con la realización de forma negativa, en la muestra de mujeres.

Otros rasgos de la personalidad, como bajos niveles de afabilidad, estabilidad y atrevimiento y altos niveles de dureza, se asociaron con las menores puntuaciones obtenidas en la dimensión de realización personal. En el caso de los varones, estas bajas puntuaciones se asociaron también con menores niveles de perfeccionismo y autocontrol. Y en el caso de las mujeres, las menos realizadas obtuvieron menores puntuaciones en animación y sensibilidad.

En cuanto a las CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS que influyen en la aparición del burnout en personal sanitario, en el sexo, la edad, el estado civil y la presencia de hijos no hay diferencias en cuanto a lo ya comentado en las causas generales del burnout.

Existen trabajos que ponen de manifiesto la escasa asociación entre estos factores clásicos y el burnout, dando más importancia a las características propias del entorno laboral<sup>47</sup>.

En la literatura no existe acuerdo en la relación entre el burnout y la antigüedad en la profesión y en el puesto de trabajo en personal sanitario. Algunos autores han encontrado que el síndrome de burnout sería más frecuente después de los diez primeros años de ejercicio profesional, de forma que tras este período ya se habría producido la transición de las expectativas idealistas a la práctica cotidiana, viéndose como las recompensas profesionales y económicas no son, ni las prometidas, ni las esperadas<sup>48</sup>. Sin embargo, otros estudios han encontrado que los primeros años de trabajo serían los más vulnerables para el desarrollo del síndrome, de forma que a medida que aumenta la experiencia profesional disminuiría el cansancio emocional<sup>49</sup>.

En lo que se refiere a los FACTORES LABORALES que influyen en la aparición del síndrome de burnout en personal sanitario, vamos a diferenciar varios grupos de causas.

En primer lugar hay que citar la SOBRECARGA LABORAL como causa de burnout, que se relaciona fundamentalmente con la dimensión de cansancio emocional.

En nuestro medio, la sobrecarga laboral en personal sanitario es considerada un factor de riesgo psicosocial importante, posiblemente sea debida a la masificación y a la fuerte presión asistencial para reducir las listas de espera, y puede estar causada por una mala organización de los servicios sanitarios, generalmente con falta de personal tanto sanitario como no sanitario. Por tanto, existe falta de tiempo para el desarrollo de las actividades clínicas, que se hace especialmente patente cuando se trata de compatibilizar la actividad asistencial con otras de gestión, docencia e investigación<sup>50</sup>.

También hay que considerar EL TRATO CON PACIENTES Y FAMILIARES como una causa importante de burnout en profesionales sanitarios.

En estos profesionales, el contacto con el sufrimiento y con la muerte de los pacientes constituye otro 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 calidad<sup>50</sup>.

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 este sentido, en varios estudios se ha comprobado como las dimensiones del síndrome son más frecuentes en los servicios hospitalarios de oncología y urgencias. Así, en un trabajo realizado en

personal de enfermería hospitalario, se ha observado como las variables de agotamiento emocional y de burnout son estadísticamente mayores en los trabajadores de oncología y urgencias, y la despersonalización es superior en el personal de urgencias<sup>51</sup>.

Otro aspecto a tener en cuenta es la MOTIVACIÓN LABORAL, es decir, las recompensas que el profesional sanitario recibe de acuerdo con el trabajo realizado. Se incluyen tanto el reconocimiento social, como las recompensas financieras (el salario) y las recompensas intrínsecas.

El reconocimiento social, es decir, el reconocimiento del trabajo por parte de la dirección, de los compañeros de trabajo y de los pacientes está relacionado con el burnout, y así se ha visto como los profesionales que hallan su labor poco reconocida por jefes y pacientes tienen peores puntuaciones en las tres subescalas del síndrome de desgaste profesional<sup>51</sup>.

Ocurre lo mismo cuando existe una inadecuada motivación intrínseca, es decir, cuando hay un grado bajo de identificación con el centro de trabajo.

En cuanto al salario, no es lo más importante para motivar al profesional de la salud, no obstante, un salario bajo, no adecuado con la responsabilidad de estos profesionales, así como unas condiciones laborales y organizativas que no faciliten el desarrollo profesional son factores a tener en cuenta para la aparición del burnout en personal sanitario.

Otro de los factores laborales que se ha descrito como causa del burnout es la ausencia de APOYO SOCIAL.

Nos referimos al apoyo social en cuanto al entramado de relaciones sociales que complementan los recursos personales para el desarrollo del afrontamiento adaptativo en situaciones de necesidad, e incluye tanto a los vínculos informales, amigos y familiares, como a los vínculos formales, jefes/supervisores y compañeros de trabajo.

Así, se ha observado que existe una correlación entre las tres dimensiones del síndrome de burnout y los estilos de supervisión en el puesto de trabajo, de forma que la presencia del jefe es necesaria y su estilo de dirección y liderazgo tiene repercusiones sobre el desarrollo de este síndrome en sus empleados.

El apoyo social por parte de familiares y amigos es fundamental para prevenir la aparición del burnout. También son importantes las relaciones de compañerismo basadas en el trabajo en equipo, ya que con ayuda de los demás el profesional afronta mejor las demandas laborales<sup>49</sup>.

También influyen en la aparición del síndrome de desgaste profesional en personal sanitario la IMPARCIALIDAD y el CONFLICTO DE VALORES.

Es importante que los profesionales de la salud perciban la existencia de imparcialidad en su lugar de trabajo. Imparcialidad en cuanto a la igualdad en el reparto de las tareas y en cuanto a las evaluaciones y promociones del personal. La carencia de parcialidad a nivel laboral se relaciona con la aparición de dos dimensiones del burnout, el cansancio emocional y el cinismo.

En lo relativo al conflicto de valores, en algunas ocasiones el personal sanitario se puede ver obligado a realizar actividades poco éticas, en desacuerdo con sus valores, pudiendo existir un desajuste entre las aspiraciones personales para su carrera profesional y los valores de la organización.

Otras causas de insatisfacción en la práctica de la medicina, que pueden llevar a la aparición de burnout, son la BUROCRATIZACIÓN del trabajo, la práctica de una MEDICINA DEFENSIVA, la aparición de EXPECTATIVAS DISPARES en los profesionales de la medicina y la FALTA de TIEMPO por paciente.

La práctica de la medicina defensiva, entendida como la estrategia de usar pruebas y procedimientos médicos principalmente para impedir las demandas de los pacientes más que para conseguir su bienestar,

influye en el malestar de la profesión médica, y así compromete la integridad profesional del médico, aumenta el distanciamiento entre el médico y el paciente y aumenta los gastos médicos. Además los profesionales de la medicina que han sido demandados en más de una ocasión, independientemente de los resultados judiciales de las demandas, afirman tener sentimientos de vergüenza, dudas sobre sí mismos en cuanto a su capacidad profesional y desilusión en la práctica de la medicina, sentimientos que pueden persistir durante largos períodos de tiempo y pueden influir en la aparición del síndrome de desgaste profesional.

La aparición de expectativas dispares en los profesionales de la medicina, nos referimos a la discrepancia que puede existir entre lo que los pacientes exigen o esperan obtener del médico y lo que éstos son capaces de lograr en la realidad, también se incluyen la discrepancia entre las normas que los médicos han aprendido durante su período de formación académica y las acciones forzadas por la práctica cotidiana, la desigualdad en la práctica de la medicina hace 50 años y la que se practica en la actualidad y la divergencia entre los avances alcanzados por la ciencia médica y los resultados limitados que la mayor parte de los médicos pueden ofrecer de forma individual. Todas estas discrepancias hacen que afloren sentimientos de culpabilidad en el médico y que se produzca un distanciamiento con sus compañeros de trabajo y con sus pacientes.

Un aspecto a tener en cuenta, es el papel de “dobles agentes” que los médicos tienen que realizar, por una parte en la práctica habitual de la medicina para la cual se han formado, y por otra como profesionales cuestionados por aseguradoras y tribunales.

Otro aspecto a tener en cuenta es la carencia de tiempo para atender de forma adecuada a los pacientes. Este es un factor que a menudo produce malestar en el profesional de la medicina, ya que los médicos dejan de hacer una serie de actividades que saben que son imprescindibles para realizar una atención de calidad a sus pacientes<sup>52</sup>.

Por último, en este grupo de causas de burnout relacionadas con el ámbito laboral hemos de incluir el tipo de PROFESION SANITARIA, y los aspectos relacionados con la misma.

Clásicamente se han asociado mayores niveles del síndrome del quemado en la profesión de enfermería, especialmente los que trabajan con pacientes graves o terminales, que como ya hemos comentado son los que exigen mayores demandas emocionales, como es el caso de los enfermos oncológicos o los pacientes con SIDA<sup>53</sup>.

### **CAUSAS DEL BURNOUT EN PERSONAL SANITARIO MILITAR.**

Continuando con las causas del burnout, 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 de misiones de paz.

Así, los factores que causan estrés en los profesionales desplazados a misiones internacionales son múltiples, entre ellos se han descrito la separación del ambiente familiar durante largos períodos 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 1998<sup>54</sup>, 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 logaran 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 monotonía<sup>55</sup>.

En lo referente al personal sanitario militar, también está sometido a una serie de estresores laborales, que han sido especialmente estudiados en las misiones internacionales que estos profesionales han llevado a cabo. 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 Kazakstan, 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 previstos, como ya hemos comentado anteriormente, el aislamiento, el aburrimiento...así como 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 por 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 de 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 trabajo<sup>55</sup>.

Continuando con la descripción de las causas relacionadas con el síndrome de desgaste profesional en los sanitarios militares<sup>56,57</sup>, se han asociado también algunos rasgos de la personalidad con el burnout en este colectivo, como la llamada “personalidad resistente”, que como ya

hemos indicado es un tipo de personalidad que se caracteriza 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 comparten 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 que pueden producir el síndrome de burnout en varias profesiones es importante describir las consecuencias que puede tener este síndrome, tanto a nivel individual como en las organizaciones.

#### **1.4.- 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.

##### **1.4.1.- CONSECUENCIAS SOBRE LA SALUD DEL PROFESIONAL.**

Así, sobre la salud del profesional<sup>18</sup>, 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.

Pero el síndrome de desgaste profesional también tiene consecuencias adversas sobre el trabajo, dando lugar a absentismo laboral, deseos de abandonar el trabajo, disminución de la productividad y de la eficacia, y descenso de la satisfacción por el trabajo.

En cuanto a los problemas de salud mental, se ha visto que a mayor prevalencia de burnout, mayor incremento de morbilidad psiquiátrica, especialmente de conductas ansiosas, depresivas o ambas. Así, se ha encontrado una relación entre el agotamiento emocional y la depresión, los trastornos obsesivos compulsivos, la ansiedad, la hostilidad

y la ideación paranoide, y también se ha visto que existe una relación entre la despersonalización y la hostilidad, la ideación paranoide y la personalidad psicótica.

En lo referente a la ansiedad<sup>58</sup>, es importante diferenciar lo que se entiende por ansiedad o angustia normal y ansiedad patológica. De esta forma, la ansiedad, que es la emoción más experimentada universalmente, consiste en una situación fisiológica de defensa ante situaciones de estrés que suponen una amenaza para el individuo. Se trata de una emoción compleja, desagradable e inevitable con nuestra condición de seres humanos.

En cambio, la ansiedad patológica es una respuesta al estrés inadecuada, exagerada y persistente en el tiempo, por encima de los límites adaptativos, que afecta al rendimiento, al funcionamiento psicosocial y a la libertad personal.

En lo referente a la depresión, se trata de un trastorno que afecta a todo el organismo, al estado de ánimo, al pensamiento y al comportamiento, y tiene unas repercusiones importantes en todos los ámbitos del individuo, a nivel personal, familiar y laboral. Existen diversos tipos de depresión (episodio depresivo mayor, trastorno distímico, trastorno mixto ansioso-depresivo...), pero todos van a producir en mayor o menor medida cierto grado de incapacidad a todos los niveles.

La existencia de una relación entre el burnout y la depresión parece estar clara<sup>59</sup>, pero se sabe menos de la naturaleza de esa asociación, parece ser que una personalidad con una mayor sensibilidad a la depresión tiene un riesgo mayor de desarrollar burnout, además se ha visto que existe una correlación positiva entre los síntomas depresivos y dos dimensiones del síndrome, el cansancio emocional y la despersonalización. Igualmente, se ha observado la existencia de una asociación entre estas dos dimensiones del síndrome de desgaste profesional y una historia de depresión en familiares cercanos<sup>60</sup>.

En relación con los trastornos psíquicos que pueden aparecer en los profesionales sanitarios con burnout, hemos de decir que existen

estudios en Estados Unidos<sup>61</sup> que confirman la mayor tasa de suicidios entre los médicos, comparado con la población general. Este aumento en la tasa de suicidios es mayor entre los médicos varones, aproximadamente un 40% más alto, que entre los hombres en general, y en el caso de las mujeres, la diferencia es mucho más alta, aproximadamente de un 130%, y este aumento comenzaría desde etapas muy tempranas, incluso la etapa de formación en la Facultad de Medicina.

Entre los factores que se han barajado como causas de esta mayor tasa de suicidios entre los médicos, se encuentran tanto factores biológicos como psicosociales. Se incluyen el mayor predominio de desórdenes psiquiátricos, el mayor consumo de alcohol y otras drogas, y sin duda, el estrés y la depresión de este colectivo. Influye también la carga laboral de estos profesionales, que les puede conducir al aislamiento social, así como la menor capacidad de los profesionales de la medicina para pedir ayuda psiquiátrica para ellos mismos. Por último, otro factor a tener en cuenta es el mayor acceso de los médicos a los medicamentos, así como su mayor capacidad para utilizarlos, lo cual también contribuiría a esta mayor frecuencia de suicidios.

El burnout también se ha asociado al abuso de sustancias, como analgésicos, antidepresivos y ansiolíticos, y al consumo de drogas de distinto tipo, como alcohol y tabaco.

En este sentido se han realizado varios estudios que han relacionado el síndrome de burnout en personal sanitario con el estado general de salud y con la prevalencia de psicopatología en las personas que lo padecen<sup>62, 63</sup>. En estos trabajos, se ha observado que existe un aumento estadísticamente significativo de los niveles de psicopatología en los profesionales con desgaste profesional, así como una mayor prevalencia de psicopatología a mayor número de dimensiones de burnout afectadas.

Igualmente, en estos estudios también se ha comprobado que la presencia de desgaste profesional se asocia con un mayor consumo de analgésicos, antidepresivos y ansiolíticos.

También se ha visto la asociación significativa que existe entre los síntomas psíquicos y las distintas dimensiones del burnout, concretamente entre la sintomatología somática de origen psicológico, que se correlaciona significativamente con el cansancio emocional y la despersonalización, y los síntomas asociados a la ansiedad y el insomnio, que se correlacionan con la dimensión de cansancio emocional.

En cuanto al consumo de alcohol, es interesante un estudio realizado entre médicos de atención primaria españoles<sup>64</sup>. En este trabajo se comprobó que el consumo de alcohol en estos profesionales es similar a la población general, y que el consumo es sobre todo ocasional y mayor en los varones que en las mujeres, si bien éstas tienen un consumo de riesgo mayor (se habla de riesgo a un consumo mayor de 40 g/día en los varones y de 24 g/día en las mujeres), posiblemente debido a los cambios de estilo de vida producidos en el sexo femenino.

Sin embargo, en estudios realizados en otros países<sup>65, 66</sup> se ha visto que los médicos tienen un consumo de alcohol superior a la población general, y que además este consumo de alcohol se ha incrementado en los últimos años. También se ha observado como el consumo de bebidas alcohólicas se relaciona con otros factores como el tabaquismo, el uso de benzodiazepinas, el pensamiento suicida y la insatisfacción por el trabajo. Igualmente se ha comprobado que el consumo de alcohol en estos profesionales se asocia de forma positiva con el estrés y el burnout.

El síndrome de desgaste profesional también se ha relacionado con la aparición de trastornos en la esfera cognitiva<sup>67</sup>, concretamente en las personas con burnout se han encontrado reducciones significativas de la memoria no verbal y la atención auditiva y visual.

En lo referente a los síntomas físicos, habitualmente son los primeros en aparecer en el estrés laboral, y los más frecuentes son la fatiga crónica, las cefaleas, las alteraciones gastrointestinales, como la úlcera gástrica o el colon irritable, también las mialgias, alteraciones respiratorias, trastornos del sueño, algunas alteraciones dermatológicas como la urticaria, trastornos menstruales o disfunciones sexuales.

Mención aparte merecen las alteraciones cardiovasculares, ya que el síndrome de burnout se considera un factor de riesgo cardiovascular.

En algunos estudios realizados<sup>68, 69</sup> se observa que el burnout se relaciona con incrementos en los niveles de triglicéridos y colesterol total, así como con un aumento en los niveles de lipoproteínas de baja densidad (LDL).

En este sentido, estudios recientes realizados entre hombres y mujeres trabajadores, han demostrado<sup>70</sup> a través de marcadores de la inflamación, proteína C reactiva y fibrinógeno, que éste es uno de los mecanismos por los que el burnout produce alteraciones cardiovasculares, pero se han encontrado diferencias entre ambos sexos. Así, en las mujeres se ha visto que el burnout se asocia de forma positiva con las concentraciones de proteína C reactiva y fibrinógeno, pero en varones los niveles de estos marcadores se asocian positivamente con la depresión pero no con el burnout.

Igualmente, se han realizado varios estudios<sup>71,72</sup> que intentaban relacionar el burnout con las alteraciones del eje hipotálamo-hipofisario-adrenocortical, ya que el síndrome de desgaste profesional aparece como consecuencia de la exposición crónica al estrés laboral, y el estrés crónico afecta al funcionamiento normal de este eje. Estos estudios han medido los niveles de cortisol en saliva de los individuos diagnosticados de síndrome de burnout que se encontraban de baja laboral por esta causa, y los resultados han sido contradictorios. En algunos casos no se han encontrado diferencias significativas en comparación con los sujetos sanos, mientras que en otros estas diferencias han sido significativas en el sexo femenino.

También se han realizado trabajos que han relacionado el estrés y el burnout con los niveles de enzimas antioxidantes<sup>73</sup> (concretamente la superóxido dismutasa y la catalasa), y se ha visto que produce una disminución de las mismas. Así mismo el burnout, sobre todo la dimensión despersonalización, tiene consecuencias sobre la inmunidad celular, produciendo disminución de las células NK<sup>74</sup>.

### **1.4.2.- CONSECUENCIAS SOBRE EL TRABAJO.**

En cuanto a las consecuencias negativas del burnout sobre el trabajo, hemos de citar en primer lugar el absentismo laboral que este síndrome produce<sup>75</sup>. Cada una de las dimensiones del burnout aumenta el riesgo de padecer distintas enfermedades; mentales, músculo-esqueléticas, cardiovasculares..., y por tanto se incrementa el absentismo laboral con el consiguiente impacto económico y social que esto produce.

El síndrome de burnout también se asocia de forma negativa con la satisfacción laboral y de forma positiva los deseos de abandonar el puesto de trabajo<sup>76</sup>, y en el caso de los profesionales sanitarios se ha encontrado una asociación, también negativa, con la satisfacción de los pacientes.

Igualmente, en enfermeras que desarrollan un trabajo hospitalario<sup>77</sup>, el cansancio emocional y la baja realización personal son dos factores importantes en la satisfacción de los pacientes. Además se han encontrado una serie de características organizativas modificables en los ambientes de trabajo de estas profesionales (personal insuficiente, falta de apoyo de los jefes y malas relaciones entre médicos y enfermeros) cuyo cambio mejoraría la satisfacción del paciente y disminuiría los niveles de cansancio emocional, y por tanto se produciría un descenso de las intenciones de abandonar el trabajo que aparece entre los profesionales quemados.

A parte de la relación entre el burnout, la satisfacción de los pacientes y el descontento en el trabajo, también se ha encontrado una asociación entre este síndrome, concretamente entre la dimensión de cansancio emocional, y el excesivo número de pacientes por enfermero y el aumento de la mortalidad en los enfermos atendidos por estos profesionales<sup>78</sup>.

En este sentido, se ha estudiado el impacto del comportamiento inadecuado de los profesionales sanitarios en la relación entre médicos y enfermeras<sup>79</sup> (midiendo variables como tensión, frustración, trabajo en equipo o comunicación), y el resultado negativo de este comportamiento

sobre los pacientes (errores médicos, calidad de la atención sanitaria, mortalidad y satisfacción y seguridad de los mismos).

Otra consecuencia negativa del síndrome de burnout es el aumento del gasto farmacéutico en los profesionales afectados por este síndrome, como se ha visto en un estudio realizado en médicos de atención primaria españoles<sup>80</sup>. Se ha encontrado una fuerte relación entre el elevado gasto en prescripción farmacéutica y los niveles de cansancio emocional de estos profesionales, no encontrando relación con las otras dos dimensiones del síndrome. Parece ser que las continuas situaciones de tensión a las que estos profesionales se enfrentan en su quehacer diario provocan un desgaste emocional que dificulta la toma de decisiones en el momento de la prescripción farmacéutica, y esto contribuye a elevar el gasto en este concepto.

### **1.5.- 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 incidencia<sup>81</sup>.

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.

A nivel del individuo, el objetivo es mejorar su resistencia individual para afrontar de forma más eficiente los estresores propios de su actividad laboral, así como potenciar la percepción de control y la autoeficacia personal.

Para lograr este objetivo se han utilizado distintos tipos de técnicas, como las cognitivo conductuales, entre las que se encuentran las de afrontamiento del estrés, reestructuración cognitiva y ensayo conductual. También se han utilizado técnicas de relajación, de autorregulación o de control, de gestión del tiempo, de mejora de habilidades sociales, etc.

Igualmente, en la prevención del burnout se deben incluir una serie de medidas durante la etapa de formación de los nuevos profesionales, que contemplen programas especiales de prevención y entrenamiento en afrontamiento del estrés laboral y proporcionen expectativas realistas acerca de la futura profesión.

Así, en todos los casos se debe conseguir una estructuración adecuada de las responsabilidades y funciones de cada profesional con el fin de reducir el estrés propio de la actividad laboral.

En cuanto al grupo social, Mingote Adán orienta los métodos de intervención hacia la institucionalización del soporte social de jefes y compañeros a través de encuentros regulares establecidos. Ya que unas buenas relaciones interpersonales en el trabajo modera el nivel de burnout y aumenta la satisfacción laboral.

Por tanto, para afrontar el burnout sería fundamental fortalecer los vínculos sociales entre los trabajadores y aumentar el control de los mismos sobre las demandas psicológicas del trabajo.

Sin embargo, son las intervenciones en el ambiente de trabajo las que se consideran más importantes para disminuir el burnout.<sup>7</sup> 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.

Un estudio realizado en España<sup>82</sup> donde se recogieron las estrategias de afrontamiento ante el estrés y las fuentes de recompensa profesional en un grupo de médicos especialistas, puso de manifiesto la necesidad de la doble intervención (individual y organizativa) para disminuir el estrés laboral. En este estudio se manifestaron dos patrones diferenciales de afrontamiento ante el estrés; por un lado un patrón centrado en las emociones, donde se incluyeron la desconexión conductual (realización de actividades alejadas del ambiente laboral, como deporte, ocio...), la búsqueda de apoyo social emocional (pasar más tiempo con familiares y amigos) y el aumento del consumo de fármacos y tabaco. Otro patrón de afrontamiento fue el centrado en el problema, y se incluyeron la aceptación del mismo y la búsqueda de apoyo instrumental (opiniones de compañeros, bibliografía...). En cuanto a las recompensas laborales expresadas por los médicos destacaron el salario, la satisfacción personal por la práctica de la medicina, la posibilidad que ofrece el trabajo para la puesta en práctica de las habilidades adquiridas, las oportunidades de perfeccionamiento profesional, la actividad docente e investigadora y el reconocimiento por otras personas. Por tanto, para disminuir el estrés laboral sería necesario realizar cambios organizativos que tengan en cuenta las recompensas más valoradas por los médicos y que permitieran un mayor desarrollo profesional. Pero también habría que actuar a nivel individual, desarrollando propuestas formativas en materia de estrategias de afrontamiento del estrés.

Otros autores, Spickard y colaboradores<sup>83</sup>, entre las estrategias para disminuir el burnout en personal sanitario, incluyen: a nivel personal, pasar tiempo suficiente con familia y amigos, realizar alguna actividad religiosa o espiritual, cuidar de sí mismo (desarrollar actividades deportivas, cuidar la alimentación...) y adoptar una actitud positiva ante la vida; y a nivel organizativo, afirman que es importante disminuir la carga de trabajo, conseguir una elevada satisfacción laboral y un sistema de apoyo adecuado, tanto de jefes como de compañeros. Así, el objetivo sería conseguir el bienestar de los profesionales médicos a todos los

niveles: físico, emocional, psicológico y espiritual, a lo largo de toda la vida laboral de estos profesionales, desde el comienzo de su carrera hasta el final de la misma.

Desde el punto de vista de la prevención del burnout, es interesante comentar que este síndrome se considera un accidente laboral. El primer antecedente sobre este tema se remonta a diciembre del año 2000, año en que la Sala de lo Social del Tribunal Supremo dejó firme un precedente del Tribunal Superior de Justicia del País Vasco que declaró que el síndrome de burnout es accidente laboral. Los magistrados del tribunal autonómico estudiaron en el año 1999 el caso de un trabajador cuya actividad profesional consistía en organizar la producción de un taller, dirigiendo a un grupo de empleados minusválidos psíquicos para obtener un nivel de productividad y eficacia laboral aceptable. En el año 1998 el trabajador causó baja por presentar una sintomatología de trastornos del sueño, alcanzando un grado de agotamiento físico-psíquico que le llevó a no encontrarse en condiciones para desarrollar su trabajo. Ante esta situación, el trabajador acudió al psiquiatra que le diagnosticó síndrome de burnout y lo describió como un trastorno adaptativo crónico con ansiedad, como resultado de la interacción del trabajo o situación laboral en las características de la personalidad. Por estas razones el trabajador solicitó ante el Instituto Nacional de la Seguridad Social de Guipúzcoa el cambio de contingencia común a laboral. Esta petición fue denegada, sin embargo, el Tribunal Superior de Justicia del País Vasco recordó que la Ley General de la Seguridad Social considera accidente de trabajo la enfermedad que contraiga el trabajador con motivo de la realización de su trabajo, siempre que se pruebe que la enfermedad tuvo lugar por causa exclusiva de la ejecución de éste. En definitiva, el fallo concluye que resulta clara la consideración de la incapacidad temporal como accidente de trabajo<sup>84</sup>.

Desde entonces, son varias las sentencias que reconocen que el burnout de los facultativos debe ser calificado como accidente laboral, y que la enfermedad debe ser causa exclusiva del trabajo. Así se recoge en una sentencia dictada por la Sala de lo Social del Tribunal Superior de

Justicia de Castilla la Mancha, donde se afirma que el burnout sólo se considerará accidente de trabajo cuando se demuestre la relación causal entre la patología sufrida por el afectado y la prestación laboral desempeñada<sup>85</sup>.

## **1.6.- ESTADO ACTUAL DEL TEMA.**

### **1.6.1.- PRODUCCIÓN BIBLIOGRÁFICA SOBRE EL SÍNDROME DE BURNOUT.**

Si nos centramos en los trabajos realizados sobre el síndrome de burnout en personal sanitario, y estudiamos los datos acumulados a nivel mundial en el período comprendido entre los años 1990 y 2001<sup>86</sup>, vemos como la producción bibliográfica se ha mantenido estable durante los primeros años de la década de los noventa (entre el 5% y el 7% de toda la productividad del período), a partir del año 1995 se inició un período más prolífico, presentando los picos más altos de producción en 1996, 1998 y 1999 (aproximadamente del 12% cada año), para ir decayendo posteriormente hasta encontrar las cifras más bajas en 2001 (en torno al 3,6% de la productividad final).

Es interesante resaltar que de todos los estudios publicados en el período analizado, la mayor parte de los autores sólo han publicado un artículo, sin que exista ningún grupo que mantenga una alta productividad. Pero si se analiza el contenido de los trabajos, aproximadamente el 62% aporta datos observacionales al ámbito del burnout en personal sanitario, de ellos un gran porcentaje (en torno al 90%) mide el impacto del síndrome, es decir, factores de riesgo, prevalencia o consecuencias del mismo. Sólo un 3,5%, aproximadamente, se encamina al desarrollo o validación de instrumentos de medida y en torno al 6% tiene por objeto la evaluación de tratamientos. De los estudios observacionales, la gran mayoría están diseñados con carácter transversal (más de un 80%) y un pequeño porcentaje se diseñan de forma longitudinal.

En los artículos analizados el instrumento de medida más utilizado es el MBI, y en la mitad de ellos la muestra elegida no supera las 150 personas. En cuanto a los grupos de estudio, las áreas asistenciales son las más estudiadas (se incluyen médicos, enfermeras, comadronas, psicólogos, dentistas, fisioterapeutas...), mientras que las áreas con soporte asistencial (como los técnicos de laboratorio) se estudian con menos frecuencia.

Por tanto, como resumen de lo expuesto, destacamos como en el estudio del burnout la productividad se dispersa, es decir, no hay un núcleo emisor que concentre y que destaque por sus aportaciones. Además, destacan las investigaciones empíricas, acumulando datos sobre el tema, pero faltan las revisiones, que tienen una finalidad más integradora.

Destacamos una revisión de trabajos sobre el síndrome de burnout en médicos, que fueron realizados en Estados Unidos y Canadá entre los años 1984 y 2001<sup>87</sup>. Todos estos estudios tienen en común que utilizaron en su metodología la versión del MBI para profesionales sanitarios (MBI-HSS) y que obtuvieron porcentajes de respuesta superiores al 60%. Esta revisión ha puesto de manifiesto la existencia de elevados porcentajes de las tres dimensiones del burnout entre los profesionales médicos. Así, aparecieron niveles de moderados a altos de cansancio emocional en un 46% a 80% de los encuestados, del 22% al 93% relataron los mismos niveles de despersonalización, y del 16% al 79% relataron niveles bajos o moderados de realización personal. Los trabajos realizados en médicos residentes mostraron resultados similares.

En cuanto a los factores de riesgo específicos de la profesión médica para el desarrollo del burnout, no fueron claramente especificados en estos trabajos; se cita la menor edad, la ambigüedad de rol y la carencia de recursos para el trabajo. Igualmente, se expone la necesidad de realizar estudios longitudinales para estudiar las consecuencias del burnout y los resultados de la implantación de las estrategias de prevención.

### **1.6.2.- PREVALENCIA DEL BURNOUT EN PROFESIONALES SANITARIOS.**

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 primaria uno de cada tres médicos y enfermeros sufre burnout<sup>88</sup>, y así lo manifiestan múltiples estudios realizados que miden la prevalencia del síndrome del quemado en estos profesionales. Uno de estos trabajos se realizó en personal sanitario de varias categorías laborales (pediatras, médicos generales, DUES, auxiliares de enfermería...), que trabajaban en centros de salud de atención primaria de Santa Cruz de Tenerife<sup>89</sup>. Los resultados mostraron un grado moderado de desgaste profesional en estos trabajadores (en la dimensión de cansancio emocional sólo un 27% de los participantes registró puntuaciones altas, en despersonalización el porcentaje fue algo mayor, el 30%, y en la escala de realización personal el 24% registró puntuaciones bajas). Otro estudio similar se ha realizado en un área sanitaria de Madrid<sup>90</sup>. En ambos estudios se han utilizado los mismos puntos de corte para las tres dimensiones del burnout, y los niveles de desgaste en los profesionales madrileños han sido ligeramente superiores en comparación con el estudio anterior: en un 30,6% de la muestra aparecieron puntuaciones altas de cansancio emocional, el 31% puntuó alto para despersonalización, y el 24% presentó puntuaciones bajas de realización personal.

Si el grupo de estudio se reduce al personal médico, la prevalencia del síndrome de burnout oscila entre el 25 y casi el 70%.<sup>17</sup>

Varios son los trabajos realizados en médicos de atención primaria españoles<sup>46, 62</sup>. En Barcelona, más de un 40% de los encuestados presentó niveles elevados de cansancio emocional y despersonalización, y el 30% niveles bajos de realización personal. En un Área Sanitaria de Madrid, un 69,2% de los médicos presentó niveles altos en al menos una

de las tres dimensiones del burnout, un 33,8% en dos dimensiones, y en las tres escalas simultáneamente, un 12,3%.

Igualmente, en atención especializada se han publicado múltiples artículos en nuestro medio<sup>15, 49, 51,63</sup> tanto en médicos como en enfermeras.

A nivel hospitalario, se ha estudiado el burnout en trabajadores de diversos centros. En el hospital de León<sup>15</sup> 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 Mataró<sup>91</sup>, 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 la enfermería se ha medido el burnout en hospitales de Madrid, Barcelona, Murcia o Badajoz. En un centro hospitalario de Madrid<sup>51</sup> 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 estudios<sup>63</sup>. Utilizando los mismos puntos de corte para agotamiento emocional y despersonalización, en un hospital de Murcia<sup>92</sup> 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 Badajoz<sup>93</sup> se encontró entre los enfermeros un grado de estrés profesional moderadamente superior al término medio.

En el colectivo de médicos residentes se han realizado estudios sobre el burnout en nuestro medio. En un trabajo llevado a cabo en médicos residentes de especialidades médicas hospitalarias<sup>94</sup> se comprobó que, en comparación con otros médicos especialistas, existía menor cansancio emocional y mayor falta de realización personal en este colectivo.

En otras profesiones sanitarias también se ha estudiado el síndrome de burnout. Los profesionales que trabajan en drogodependencias ha sido un grupo donde se ha analizado la prevalencia y las características de este síndrome, ya que se considera un colectivo vulnerable. En estos profesionales se han obtenido puntuaciones muy altas en despersonalización y muy bajas en realización personal<sup>95</sup>. Igualmente, en odontólogos se ha estudiado este síndrome, en una muestra de odontólogos y estomatólogos del Servicio Gallego de Salud<sup>96</sup> se han encontrado altos valores de desgaste profesional, ya que la mayoría de la muestra presentaba valores de cansancio emocional y despersonalización altos y niveles medios de realización personal.

### **1.6.3.- 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 colectivo<sup>97-101</sup>. Uno de estos trabajos estudia los trastornos mentales (ansiedad, depresión y trastorno de estrés postraumático) que aparecían en una muestra de soldados de Estados Unidos que combatieron en Irak y Afganistán<sup>97</sup>. Se encontró que las intervenciones en acciones de combate y el contacto con el enemigo eran mucho más altas en soldados que habían vuelto de Irak (71%-86%) que los que habían vuelto de Afganistán

(31%). Se vio también que el número de individuos con criterios de ansiedad, depresión y trastornos de estrés postraumático era mayor en los soldados que habían combatido en Irak (del 15% al 17%), además se vio que existía una resistencia de los militares enfermos a buscar ayuda médica, ya que sólo del 23% al 40% habían buscado atención especializada, quizá por la percepción que sus compañeros y jefes puedan tener de ellos.

En otro estudio<sup>100</sup> se valoró el trauma relacionado con la psicopatología presente en dos grupos diferentes de personas que habían actuado en la antigua Yugoslavia: un grupo de soldados de Naciones Unidas y personal perteneciente al voluntariado. Se encontró que la prevalencia de sintomatología de estrés postraumático era mayor entre los soldados de Naciones Unidas, que estuvieron más expuestos a los traumas que el personal voluntario, incluyendo tanto la violencia contra otros como contra uno mismo. Además entre los soldados, los síntomas de intrusión fueron bastante altos, cerca de tres veces superiores a lo que ocurría entre el voluntariado.

Igualmente, en un estudio llevado a cabo entre veteranos que habían combatido en Croacia<sup>101</sup>, se vio que las experiencias en la zona de guerra (participación en el combate, haber sido testigo y haber participado en algún acto de violencia abusiva y haber recibido alguna acción disciplinaria) contribuían más al desarrollo de sintomatología de estrés postraumático que otras variables como los factores de riesgo premilitares, las condiciones de entrada en el ejército, los síntomas disociativos peritraumáticos y el recibimiento al regreso al hogar.

En nuestro país se han realizado diversos estudios sobre el síndrome de burnout en distintos colectivos de profesionales de la seguridad ciudadana y de las Fuerzas Armadas. Uno de ellos es un estudio llevado a cabo en una muestra de policías locales de las provincias de Alicante y Murcia<sup>102</sup> donde se evalúa la calidad del sueño, el burnout y el bienestar psicológico en este colectivo. En las tres dimensiones del burnout, se identifica un 16% de la muestra con puntuaciones altas o muy altas para la dimensión de cansancio

emocional, un 23% para la escala de despersonalización y un 15% tiene puntuaciones bajas o muy bajas para la realización personal. Además se ha visto que existe una correlación negativa entre la calidad del sueño, el bienestar psicológico y el burnout, si bien no se ha comprobado la dirección de la relación causal entre ellas.

En los profesionales de las Fuerzas Armadas se ha realizado un estudio sobre estrés laboral en soldados profesionales<sup>43</sup>, 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 (enero de 2005) el Ejército español cuenta con 70.000 efectivos, distribuidos en los tres ejércitos (Tierra, Aire y Armada), así como con 3.000 alumnos en los centros de formación de tropa y marinería. La tendencia actual es al aumento del número de efectivos, a pesar de la disminución de la base demográfica del reclutamiento (jóvenes de 18 a 27 años), del mayor nivel cultural exigido para ingresar y del mayor número de ingresos en la Guardia Civil<sup>103</sup>.

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 algo más de 16.000 efectivos (el 13,5% del total), cifra superior a la registrada en algunos países de nuestro entorno (Francia:12,8%, Holanda y Reino Unido 9%). La mayor parte de estas mujeres pertenecen al

Ejército de Tierra y a la categoría de tropa y marinería (algo más de 15.000 soldados y marineros)<sup>104</sup>.

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 50 Operaciones de Paz y de Ayuda Humanitaria, lo que ha supuesto que cerca de 70.000 militares de los tres Ejércitos estuvieran desplegados en cuatro continentes. Durante los primeros años, la presencia española en este tipo de misiones fue moderada, incrementándose de forma importante en el año 1992 con la participación en la Fuerza de Protección de Naciones Unidas en Bosnia, momento en que nuestros efectivos desplegados aumentaron hasta 1.500. Este número se mantuvo en niveles similares hasta 1999, año en que nuestra contribución en Kosovo elevó la cifra hasta unos 2.800 hombres y mujeres. Pero fue en el año 2003 cuando se alcanzó el máximo histórico de nuestra participación en el exterior con 3.500 efectivos desplegados en cuatro escenarios diferentes. En estos momentos, las Fuerzas Armadas españolas tienen autorizado un máximo de 2.630 efectivos para operaciones en el exterior. El riesgo de estas misiones es incuestionable, y dolorosa prueba de ello son las 119 bajas que se han producido desde 1989. La misión "ISAF" llevada a cabo en Afganistán, que comenzó en el año 2002 y todavía se encuentra activa, ha sido la que más bajas ha producido, con 81 militares españoles fallecidos<sup>105, 106</sup>.

## ***2.- Justificación del Trabajo.***

---



## **2.- JUSTIFICACIÓN DEL TRABAJO.**

El síndrome de burnout es un problema de salud pública que va en aumento y que no sólo repercute en la salud de los profesionales de la sanidad sino también en la calidad asistencial, deteriorando la relación médico-paciente y suponiendo un alto coste, tanto social como económico.

Estudios recientes ponen de manifiesto la alta prevalencia de este síndrome en personal sanitario, tanto en nuestro medio como en otros países, lo cual tiene consecuencias negativas, no sólo para el trabajador sino también para la institución en la que éste trabaja.

En nuestro país no existen trabajos que hayan estudiado este síndrome en sanitarios militares, a pesar de que presentan una serie de características laborales que los hace más vulnerables.

Además, este colectivo ha estado sometido en los últimos años a una serie de cambios organizativos importantes, lo que ha podido contribuir a su desgaste profesional.

Dado que este síndrome es prevenible, es muy importante disponer de datos sobre su prevalencia en este colectivo para poder elaborar planes de prevención.

Es fundamental que estos profesionales se encuentren en plenas facultades psicológicas por las importantes labores que van a desempeñar, no sólo a nivel nacional sino también a nivel internacional, en conflictos armados, catástrofes o en misiones de mantenimiento de la paz.



### ***3.- Objetivos.***

---



### **3.- OBJETIVOS.**

- OBJETIVOS PRINCIPALES
  - Conocer la prevalencia del síndrome de burnout y de sus tres dimensiones (cansancio emocional, despersonalización y falta de realización personal) en personal militar, médicos y enfermeros, destinados en Unidades, Centros y Organismos de la Comunidad Autónoma de Madrid.
  - Identificar las características sociodemográficas y laborales que se asocian con dicho síndrome.
  
- OBJETIVOS SECUNDARIOS
  - Conocer la distribución del síndrome de burnout y de sus componentes en personal sanitario hospitalario.
    - Médicos
    - Enfermeros/as.
  - Cuantificar el síndrome de burnout en personal sanitario no hospitalario.
    - Médicos.
    - Enfermeros/as.
  - Identificar diferencias con médicos y enfermeros civiles.



## ***4.- Sujetos y Métodos.***

---



## **4.- SUJETOS Y MÉTODOS.**

### **4.1.- AMBITO GEOGRAFICO Y DISEÑO.**

Se trata de un estudio transversal, descriptivo y analítico, en médicos y enfermeros militares destinados en Unidades, Centros y Organismos de la Comunidad Autónoma de Madrid.

Se han incluido en el estudio las Unidades del Ejército de Tierra, Ejército del Aire y Armada ubicadas en bases o acuartelamientos, donde se llevan a cabo labores de atención primaria. También se han incluido Centros militares, donde se realizan labores administrativas y atención primaria, y Organismos Centrales de la Defensa donde se realizan fundamentalmente labores administrativas y en algunos casos atención primaria. Entre ellos se han incluido el Instituto de Medicina Preventiva “Ramón y Cajal” y el Hospital Central de la Defensa “Gómez-Ulla”, en los que se realiza principalmente atención especializada.

### **4.2.- SUJETOS DE ESTUDIO.**

**CRITERIOS DE INCLUSIÓN:** este trabajo se ha realizado sobre la totalidad (593) de los médicos y enfermeros militares españoles, en situación de servicio activo, que con fecha 1 de enero de 2005 se encontraban destinados en Unidades, Centros y Organismos de la Comunidad Autónoma de Madrid.

**CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:** se han excluido del estudio:

1. los médicos y enfermeros militares que durante el período de recogida de datos del estudio se encontraran de baja de cualquier tipo (maternal, por enfermedad...)
2. 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.

### **4.3.- DURACIÓN.**

La duración del estudio ha sido de dieciocho meses, desde septiembre de 2004 hasta febrero de 2006, ambos inclusive, durante los cuales se ha realizado el diseño del estudio, se han pedido los permisos pertinentes y se han recogido y analizado los datos.

### **4.4.- VARIABLES DEL ESTUDIO.**

#### 1. Variables dependientes:

1.1. 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,<sup>47, 90</sup> como se recoge en la tabla 1.

*Tabla1. Puntos de corte en las tres dimensiones del síndrome de burnout.*

	<b>BAJO</b>	<b>MEDIO</b>	<b>ALTO</b>
<b>CE</b>	<b>&lt;=18</b>	<b>19-26</b>	<b>&gt;= 27</b>
<b>DP</b>	<b>&lt;= 5</b>	<b>6-9</b>	<b>&gt;= 10</b>
<b>RP</b>	<b>&gt;=40</b>	<b>34-39</b>	<b>&lt;=33</b>

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.

1.2. 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:

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

1.3. Se han recogido también los tres niveles del síndrome de burnout: bajo, medio y alto, dependiendo de la

presencia de estos niveles en alguna de las tres dimensiones del síndrome.

1.4. Y por último, presencia del síndrome de burnout como variable dicotómica:

- SI: niveles medios y altos de burnout.
- NO: niveles bajos de burnout

2. Variables independientes, se han considerado:

2.1. Edad, como variable cuantitativa continua. Se ha medido en años cumplidos.

2.2. Número de hijos: variable cuantitativa discreta.

2.3. Estado civil, variable cualitativa con las siguientes categorías:

- Casado/a o con pareja estable.
- Soltero/a.
- Divorciado/a o separado/a y
- Viudo/a.

2.4. Profesión:

- Médico.
- Enfermera.

2.5. Años de antigüedad en la profesión: variable cuantitativa continua.

2.6. Años en el centro de trabajo: variable cuantitativa continua.

2.7. Centro de trabajo:

- Unidades, Centros u Organismos del Ejército de Tierra.
- Unidades, Centros u Organismos del Ejército del Aire.

- Unidades, Centros u Organismos de la Armada.
  - Organismos Centrales de la Defensa.
- 2.8. Tipo de atención sanitaria en el centro de trabajo:
- Atención primaria.
  - Atención especializada.
  - Dirección, asesoramiento, administración o docencia.
- 2.9. Tipo de trabajo:
- Intrahospitalario.
  - Extrahospitalario.
- 2.10. Número de enfermos que atiende diariamente en su centro de trabajo: variable cuantitativa discreta.
- 2.11. Número de horas semanales que trabaja en el centro de trabajo: variable cuantitativa continua.
- 2.12. Número de horas semanales que dedica a tareas domésticas: variable cuantitativa continua.
- 2.13. Porcentaje de su jornada que pasa en interacción con enfermos y/o familiares: variable cuantitativa discreta.
- Ninguno.
  - <25%.
  - 25-50%.
  - 50-75%.
  - >75%.
- 2.14. ¿Ejerce su profesión fuera del ámbito de la Sanidad Militar?. Variable cualitativa dicotomía.
- 2.15. Número de destinos forzosos fuera de su residencia habitual. Variable cuantitativa discreta.

2.16. Número de misiones en el extranjero. Variable cuantitativa discreta.

2.17. Cómputo de tiempo total en las misiones (meses). Variable cuantitativa continúa.

#### **4.5.- RECOGIDA DE DATOS.**

Para la recogida de los datos se ha entregado un sobre a cada participante, en el que se han adjuntado dos cuestionarios autoadministrados: el Maslach Burnout Inventory (MBI) (Anexo 1) y el cuestionario de variables sociodemográficas y laborales (Anexo 2), así como una carta de presentación (Anexo 3), donde se agradecía el consentimiento y la participación en este estudio y se aseguraba la total confidencialidad de los datos. Este sobre ha sido entregado mediante entrevista personal a los médicos y enfermeros destinados en los Organismos Centrales de la Defensa (Hospital Central de la Defensa “Gómez Ulla”, Instituto de Medicina Preventiva de la Defensa “Ramón y Cajal”, Escuela Militar de Sanidad, Cuarteles Generales de los tres Ejércitos, Inspección General de Sanidad...) donde el número de médicos y enfermeros es mayor. Al personal militar destinado en Unidades y Centros del Ejército de Tierra, Aire y Armada donde el número de médicos y enfermeros destinados es más pequeño, las encuestas se han enviado por correo interno, ya que de otra forma no se podía garantizar el anonimato.

En el caso de los Organismos Centrales de la Defensa, se ha realizado una entrevista personal o grupal con los participantes, en la que se ha explicado los motivos y las características del estudio y se ha entregado el sobre con las encuestas, que era recogido al cabo de 10 días de forma anónima y conjunta para los destinados en la misma dependencia.

En las Unidades y Centros de los tres Ejércitos, la entrevista informativa se realizó vía telefónica con cada uno de los responsables de los botiquines de estas Unidades. Se les enviaron los sobres por correo interno y una vez cumplimentados, se recibieron por la misma vía, de

forma anónima, en el servicio de Medicina Preventiva del Hospital “Gómez Ulla”, realizándose un recuerdo telefónico a los 10 días de la primera entrevista.

- Un cuestionario general, de elaboración propia para este trabajo, donde se han recogido variables sociodemográficas y laborales: sexo, edad, número de hijos, estado civil, profesión, años de antigüedad en la profesión, centro de trabajo, años de trabajo en el destino actual, tipo de atención sanitaria en el centro de trabajo, número de enfermos que atiende diariamente en su centro de trabajo, número de horas semanales que trabaja en el centro de trabajo, número de horas semanales que dedica a tareas domésticas, porcentaje de su jornada que pasa en interacción con enfermos y/o familiares, ¿ejerce su profesión fuera del ámbito de la Sanidad Militar?, número de destinos forzosos fuera de su residencia habitual, número de misiones en el extranjero y cómputo de tiempo total en las misiones.
- Maslach Burnout Inventory (MBI), en su versión validada en castellano<sup>107</sup>, 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.

#### **4.6.- ANÁLISIS ESTADÍSTICO.**

El análisis de los datos se ha efectuado utilizando el paquete estadístico SPSS 12.0 para Windows. Se ha realizado un estudio estadístico descriptivo y analítico.

## ESTUDIO DESCRIPTIVO:

1. Valoración de las variables sociodemográficos y laborales: las variables cuantitativas se han presentado con su valor medio y su desviación estándar y las variables cualitativas se han presentado en porcentajes.
2. Valoración de cansancio emocional, despersonalización y falta de realización personal. Se han presentado: a) los valores medios y las desviaciones estándar de las tres dimensiones del síndrome, b) la frecuencia de individuos con grado bajo, medio y alto de CE, DP y FRP y c) la frecuencia de individuos que tienen CE, DP y FRP.
3. Valoración del síndrome de burnout. Se ha valorado: a) la frecuencia de individuos con grado bajo, medio y alto del síndrome, y b) la frecuencia de individuos que tienen burnout.

## ESTUDIO ANALÍTICO.

### ANÁLISIS BIVARIANTE:

1. Para la comparación de variables cualitativas se ha utilizado el test de  $\chi^2$  o la prueba exacta de Fisher, considerando significativa una  $p \leq 0,05$ .
2. 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 Kruskal-Wallis. Se ha considerado significativa una  $p \leq 0,05$ .

### ANÁLISIS MULTIVARIANTE:

1. Se ha realizado regresión logística para cada una de las tres dimensiones del síndrome.
2. También se ha realizado regresión logística para el burnout como variable dependiente cualitativa.

En ambos casos se ha considerado un nivel de significación de  $p \leq 0,05$ .

#### **4.7.- CONSIDERACIONES ÉTICAS.**

Este estudio ha sido aprobado para su realización por la Comisión de Investigación del Hospital Central de la Defensa "Gómez Ulla" con fecha 6 de Octubre de 2004.

Así mismo, se han obtenidos permisos para su realización por parte de las Direcciones de Sanidad del Ejército de Tierra, Aire y Armada, así como por la Inspección General de Sanidad, durante el último trimestre de 2004.

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.

## ***5.- Resultados.***

---



## 5.- RESULTADOS

### 5.1.- DESCRIPCIÓN DE LA POBLACIÓN DE REFERENCIA

Del total de médicos y enfermeros (593) destinados en Unidades, Centros y Organismos (UCO,s) de la Comunidad Autónoma de Madrid, conocemos algunas características sociodemográficas y laborales; el sexo, la profesión, el centro de trabajo (UCO,s del Ejército de Tierra, Aire, Armada y Organismos Centrales de la Defensa) y el tipo de trabajo, intra o extrahospitalario.

En cuanto a la distribución por sexo, el 83,64% de la población de referencia son hombres, y sólo el 16,35% son mujeres.

La gran mayoría de estos médicos y enfermeros, el 66,61%, están destinados en Organismos Centrales de la Defensa (Hospital Central de la Defensa “Gómez Ulla”, Escuela Militar de Sanidad, Instituto de Medicina Preventiva “Ramón y Cajal”, Centro de Instrucción de Medicina Aeroespacial...). En UCO,s del Ejército de Tierra se encuentran destinados el 22,09%, y por último, un menor porcentaje de médicos y enfermeros están prestando sus servicios en UCO,s del Aire, el 6,07%, y de la Armada, el 5,22%.

La distribución de hombres y mujeres según el centro de trabajo se resume en la tabla 1.

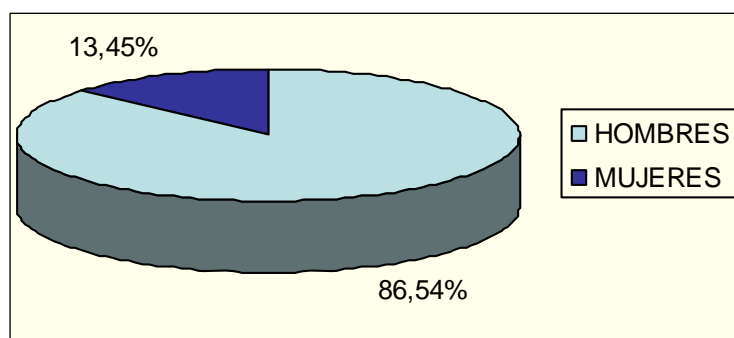
*Tabla 1. Distribución de hombres y mujeres según el centro de trabajo.*

	HOMBRES (N,%)	MUJERES (N,%)	TOTAL (N,%)
<b>UCO,s EJÉRCITO DE TIERRA</b>	103 (78,62)	28 (21,37)	131 (22,09)
<b>UCO,s EJÉRCITO DEL AIRE</b>	30 (83,33)	6 (16,66)	36 (6,07)
<b>UCO,s ARMADA</b>	25 (80,64)	6 (19,35)	31 (5,22)
<b>ORGANISMOS CENTRALES DE LA DEFENSA</b>	338 (85,56)	57 (14,43)	395 (66,61)
<b>TOTAL</b>	496 (83,64)	97 (16,35)	593 (100)

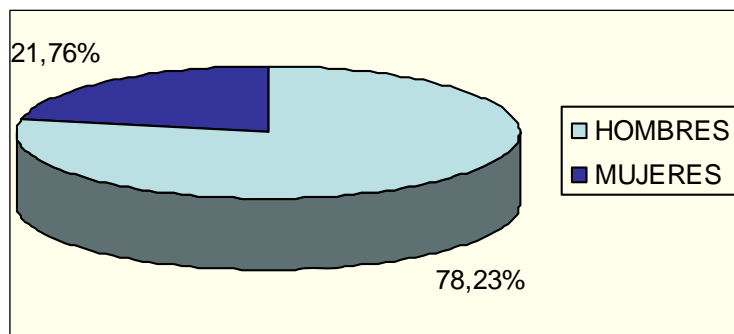
En cuanto a la profesión, la mayoría del personal sanitario destinado en la Comunidad de Madrid son médicos, el 75,21%, mientras que el 34,78% restante son enfermeros.

La distribución de los médicos y enfermeros según el sexo se expone en las figuras 1 y 2.

*Figura 1. Distribución de los médicos por sexo.*



*Figura 2. Distribución de los enfermeros por sexo.*



La distribución de los médicos y enfermeros según el centro de trabajo se recoge en la tabla 2.

Tabla 2. Distribución de los médicos y enfermeros según el centro de trabajo.

	MÉDICOS (N,%)	ENFERMEROS (N,%)	TOTAL (N,%)
UCO,s EJÉRCITO DE TIERRA	61 (13,67)	70 (47,61)	131 (22,09)
UCO,s EJÉRCITO DEL AIRE	17 (3,81)	19 (12,92)	36 (6,07)
UCO,s ARMADA	18 (4,03)	13 (8,84)	31 (5,22)
ORGANISMOS CENTRALES DE LA DEFENSA	350 (78,47)	45 (30,61)	395 (66,61)
<b>TOTAL</b>	<b>446 (75,21)</b>	<b>147 (24,78)</b>	<b>593 (100)</b>

En cuanto al tipo de trabajo algo más de la mitad de los médicos y enfermeros analizados, el 54,63%, realiza un trabajo intrahospitalario, mientras que el 45,36% restante desempeña sus tareas fuera de un hospital.

La proporción de médicos y enfermeros según el tipo de trabajo realizado se presenta en las figuras 3 y 4.

Figura 3. Proporción de médicos y enfermeros que desempeñan un trabajo intrahospitalario.

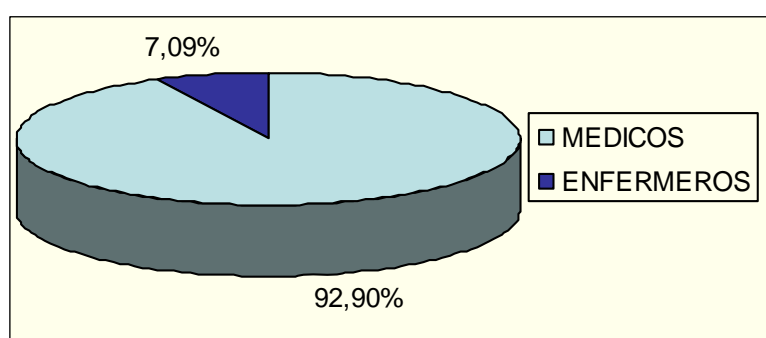
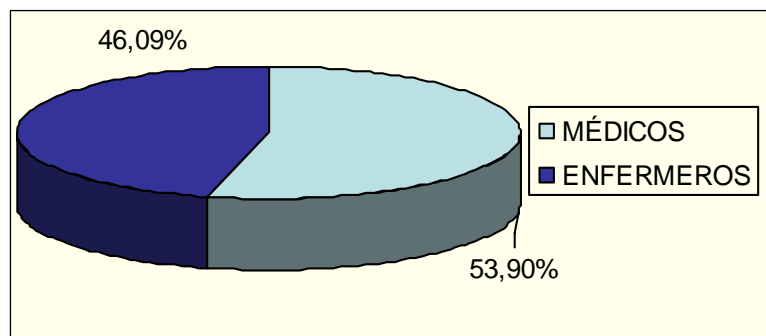


Figura 4. Proporción de médicos y enfermeros que desempeñan un trabajo extrahospitalario.



De los 593 médicos y enfermeros militares destinados en la Comunidad de Madrid, han sido excluidos del estudio 59 profesionales, ya que durante el período 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 534 médicos y enfermeros. De ellos han respondido 338, lo que significa una tasa de respuesta del 63,3%.

De las 338 encuestas recibidas, 7 no han podido ser analizadas por estar mal cumplimentadas, por tanto el trabajo se ha realizado con 331 cuestionarios válidos.

## 5.2.- DESCRIPCIÓN DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO

En lo que se refiere al análisis de las características sociodemográficas y laborales de la población analizada, la primera variable estudiada es el sexo. Esta variable ha sido cumplimentada por la gran mayoría de los profesionales encuestados, el 99,7%, de ellos el 76% son varones, mientras que el 24% restante son mujeres.

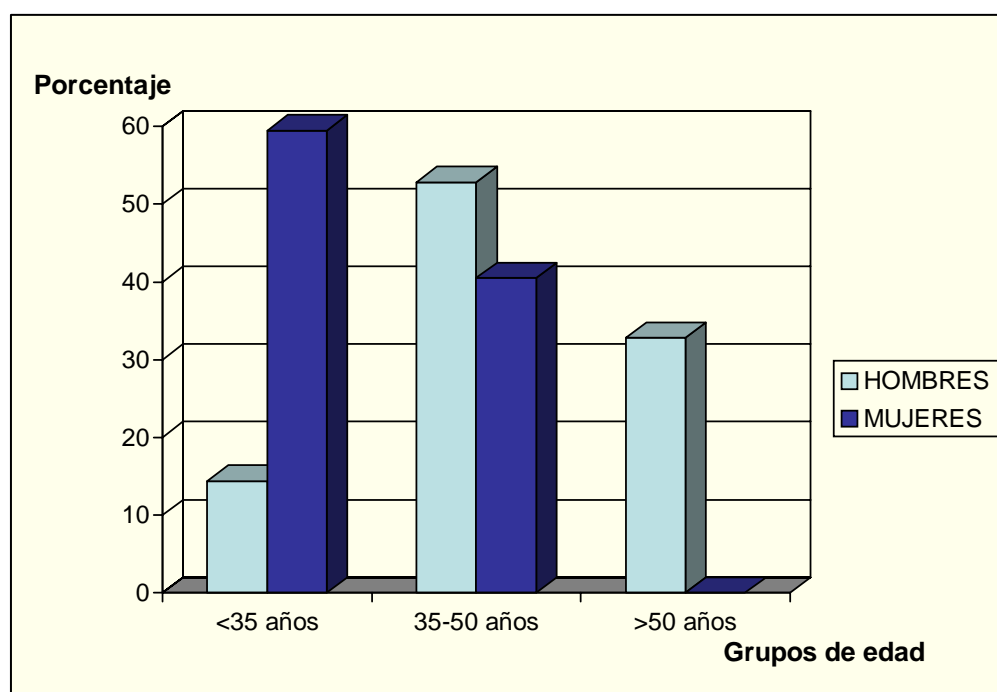
En cuanto a la edad, ha sido cumplimentada por el 99,4% de los profesionales. La edad media es de  $43,30 \pm 9,79$  años, con un mínimo de

22 años y un máximo de 62 años. El 50% de los profesionales estudiados tienen una edad comprendida entre 35 y 50 años, un 25% menor a 35 años, y el 25% restante tienen una edad superior a 50 años.

Los hombres tienen una edad media superior a las mujeres; 46,29±8,92 años en los médicos y enfermeros varones y 33,85±5,51 años en el caso de las mujeres.

La distribución de hombres y mujeres según los grupos de edad se expone en la figura 5.

Figura 5. Distribución de hombres y mujeres por grupos de edad.



Respecto a la variable hijos, ha sido cumplimentada por el 99,7% de los profesionales encuestados, de ellos el 30,3% no tiene hijos, y del 69,7% restante, la mayoría (el 36,4%) tiene 2 hijos, el 14,5% 1 hijo, y el 18,7% tiene 3 o más hijos. La media se sitúa en 1,5 hijos, con un mínimo de 0 y un máximo de 5 hijos.

Igualmente, la variable estado civil ha sido cumplimentada por el 99,7% de los profesionales encuestados. En la distribución según el estado civil, el 75,8% de los sanitarios estudiados están casados o tienen

pareja estable, el 19,7% están solteros, el 4,2% separados o divorciados, y sólo el 0,3% están viudos.

Según la profesión (variable con un grado de cumplimentación del 99,7%), el 70% de la población son médicos y el 30% enfermeros, siendo la media de antigüedad en la profesión de  $19,22 \pm 9,87$  años, con un mínimo de 6 meses y un máximo de 41 años.

La antigüedad en la profesión y las características sociodemográficas, sexo, edad, hijos y estado civil, según la profesión se resumen en la tabla 3.

*Tabla 3. Antigüedad en la profesión y características sociodemográficas en médicos y enfermeros.*

	MÉDICOS	ENFERMEROS
<b>SEXO (N,%)</b>		
▪ Hombres	183 (79)	68 (69,4)
▪ Mujeres	49 (21)	30 (30,6)
<b>EDAD (MEDIA, DS)</b>	45,68±8,46	37,70±10,46
<b>HIJOS (N,%)</b>		
▪ Sin hijos	53 (22,8)	47 (48)
▪ 1 ó 2 hijos	125 (53,9)	43 (43,8)
▪ Más de 2 hijos	54 (23,3)	8 (8,1)
<b>ESTADO CIVIL (N,%)</b>		
▪ Soltero/a	29 (12,5)	36 (36,7)
▪ Casado/a, pareja estable	192 (82,8)	58 (59,2)
▪ Separado/a, divorciado/a	11 (4,7)	3 (3,1)
▪ Viudo/a	0	1 (1)
<b>ANTIGÜEDAD (N,%)</b>		
▪ Menos de 15 años	68 (30,9)	56 (57,1)
▪ Entre 15 y 30 años	117 (50,4)	33 (33,7)
▪ Más de 30 años	35 (15,9)	9 (9,2)

Las variables centro de trabajo, así como tipo de atención sanitaria y tipo de trabajo realizado en el mismo, han tenido un grado de cumplimentación elevado, del 99,7% en los tres casos.

La distribución de los sanitarios militares según el centro de trabajo; Unidades, Centros u Organismos del Ejército de Tierra (UCO,s ET), del Ejército del Aire (UCO,s EA) y de la Armada (UCO,s ARMADA), así como Organismos Centrales de la Defensa y según el tipo de atención sanitaria realizada (atención primaria, atención especializada y dirección, asesoramiento, administración o docencia), se exponen en las figuras 6 y 7.

Figura 6. Distribución de los médicos y enfermeros militares según el centro de trabajo.

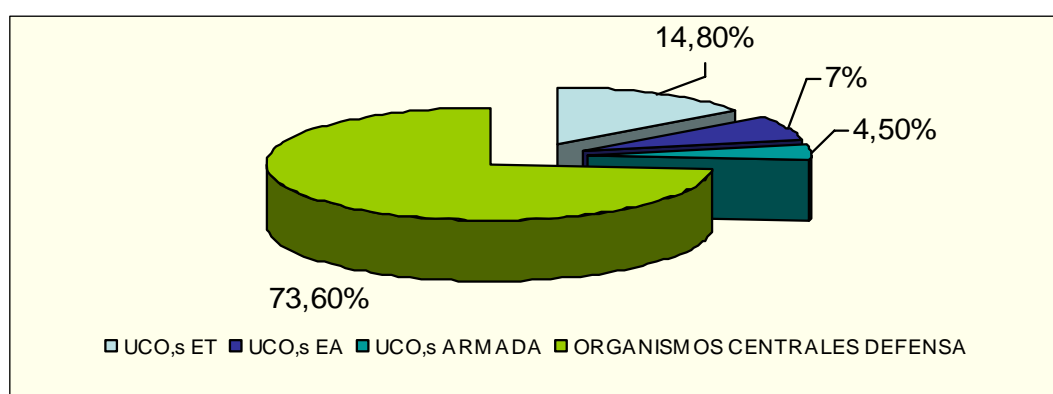
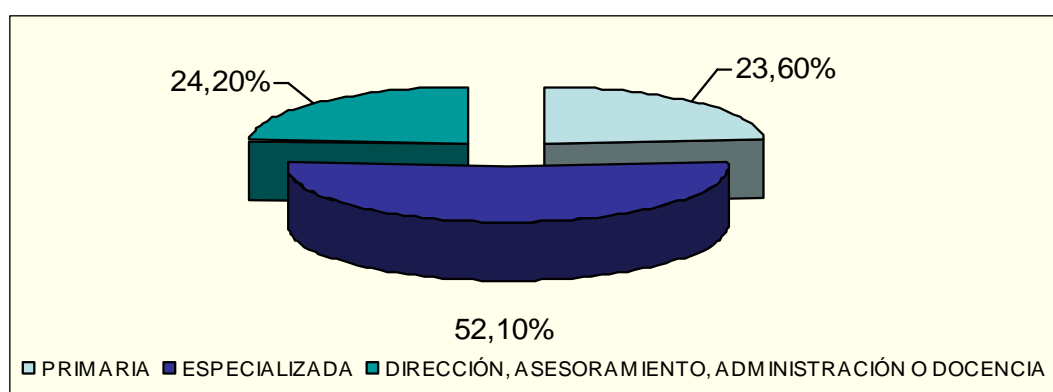


Figura 7. Distribución de los médicos y enfermeros militares según el tipo de atención sanitaria.



La mayor parte de los médicos militares analizados trabaja en Organismos Centrales de la Defensa (OCD), el 80,6%, y realiza atención especializada, el 68%. En el caso de los enfermeros, algo más de la mitad, el 57%, trabaja en Organismos Centrales de la Defensa, y el tipo de atención sanitaria que realizan es fundamentalmente atención primaria

(44%), seguido de dirección, asesoramiento, administración o docencia (42%).

El número de médicos y enfermeros según el centro de trabajo y el tipo de atención sanitaria que realizan se representa en las figuras 8 y 9.

Figura 8. Número de médicos y enfermeros según el centro de trabajo.

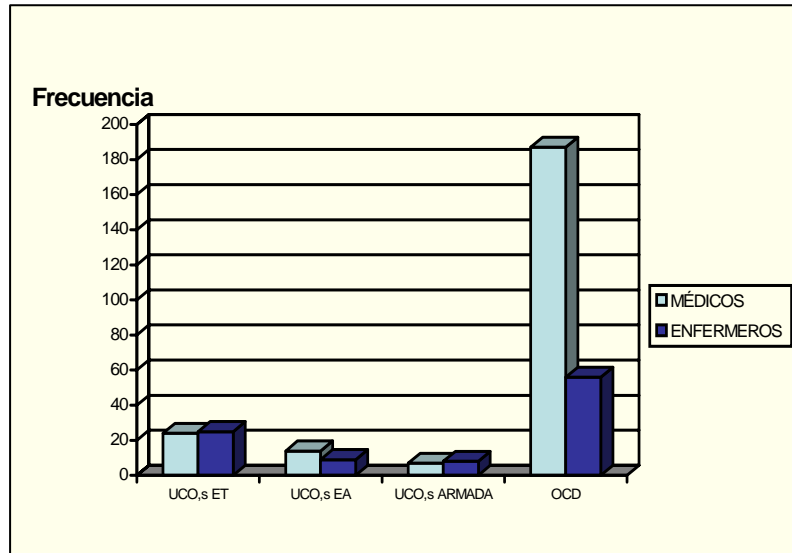
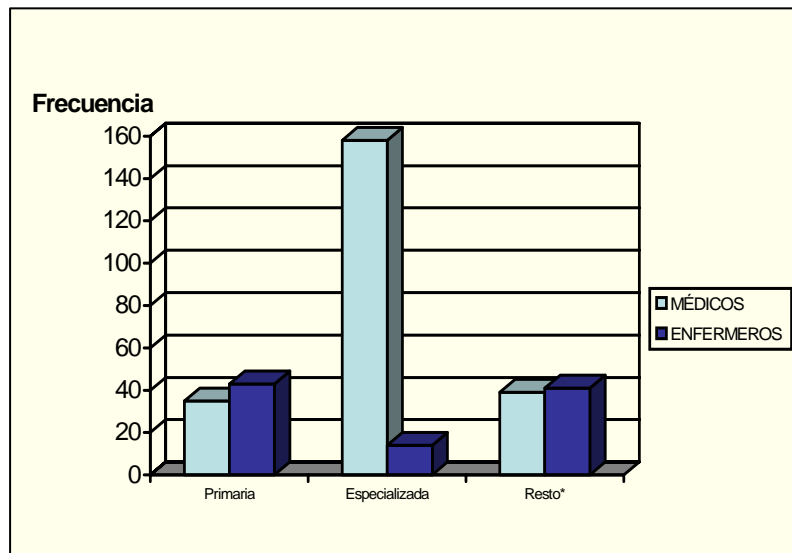


Figura 9. Número de médicos y enfermeros según el tipo de atención sanitaria.



\*Dirección/asesoramiento/administración/docencia

En cuanto al tipo de trabajo realizado, intra o extrahospitalario, el 51,5% de los profesionales sanitarios analizados ejercen su trabajo en un centro hospitalario, mientras que el 48,5% restante lo hacen fuera de un hospital.

---

Así, los profesionales con un tipo de trabajo intrahospitalario son fundamentalmente hombres (81,8%), médicos (91,2%), con una edad comprendida entre 35 y 50 años (60%) y con una antigüedad en la profesión que oscila entre 15 y 30 años (54,3%). Todos ellos trabajan en Organismos Centrales de la Defensa.

Por el contrario, los sanitarios militares que ejercen un trabajo extrahospitalario son fundamentalmente enfermeros (51,9%), hombres (70%), con una edad menor a 35 años (39,6%) y con una antigüedad en la profesión menor a 15 años (50%). El centro de trabajo mayoritario de estos profesionales son los Organismos Centrales de la Defensa (45,6%), seguidos de las Unidades, Centros u Organismos del Ejército de Tierra (30,6%).

El personal que desarrolla su trabajo en un centro hospitalario realiza sobre todo atención especializada (94,7%), sólo el 4,1% se dedica a labores de dirección, asesoramiento, administración o docencia, y el 1,2% realiza atención primaria. Sin embargo, la atención primaria es la más realizada entre los profesionales que desarrollan un trabajo extrahospitalario (47,5%), seguida de labores directivas y administrativas (45,6%), y por último, atención especializada (6,9%).

En cuanto a la variable tiempo de trabajo en el destino actual (grado de cumplimentación del 96,7%), la media es de 7,04 años (con un valor máximo de 32 años), de forma que el 80% de los profesionales estudiados llevan en sus destinos actuales menos de 12 años.

El 56% de los médicos y enfermeros llevan trabajando en su puesto de trabajo actual menos de 5 años, casi el 18% entre 5 y 10 años y algo más del 26% un tiempo superior a 10 años.

Los profesionales que llevan más tiempo en sus destinos actuales son varones (95,2%), médicos (84,5%), destinados en Organismos Centrales de la Defensa (81%), y que ejercen un trabajo intrahospitalario (70,2%).

En la tabla 4 se presentan los datos de la antigüedad en el destino actual en relación con el sexo y con algunas variables laborales como la profesión y el centro y tipo de trabajo.

*Tabla 4. Antigüedad en el destino actual en relación con algunas variables sociodemográficas (sexo) y laborales (profesión, centro y tipo de trabajo).*

	<b>ANTIGÜEDAD EN EL DESTINO ACTUAL (N,%)</b>		
	<i>Menos de 5 años</i>	<i>Entre 5 y 10 años</i>	<i>Más de 10 años</i>
<b>SEXO</b>			
▪ Hombres	119 (66,5)	42 (73,7)	80 (95,2)
▪ Mujeres	60 (33,5)	15 (26,3)	4 (4,8)
<b>PROFESIÓN</b>			
▪ Médicos	113 (63,1)	41 (71,9)	71 (84,5)
▪ Enfermeros	66 (36,9)	16 (28,1)	13 (15,5)
<b>CENTRO DE TRABAJO</b>			
▪ UCO,s Ejército de Tierra	28 (15,6)	13 (22,8)	6 (7,1)
▪ UCO,s Ejército del Aire	5 (2,8)	8 (14)	9 (10,7)
▪ UCO,s Armada	10 (5,6)	2 (3,5)	1 (1,2)
▪ Organismos Centrales de la Defensa	136 (76)	34 (59,6)	68 (81)
<b>TIPO DE TRABAJO</b>			
▪ Intrahospitalario	80 (44,7)	27 (47,4)	59 (70,2)
▪ Extrahospitalario	99 (55,3)	30 (52,6)	25 (29,8)

En lo referente al número de enfermos que los médicos y enfermeros militares atienden diariamente en su centro de trabajo (grado de cumplimentación del 97,6%), la media es de 13,32 enfermos, con un mínimo de 0 y un máximo de 60 pacientes. Así, el 80% de los profesionales analizados atienden a menos de 20 pacientes en su jornada laboral.

De los profesionales que atienden a menos de 10 pacientes al día, el 65,5% son médicos y el 34,5% enfermeros. Sin embargo, entre los profesionales que atienden a más de 20 enfermos diarios la proporción de médicos aumenta (72%) y disminuye la de personal de enfermería (28%).

En las figuras 10, 11 y 12 se presentan el número de enfermos atendidos diariamente en relación con el centro de trabajo; Unidades, Centros y Organismos del Ejército de Tierra (UCO,s ET), del Ejército del

Aire (UCO,s EA), de la Armada (UCO,s Armada) y Organismos Centrales de la Defensa. También en relación con el tipo de atención sanitaria desempeñada (primaria, especializada y dirección, asesoramiento administración o docencia) y con el tipo de trabajo, intra o extrahospitalario.

Figura 10. Número de enfermos atendidos diariamente según el centro de trabajo.

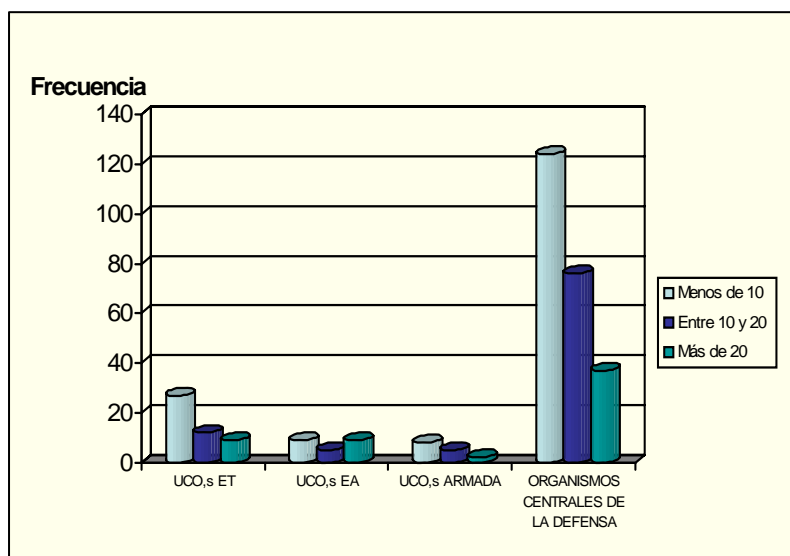
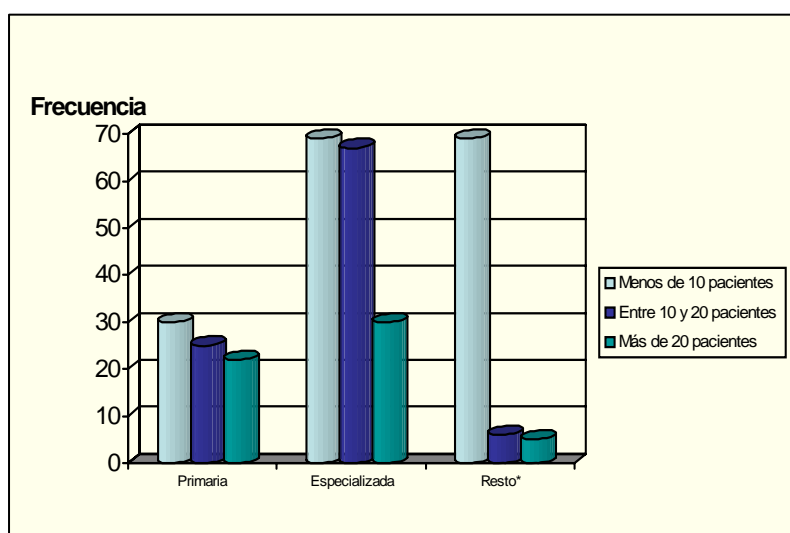
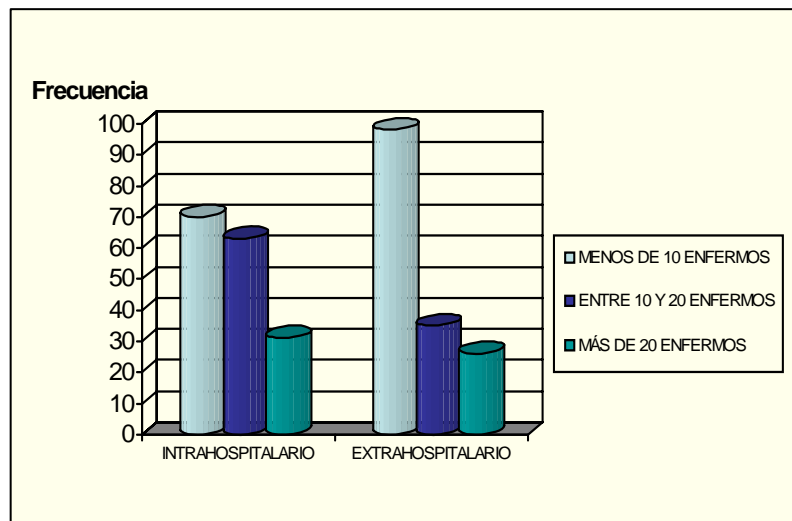


Figura 11. Número de enfermos atendidos diariamente según el tipo de atención sanitaria.



\*Dirección, asesoramiento, administración o docencia

Figura 12. Número de enfermos atendidos diariamente según el tipo de trabajo.



En lo que se refiere a la variable número de horas semanales de trabajo, el grado de cumplimentación ha sido del 99,4%. Para esta variable la media es de 38,5 horas (DS 10,36), de forma que el 44% de los médicos y enfermeros trabajan menos de 35 horas, el 39% entre 35 y 45 horas semanales y el 17% trabajan más de 45 horas a la semana.

En el caso de los varones, el 43,6% trabajan menos de 35 horas a la semana en su centro de trabajo, el 38% trabajan un número de horas semanales comprendidas entre 35 y 45 horas, y algo más del 18% trabajan más de 45 horas a la semana. Para las mujeres, el porcentaje de médicos y enfermeros que trabajan menos de 35 horas semanales es del 44,3%, algo menor (43,5%) para las que trabajan entre 35 y 45 horas y del 12,7% para las que trabajan más de 45 horas semanales.

En cuanto al estado civil, si agrupamos a los profesionales estudiados en dos categorías; casados o con pareja estable y resto del personal, donde se incluyen los solteros, separados/divorciados y viudos, vemos como algo más del 44% de los médicos y enfermeros casados trabajan menos de 35 horas semanales, el 36% entre 35 y 45 horas y aproximadamente un 19% trabajan más de 45 horas a la semana. En la segunda categoría (solteros, separados/divorciados y viudos), los

porcentajes para los que trabajan menos de 35 horas semanales, entre 35 y 45 y más de 45 horas, son del 41,3%, 48,8% y 10%, respectivamente.

Si tenemos en cuenta la profesión de los encuestados, el 45% de los médicos y el 40,8% de los enfermeros trabajan menos de 35 horas a la semana. Entre 35 y 45 horas trabajan el 35,5% de los médicos y el 48% de los enfermeros, y más de 45 horas trabajan el 19,5% de los médicos y el 11,2% de los enfermeros.

Según el centro de trabajo, en las UCO,s del Ejército de Tierra, casi el 60% del personal sanitario trabaja menos de 35 horas semanales, el 36% entre 35 y 45 horas y algo más del 4% más de 45 horas a la semana. En el caso de las Unidades del Ejército del Aire y de la Armada, el 30,4% y el 33,3% trabajan menos de 35 horas semanales, el 56,5% y el 53,3% entre 35 y 45 horas, y en ambos casos algo más del 13% trabajan más de 45 horas a la semana. Y por último, en los Organismos Centrales de la Defensa, el porcentaje de médicos y enfermeros que trabajan menos de 35 horas, entre 35 y 45 horas y más de 45 horas semanales es del 42,6%, 37,2% y 20,2%, respectivamente.

Y en cuanto al tipo de trabajo desarrollado, intra o extrahospitalario, el número de horas semanales trabajadas se distribuye de la siguiente forma; de los profesionales que realizan su trabajo en un centro hospitalario, el 42% trabaja menos de 35 horas semanales, el 31,4% entre 35 y 45 horas y el 26,6% más de 45 horas a la semana. En el caso de los profesionales sanitarios que desarrollan su trabajo fuera de un hospital, los porcentajes son del 45,6%, 47,5% y 6,9%, para los que trabajan menos de 35 horas, entre 35 y 45 horas y más de 45 horas a la semana.

En lo que se refiere a la variable número de horas semanales que el profesional dedica a tareas domésticas (limpieza del hogar, cuidado de los hijos...) el grado de cumplimentación ha sido del 96,7%. La media es de 14,49 horas, de forma que el 80% de los profesionales encuestados dedican menos de 25 horas a estas tareas. Así, el 33,8% de los profesionales encuestados dedican menos de 5 horas semanales a

tareas domésticas, el 35,3% entre 5 y 15 horas y el 30,9% dedica más de 15 horas semanales a tareas del hogar.

Según el sexo, los varones que dedican menos de 5 horas a tareas domésticas, entre 5 y 15 horas y más de 15 horas, es del 36,1%, 38,5% y 25,4%, respectivamente. En el caso de las mujeres, el 26,3% dedica menos de 5 horas a tareas del hogar, el 25% entre 5 y 15 horas y casi el 50% más de 15 horas semanales.

Si tenemos en cuenta si estos profesionales tienen o no hijos, el 50% de los que no tienen hijos dedican menos de 5 horas semanales a tareas domésticas, el 34% entre 5 y 15 horas y el 16% más de 15 horas. En el caso de los médicos y enfermeros con hijos, el 26,4% dedican menos de 5 horas semanales a las tareas domésticas, casi el 36% entre 5 y 15 horas y el 38% dedica más de 15 horas semanales a estas tareas.

Según el estado civil de los encuestados, el 28,2% de los casados o con pareja estable dedican menos de 5 horas a la semana a tareas domésticas, el 37,3% entre 5 y 15 horas y el 34,4% dedican más de 15 horas a estas tareas. En el caso de los solteros, separados/divorciados y viudos, algo más del 50% dedican menos de 5 horas a la semana a las tareas del hogar, el 29% dedican entre 5 y 15 horas y el 20,3% dedican más de 15 horas a la semana a las tareas domésticas.

En las figuras 13 y 14 se expresa la distribución de las horas semanales dedicadas al trabajo y a tareas domésticas en hombres y mujeres.

Figura 13. Distribución de horas semanales dedicadas al trabajo y a tareas domésticas en varones.

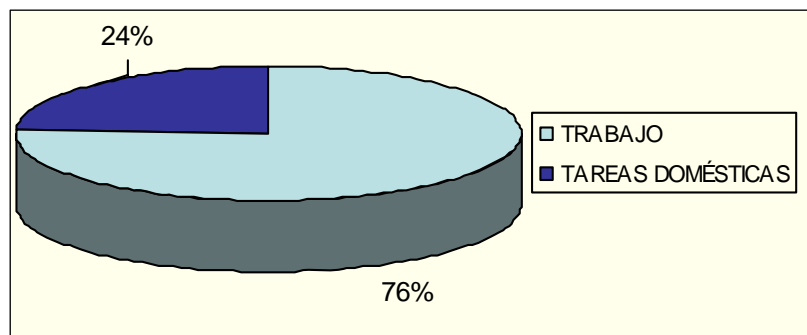
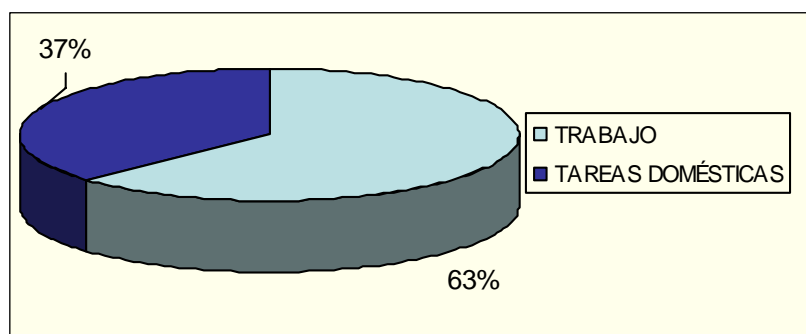


Figura 14. Distribución de horas semanales dedicadas al trabajo y a tareas domésticas en mujeres.



En lo que se refiere a la variable porcentaje de la jornada que el profesional sanitario pasa en interacción con enfermos y/o familiares, el grado de cumplimentación ha sido del 98,8%. El 11,6% de los profesionales encuestados afirma no tener ningún tipo de contacto con enfermos o sus familiares durante su jornada laboral, el 22,3% pasa menos del 25% de su jornada con enfermos o familiares, en el 23,9% de los casos el porcentaje se sitúa entre el 25% y 50%, en el 21,4% el porcentaje de su jornada laboral en contacto con enfermos o familiares está entre el 50% y 75%, y por último, el 20,8% de los casos pasan más del 75% de su jornada en contacto con enfermos o familiares.

Si tenemos en cuenta la profesión, el 11,4% de los médicos no tienen ningún contacto con enfermos o sus familiares durante su jornada laboral. Este porcentaje es del 12,2% en el caso de los enfermeros. El 44,5% de los médicos y el 50% de los enfermeros, pasa menos del 50% de su jornada laboral en contacto con pacientes y sus familias. Y por último, el 44,1% de los médicos y el 37,8% de los enfermeros, pasan más del 50% de su jornada laboral en contacto con enfermos y familiares.

El porcentaje de la jornada laboral que los profesionales pasan en contacto con enfermos y sus familias, según el tipo de atención sanitaria (primaria, especializada y dirección, asesoramiento, administración o docencia) y el tipo de trabajo (intra o extrahospitalario) se resume en la tabla 5.

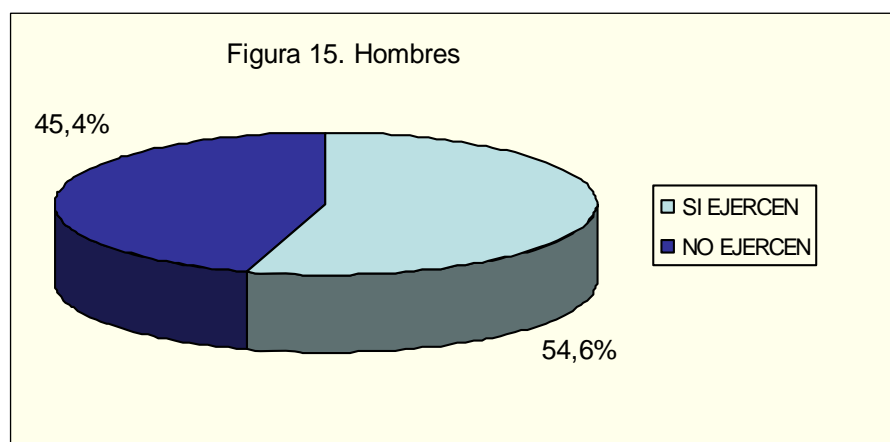
Tabla 5. Porcentaje de la jornada laboral en contacto con pacientes y/o familiares según el tipo de atención sanitaria y el tipo de trabajo.

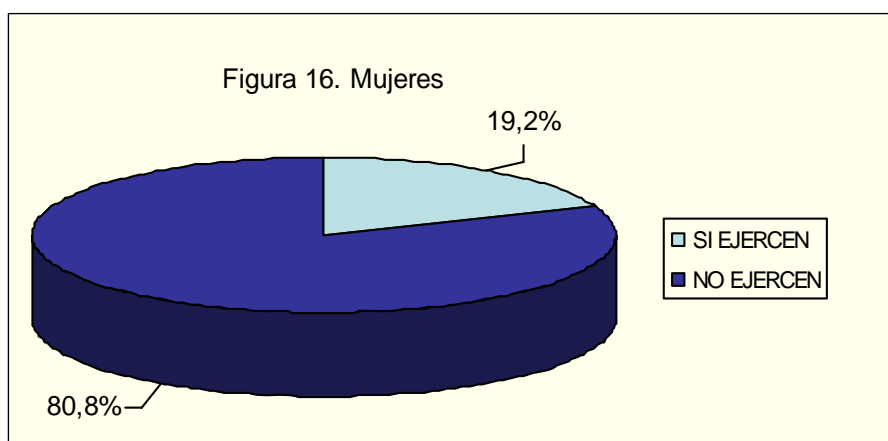
	NINGUNO (N,%)	MENOR AL 50% (N,%)	MAYOR AL 50% (N,%)
<b>TIPO DE ATENCIÓN SANITARIA</b>			
▪ Primaria	2 (2,6)	41 (52,6)	35 (44,9)
▪ Especializada	12 (7,1)	67 (39,6)	90 (53,3)
▪ Dirección, asesoramiento, administración o docencia	24 (30)	43 (53,8)	13 (16,3)
<b>TIPO DE TRABAJO</b>			
▪ Intrahospitalario	12 (7,2)	65 (38,9)	90 (53,9)
▪ Extrahospitalario	26 (16,3)	86 (53,8)	48 (30)

En cuanto al ejercicio de la profesión de medicina o enfermería fuera del ámbito de la Sanidad Militar, el grado de cumplimentación ha sido del 98,8%. El 46,2% de los profesionales encuestados han respondido que si ejercen su profesión fuera de la Sanidad Militar, mientras que el 53,8% ha respondido que no.

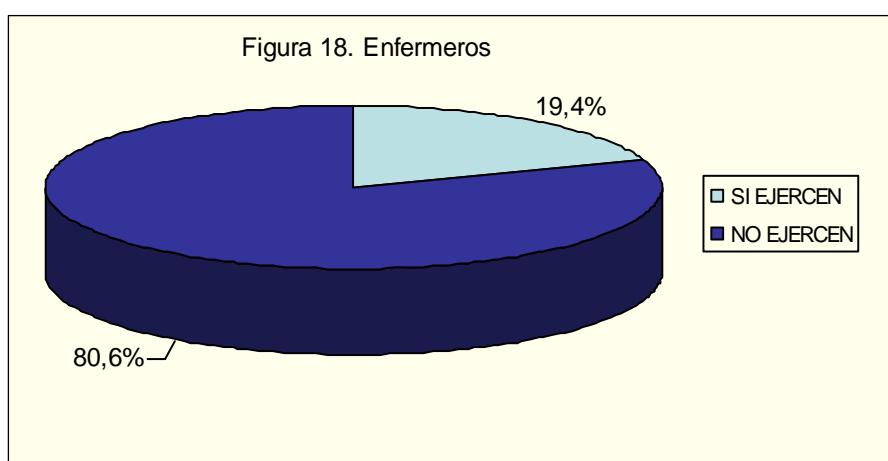
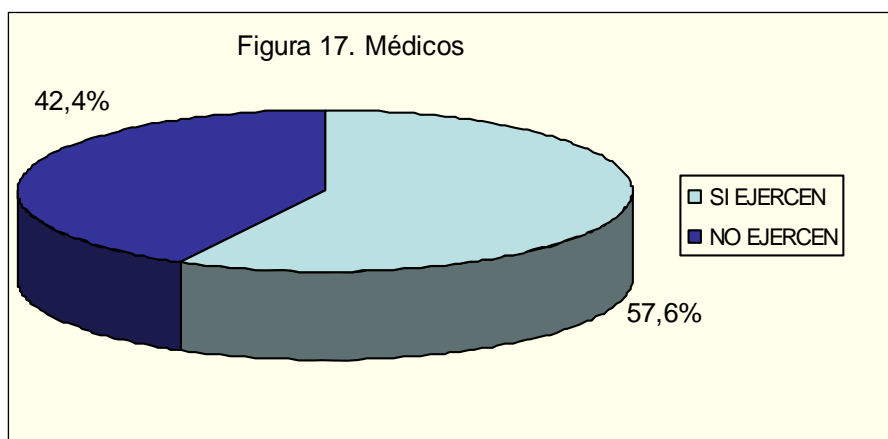
En las figuras 15, 16, 17 y 18 se presentan los profesionales que trabajan fuera del ámbito de la Sanidad Militar según el sexo y la profesión.

Figuras 15 y 16. Porcentaje de hombres y mujeres que ejercen su profesión fuera del ámbito de la Sanidad Militar.





Figuras 17 y 18. Porcentaje de médicos y enfermeros que ejercen su profesión fuera del ámbito de la Sanidad Militar.



En lo que se refiere a las variables propias de la profesión militar; número de destinos forzosos fuera de la residencia habitual de los

profesionales encuestados, número de misiones en el extranjero realizadas y cómputo de tiempo total en las misiones, el grado de cumplimentación ha sido del 99,7%, 99,1% y 99,4%, respectivamente.

En cuanto al número de destinos forzosos que los médicos y enfermeros han tenido fuera de su residencia habitual a lo largo de su carrera militar, la media es de 1,16 destinos, con un mínimo de 0 y un máximo de 10 destinos.

El 44,2% de los profesionales sanitarios no han tenido destinos forzosos a lo largo de su carrera, mientras que el 55,8% restante ha tenido al menos un destino forzoso fuera de su residencia habitual. De estos, algo más del 25% ha tenido 1 destino forzoso, el 14,5% ha tenido 2 destinos, el 8,2% 3 destinos, el 4,5% ha tenido 4 destinos, el 2,1% 5 destinos, el 0,6% 6 destinos y el 0,3% ha tenido 7 y 10 destinos.

Según la profesión, el 55,6% de los médicos y el 56,1% de los enfermeros han tenido destinos forzosos fuera de su residencia habitual.

Según el centro de trabajo, casi el 47% de los profesionales destinados en UCO,s del Ejército de Tierra, el 47,8% de los destinados en UCO,s del Ejército del Aire, el 80% de los destinados en la Armada y casi el 57% de los destinados en Organismos Centrales de la Defensa, han tenido destinos forzosos a lo largo de su carrera militar.

Y por último, según el tipo de trabajo, el 61,2% de los profesionales sanitarios que realizan un tipo de trabajo intrahospitalario y el 50% de los que trabajan fuera de un hospital, han tenido destinos forzosos fuera de su residencia habitual.

En lo que se refiere al número de misiones internacionales realizadas por médicos y enfermeros militares, la media es de 1,12 misiones, con un mínimo de 0 y un máximo de 16 misiones.

El 52,1% de los profesionales encuestados no han realizado misiones internacionales, y del 47,9% restante, el 22,6% ha realizado 1 misión, el 13,7% ha realizado 2 misiones, el 5,5% 3 misiones y el 1,8% ha realizado 4 misiones. El 3% restante ha realizado 5 o más misiones.

La media de tiempo total en las misiones internacionales es de 6,69 meses, de forma que el 75% de los profesionales que ha realizado misiones internacionales, ha estado al menos 9 meses en las mismas.

El número de profesionales que han realizado misiones internacionales y el cómputo de tiempo total en las mismas según la profesión, el centro de trabajo y el tipo de trabajo se presenta en la tabla 6.

*Tabla 6. Profesionales sanitarios que han realizado misiones internacionales y cómputo de tiempo total en las mismas, según la profesión, el centro de trabajo y el tipo de trabajo.*

	NO MISIONES (N,%)	SI MISIONES (N,%)	TIEMPO EN MISIONES (N,%)	
			<6 meses	>6 meses
<b>PROFESIÓN</b>				
▪ Médicos	127 (55,2)	103 (44,8)	29 (28,4)	74 (71,6)
▪ Enfermeros	44 (44,9)	54 (55,1)	10 (18,5)	44 (81,5)
<b>CENTRO DE TRABAJO</b>				
▪ UCO,s Ejército de Tierra	14 (28,6)	35 (71,4)	9 (25,7)	26 (74,3)
▪ UCO,s Ejército del Aire	10 (43,5)	13 (56,5)	5 (38,5)	8 (61,5)
▪ UCO,s Armada	5 (33,3)	10 (66,7)	3 (30)	7 (70)
▪ Organismos Centrales de la Defensa	142 (58,9)	99 (41,1)	22(22,4)	77 (77,6)
<b>TIPO DE TRABAJO</b>				
▪ Intrahospitalario	93 (55)	76 (45)	13 (17,3)	63 (82,7)
▪ Extrahospitalario	78 (49,1)	81 (50,9)	26 (32,1)	56 (67,9)

### **5.2.1.- ESTUDIO DEL BURNOUT Y SUS TRES DIMENSIONES: 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 23,16 (DS 13,34), la despersonalización de 7,94 (DS 6,48) y la falta de realización personal de 12,31(DS 9,79), encuadrándose la media de las tres dimensiones en un nivel medio según los puntos de corte utilizados.

En las figuras 19, 20, 21 y 22 se expone el porcentaje de los niveles bajo, medio y alto del cansancio emocional, despersonalización, falta de realización personal y síndrome de burnout de los profesionales sanitarios estudiados.

Figura 19. Porcentaje de profesionales con niveles bajo, medio y alto de cansancio emocional.

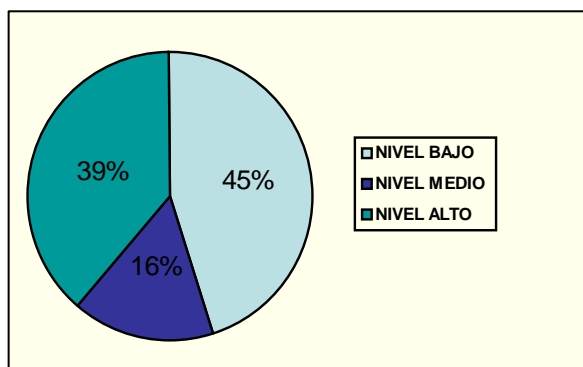


Figura 20. Porcentaje de profesionales con niveles bajo, medio y alto de despersonalización.

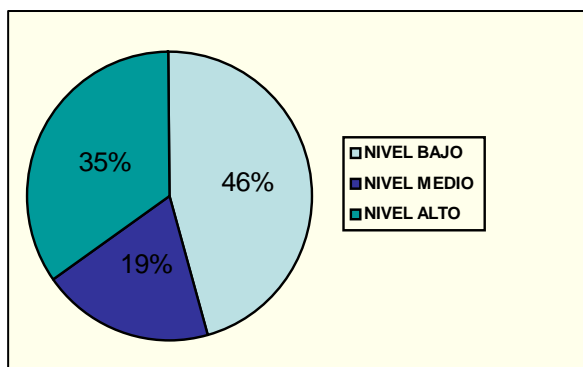


Figura 21. Porcentaje de profesionales con niveles bajo, medio y alto de falta de realización personal.

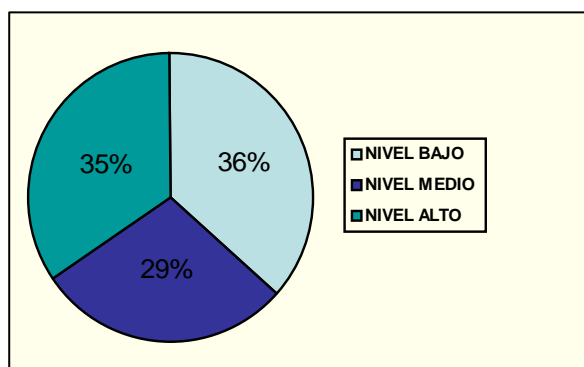
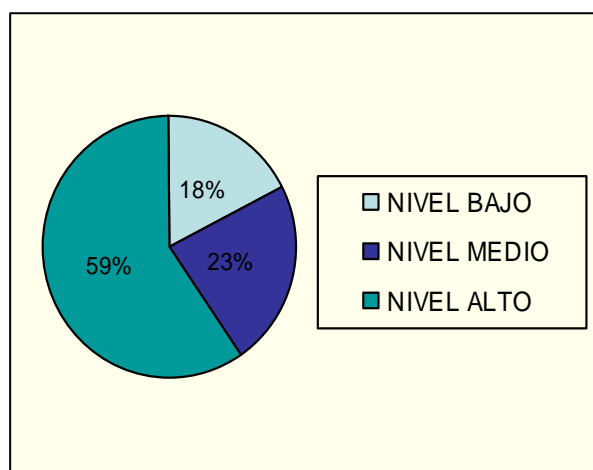


Figura 22. Porcentaje de profesionales con niveles bajo, medio y alto de síndrome de burnout.



Así, si valoramos la presencia de síndrome de burnout y de sus tres dimensiones; cansancio emocional, despersonalización y falta de realización personal, considerando los niveles medio y alto, obtenemos los resultados resumidos en la tabla 7.

Tabla 7. Porcentaje de profesionales con síndrome de burnout, cansancio emocional, despersonalización y falta de realización personal.

	PRESENCIA (N,%)	AUSENCIA (N,%)
<b>CANSANCIO EMOCIONAL</b>	182 (55)	149 (45)
<b>DESPERSONALIZACIÓN</b>	180 (54,4)	151 (45,6)
<b>FALTA DE REALIZACIÓN PERSONAL</b>	210 (63,4)	121 (36,6)
<b>SÍNDROME DE BURNOUT</b>	273 (82,5)	58 (17,5)

Seguidamente exponemos el análisis descriptivo, bivalente y la regresión logística del síndrome de burnout y de sus tres dimensiones.

### 5.3.- CANSANCIO EMOCIONAL.

En primer lugar vamos a analizar las variables sociodemográficas; sexo, edad, hijos y estado civil.

En lo que se refiere al sexo, encontramos que existe asociación entre esta variable y los niveles de cansancio emocional, bajo, medio y

alto, con un valor de  $\chi^2=10,21$  y una significación estadística de  $p=0,006$ . Los resultados aparecen expuestos en la tabla 8.

Tabla 8. Tabla de contingencia: nivel de cansancio emocional y sexo.

CANSANCIO EMOCIONAL		SEXO		Total
		Hombres	Mujeres	
NIVEL BAJO	Recuento	107	42	149
	% del total	32,4%	12,7%	45,2%
NIVEL MEDIO	Recuento	35	18	53
	% del total	10,6%	5,5%	16,1%
NIVEL ALTO	Recuento	109	19	128
	% del total	33%	5,8%	38,8%
TOTAL	Recuento	251	79	330
	% del total	76,1%	23,9%	100%

Considerando los niveles medio y alto como presencia de esta dimensión, del 55% de los profesionales con cansancio emocional, el 43,6% son hombres y algo más del 11% son mujeres. No existe asociación entre la presencia o ausencia de cansancio emocional y el sexo ( $p=0,10$ ).

En cuanto a la edad, encontramos asociación entre los niveles del cansancio emocional (bajo, medio y alto) y las categorías en las que hemos dividido la edad (menores de 35 años, entre 35 y 50 y mayores de 50 años), con un valor de  $\chi^2=12,62$  y de  $p=0,013$ . Los resultados los hemos resumido en la tabla 9.

Tabla 9. Tabla de contingencia: nivel de cansancio emocional y edad.

CANSANCIO EMOCIONAL		EDAD (años)			Total
		Menores de 35	Entre 35 y 50	Mayores 50	
NIVEL BAJO	Recuento	41	68	39	148
	% del total	12,5%	20,7%	11,9%	45,0%
NIVEL MEDIO	Recuento	20	19	14	53
	% del total	6,1%	5,8%	4,3%	16,1%
NIVEL ALTO	Recuento	22	77	29	128
	% del total	6,7%	23,4%	8,8%	38,9%
TOTAL	Recuento	83	164	82	329
	% del total	25,2%	49,8%	24,9%	100,0%

Considerando los niveles medio y alto como presencia de cansancio emocional, de los profesionales que presentan esta dimensión, el 12,8% son menores de 35 años, el 29,2% tienen entre 35 y 50 años, y el 13,1% son mayores de 50 años ( $p=0,42$ ).

En lo que se refiere a los hijos, encontramos asociación con los niveles de cansancio emocional ( $\chi^2=6,11$ ,  $p=0,047$ ). Exponemos los resultados en la tabla 10.

Tabla 10. Tabla de contingencia: niveles de cansancio emocional y ausencia o presencia de hijos.

CANSANCIO EMOCIONAL		HIJOS		
		Ausencia	Presencia	Total
NIVEL BAJO	Recuento	54	95	149
	% del total	16,4%	28,8%	45,2%
NIVEL MEDIO	Recuento	17	36	53
	% del total	5,2%	10,9%	16,1%
NIVEL ALTO	Recuento	29	99	128
	% del total	8,8%	30,0%	38,8%
TOTAL	Recuento	100	230	330
	% del total	30,3%	69,7%	100,0%

Del 55% de los profesionales analizados que presentan cansancio emocional, el 14% no tienen hijos y el 41% restante sí los tienen, y existe asociación entre estas variables ( $p=0,04$ ).

En cuanto estado civil, hemos agrupado las cuatro categorías de esta variable en dos; casados o con pareja estable y resto de categorías, donde se incluyen solteros, divorciados o separados y viudos.

No hemos encontrado asociación entre los niveles del cansancio emocional y el estado civil ( $p=0,53$ ).

De los profesionales con niveles bajos de cansancio emocional, el 33% están casados o tienen pareja estable, y el 12% están solteros, separados/divorciados o viudos.

Del 16% de los médicos y enfermeros con niveles medios de cansancio emocional, el 12% están casados y el 4% restante no lo está. Y por último, del 39% de los profesionales con niveles altos de esta

dimensión, el 30,6% están casados y el 8,4% están solteros, separados/divorciados o viudos.

El 42,7% de los profesionales con cansancio emocional están casados o tienen pareja estable, y algo más del 12% están solteros, separados, divorciados o viudos. No existe asociación entre la presencia o ausencia de cansancio emocional y el estado civil ( $p=0,36$ ).

En la tabla 11 se resumen los valores medios y la significación estadística de las variables sociodemográficas; sexo, edad, hijos y estado civil. Aparecen mayores niveles de cansancio emocional en los varones, con edades comprendidas entre 35 y 50 años que tienen hijos, de forma estadísticamente significativa. Además encontramos una clara tendencia en cuanto al mayor cansancio emocional entre los profesionales que están casados.

Tabla 11. Valor medio y significación estadística del cansancio emocional según las variables sociodemográficas.

	N	MEDIA (DS)	SIGNIFICACIÓN
<b>SEXO</b>			
▪ Hombres	251	24,08±14,08	t=2,73; p=0,007
▪ Mujeres	79	20,11±10,21	
<b>EDAD</b>			
▪ Menores de 35 años	83	20,22±10,97	f=3,56; p=0,029
▪ Entre 35 y 50 años	164	24,92±13,62	
▪ Mayores de 50 años	82	22,57±14,58	
<b>HIJOS</b>			
▪ Presencia	230	24,35±13,77	t=-2,54; p=0,011
▪ Ausencia	100	20,32±11,93	
<b>ESTADO CIVIL</b>			
▪ Casados o con pareja estable	250	23,86±13,59	t=-1,7; p=0,07
▪ Resto (solteros, separados/divorciados y viudos)	80	20,85±12,37	

Si tenemos en cuenta el instrumento de medida del síndrome de burnout, el Maslach Burnout Inventory, la dimensión cansancio emocional se mide según las puntuaciones obtenidas en los ítems 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16 y 20. Los resultados para cada uno de estos ítems según las variables sociodemográficas estudiadas se resumen en la tabla 12.

Tabla 12. Resultados de los ítems de cansancio emocional según sexo, edad, hijos y estado civil.

	SEXO (MEDIA, DS)			EDAD (años) (MEDIA, DS)			Significación
	Hombres	Mujeres	Significación	Menores de 35	Entre 35 y 50	Mayores de 50	
Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo	2,66±1,96	2,52±1,64	p=0,52	2,42±1,69	2,87±1,97	2,38±1,85	p=0,07
Me siento cansado al final de la jornada de trabajo	3,42±1,91	3,43±1,61	p=0,95	3,30±1,75	3,64±1,82	3,15±1,93	p=0,10
Me siento fatigado cuando me levanto por la mañana y tengo que enfrentarme con otro día de trabajo	2,58±2,13	2,58±1,89	p=0,99	2,48±1,55	2,72±2,15	2,44±2,04	p=0,52
Trabajar todo el día con mucha gente es un esfuerzo	3,18±2,03	2,25±1,99	p=0,000	2,73±2,12	3,15±2,02	2,77±2,05	p=0,21
Me siento quemado por mi trabajo	2,96±2,21	2,44±1,96	p=0,05	2,31±1,88	3,17±2,21	2,65±2,20	p=0,009
Me siento frustrado por mi trabajo	2,85±2,23	2,38±2,00	p=0,07	2,40±1,95	2,88±2,20	2,76±2,35	p=0,25
Creo que estoy trabajando demasiado	2,95±2,09	2,35±1,85	p=0,02	2,18±1,78	3,01±2,04	3,07±2,20	p=0,004
Trabajar directamente con las personas me produce estrés	2,11±1,34	1,89±1,44	p=0,000	1,59±1,53	2,16±1,95	1,83±1,79	p=0,05
Me siento acabado	1,37±0,81	1,89±1,25	p=0,003	0,80±1,32	1,31±1,78	1,54±2,07	p=0,02

	HIJOS (MEDIA, DS)			ESTADO CIVIL (MEDIA, DS)			Significación
	Presencia	Ausencia	Significación	Casados/pareja estable	Resto (solteros, separados/divorciados, viudos)	Significación	
Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo	2,77±1,97	2,30±1,63	p=0,02	2,68±1,92	2,48±1,77	p=0,40	
Me siento cansado al final de la jornada de trabajo	3,49±1,93	3,27±1,62	p=0,32	3,49±1,84	3,21±1,84	p=0,24	
Me siento fatigado cuando me levanto por la mañana y tengo que enfrentarme con otro día de trabajo	2,62±2,13	2,50±1,95	p=0,63	2,55,±2,10	2,68±2,01	p=0,64	
Trabajar todo el día con mucha gente es un esfuerzo	3,10±2,04	2,64±2,08	p=0,06	3,00±2,03	2,83±2,55	p=0,51	
Me siento quemado por mi trabajo	3,07±2,21	2,29±1,94	p=0,002	2,96±2,18	2,44±2,08	p=0,06	
Me siento frustrado por mi trabajo	2,94±2,21	2,27±2,07	p=0,01	2,89±2,20	2,26±2,07	p=0,02	
Creo que estoy trabajando demasiado	2,96±2,12	2,46±1,85	p=0,03	2,96±2,07	2,35±1,94	p=0,02	
Trabajar directamente con las personas me produce estrés	2,02±1,88	1,71±1,66	p=0,15	2,00±1,88	1,69±1,60	p=0,17	
Me siento acabado	1,39±1,86	0,88±1,49	p=0,009	1,33±1,83	0,93±1,54	p=0,05	

A continuación analizaremos las variables laborales; profesión y antigüedad en la profesión, centro de trabajo, años de trabajo en el destino actual, tipo de atención sanitaria, tipo de trabajo, número de enfermos atendidos diariamente en el centro de trabajo, número de horas semanales trabajadas en el centro de trabajo, número de horas semanales dedicadas a tareas domésticas, porcentaje la jornada en interacción con enfermos y/o familiares, y ejercicio de la profesión fuera del ámbito de la Sanidad Militar.

En lo referente a la profesión, médico o enfermero, existe asociación con los niveles de cansancio emocional; bajo, medio y alto ( $\chi^2=11,37$ ,  $p=0,03$ ) (tabla 13), al igual que los años de antigüedad en la profesión ( $\chi^2=17,23$ ,  $p=0,002$ ), (tabla 14).

Tabla 13. Tabla de contingencia: nivel de cansancio emocional y profesión.

CANSANCIO EMOCIONAL		PROFESIÓN		
		Médicos	Enfermeros	Total
NIVEL BAJO	Recuento	111	38	149
	% del total	33,64	11,52	45,15
NIVEL MODERADO	Recuento	27	26	53
	% del total	8,18	7,88	16,06
NIVEL ALTO	Recuento	94	34	128
	% del total	28,48	10,30	38,79
TOTAL	Recuento	232	98	330
	% del total	70,30	29,70	100,00

Tabla 14. Tabla de contingencia: nivel de cansancio emocional y años de antigüedad en la profesión.

CANSANCIO EMOCIONAL		AÑOS DE ANTIGÜEDAD EN LA PROFESIÓN			
		Menos de 15	Entre 15 y 30	Más de 30	Total
NIVEL BAJO	Recuento	65	62	18	145
	% del total	20,44	19,50	5,66	45,60
NIVEL MODERADO	Recuento	25	15	11	51
	% del total	7,86	4,72	3,46	16,04
NIVEL ALTO	Recuento	34	73	15	122
	% del total	10,69	22,96	4,72	38,36
TOTAL	Recuento	124	150	44	318
	% del total	38,99	47,17	13,84	100,00

De las personas estudiadas que tienen cansancio emocional, el 36,7% son médicos y el 18,2% son enfermeros, si bien no encontramos asociación entre las variables presencia o ausencia de cansancio emocional y profesión ( $\chi^2=2,28$ ;  $p=0,14$ ).

En el caso de la variable años de antigüedad en la profesión, de los médicos y enfermeros con cansancio emocional, algo más del 18% tienen menos de 15 años de antigüedad, el 27,7% tienen entre 15 y 30 años y algo más del 8% tienen más de 30 años de antigüedad ( $\chi^2=3,81$ ;  $p=0,14$ ).

No hemos encontrado asociación entre las variables centro de trabajo y años de trabajo en el destino actual y los niveles de cansancio emocional ( $\chi^2=0,16$ ;  $p=0,92$  y  $\chi^2=2,94$ ;  $p=0,56$ , respectivamente).

De las personas con niveles bajos de cansancio emocional, el 33,6% trabajan en Organismos Centrales de la Defensa, y el 11,5% en Unidades del Ejército de Tierra, Aire o Armada. En el caso de los niveles medios de esta dimensión, los porcentajes son del 11,5% y del 4,5%, respectivamente. Y de los profesionales con niveles altos de agotamiento, el 28,5% trabajan en Organismos Centrales de la Defensa y el 10,3% en el Unidades de los tres Ejércitos.

En cuanto a la variable años de trabajo en el destino actual, de los profesionales con niveles bajos de agotamiento emocional, algo más del 24% hace menos de 5 años que trabaja en su puesto actual, el 9,1% entre 5 y 10 años, y el 12,5% hace más de 10 años que trabaja en su destino actual. Los porcentajes para los niveles medios de esta dimensión son del 10%, 2,5% y 2,8%, respectivamente. Y para los niveles altos, los porcentajes de profesionales que llevan ejerciendo su trabajo menos de 5 años, entre 5 y 10 años y más de 10 años en su puesto de trabajo actual, son del 21,6%, 6,3% y 10,9%, respectivamente.

Tampoco encontramos asociación entre las variables centro de trabajo y antigüedad en el mismo, y la presencia o ausencia de cansancio emocional ( $\chi^2=0,10$ ;  $p=0,80$  y  $\chi^2=1,05$ ;  $p=0,58$ ).

Otras variables laborales analizadas son el tipo de atención sanitaria en el centro de trabajo (primaria, especializada y dirección,

asesoramiento, administración o docencia) y el tipo de trabajo desempeñado (intra o extrahospitalario). No hemos encontrado asociación entre estas variables y los niveles de cansancio emocional ( $\chi^2=4,76$ ;  $p=0,31$ , para el tipo de atención y  $\chi^2=2,63$ ;  $p=0,26$ , para el tipo de trabajo).

De los profesionales con niveles bajos de cansancio emocional, el 9,4% realizan atención primaria, el 23,6% atención especializada y el 12,1% labores administrativas o docentes. En el caso de los niveles medios, los porcentajes son del 4,2%, 7% y 4,8%, respectivamente. Y para los niveles altos de agotamiento, el 10% de los médicos y enfermeras realizan atención primaria, el 21,5% atención especializada y el 7,3% dirección, asesoramiento, administración o docencia.

En el caso de la variable tipo de trabajo, de los individuos analizados con niveles bajos de cansancio emocional, el 22,7% y el 22,4% realizan trabajos intra y extrahospitalarios, respectivamente. Para los niveles medios de esta dimensión, el porcentaje de personas que desempeñan su trabajo dentro de un hospital es del 7%, y algo más alto (9,1%) para los que desarrollan un trabajo extrahospitalario. Y por último, del total de profesionales con niveles altos de agotamiento, el 21,8% tienen un trabajo intrahospitalario y el 17% extrahospitalario.

Si analizamos estas variables y la presencia o ausencia de cansancio emocional, tampoco encontramos asociación entre ellas ( $\chi^2=1,68$ ;  $p=0,43$ , para el tipo de atención y  $\chi^2=0,15$ ;  $p=0,74$ , para el tipo de trabajo).

De los individuos con cansancio emocional, el 14,2% realizan atención primaria, el 28,5% atención especializada y el 12,1% dirección, asesoramiento, administración o docencia. Y en cuanto al tipo de trabajo, el 28,8% de los profesionales que presentan agotamiento desarrollan un trabajo intrahospitalario, y el 26,1% extrahospitalario.

En cuanto a las variables número de enfermos que estos profesionales atienden diariamente en su centro de trabajo, número de horas semanales que trabajan en el centro de trabajo, número de horas

---

semanales que dedican a tareas domésticas y porcentaje de su jornada en interacción con enfermos o familiares, no hemos encontrado asociación con los niveles de cansancio emocional.

Si analizamos la primera de estas variables (número de enfermos atendidos diariamente en el centro de trabajo), de los profesionales con niveles bajos de cansancio emocional, la mayoría atiende a menos de 10 enfermos al día (24,8%), casi el 15% atiende a un número de enfermos que oscila entre 10 y 20, y un pequeños porcentaje (5,6%) atiende a más de 20 enfermos al día. Los porcentajes para el nivel medio de agotamiento, son del 9%,4% y 3,1%, respectivamente. Y por último, la proporción de individuos que atienden a menos de 10 enfermos/día, entre 10 y 20 enfermos y más de 20 pacientes, entre los que tienen niveles altos de agotamiento es del 10,3% 11,5% y 9%, respectivamente. ( $\chi^2=6,33$ ;  $p=0,17$ ).

Además, para esta variable existe una clara tendencia a la asociación con el cansancio emocional como variable dicotómica ( $\chi^2=5,23$ ;  $p=0,07$ ).

En cuanto al número de horas semanales que el profesional trabaja en su centro de trabajo, de los médicos y enfermeros con niveles bajos de agotamiento, un porcentaje cercano al 20% trabaja menos de 35 horas y entre 35 y 45 horas semanales, y sólo un 5,8% trabaja más de 45 horas. Los porcentajes en los niveles medios son del 7,6%, 6,4% y 2,1%, respectivamente. Y de los profesionales analizados con niveles altos de cansancio emocional, el 16,4% trabaja menos de 35 horas semanales, el 13,1% entre 35 y 45 horas y el 9,1% más de 45 horas. ( $\chi^2=7,15$ ;  $p=0,12$ ).

No encontramos asociación entre esta variable y la presencia o ausencia de cansancio emocional ( $\chi^2=4,27$ ;  $p=0,11$ ).

Otra de las variables analizadas es el número de horas semanales que el profesional dedica a tareas domésticas (limpieza del hogar, cuidado de hijos...). Entre los que tienen niveles bajos de agotamiento, el 31,9% dedica menos de 15 horas semanales a estas tareas, y el 13,1% más de 15 horas. De los que tienen nivel medio de esta dimensión, los

porcentajes son del 10% y 6,6%, respectivamente. Y entre los que tienen niveles altos de cansancio emocional, el 27,2% dedican a tareas domésticas menos de 15 horas, y el 11,3% más de 15 horas a la semana. ( $\chi^2=2,24$ ;  $p=0,32$ ).

Tampoco existe asociación entre esta variable y el cansancio emocional como variable dicotómica ( $\chi^2=0,38$ ;  $p=0,53$ ).

En lo referente al porcentaje que estos profesionales pasan en interacción con enfermos o familiares, existen una clara tendencia a la asociación con los niveles de cansancio emocional ( $\chi^2=8,25$ ;  $p=0,08$ ).

De los médicos y enfermeros con niveles bajos de agotamiento, el 7% no pasa ningún porcentaje de su jornada en interacción con enfermos o familiares, el 22% pasa menos del 50% y el 16,2% pasa más de la mitad de su jornada en interacción con enfermos o familiares de éstos.

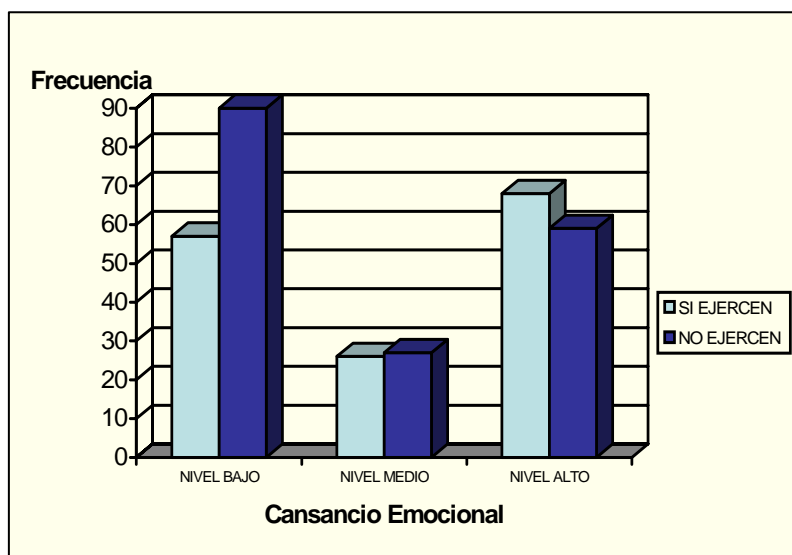
De los profesionales con niveles medios y altos de agotamiento, los porcentajes para los que no tienen ninguna interacción con enfermos o familiares en su jornada laboral, y los que pasan menos del 50% y más del 50% de su jornada en interacción con enfermos/familiares, son de 2,1%, 6,7% y 7,3%, respectivamente (para el nivel medio) y del 2,4%, 17,4% y 18,7%, respectivamente (para el nivel alto).

Sí encontramos asociación para esta variable y la presencia o ausencia de cansancio emocional ( $\chi^2=6,54$ ;  $p=0,03$ ).

Para la pregunta si el profesional estudiado ejerce o no su profesión fuera del ámbito de la Sanidad Militar, encontramos asociación con los niveles de cansancio emocional ( $\chi^2= 6,19$ ;  $p=0,04$ )(Figura 23).

También encontramos asociación de estas variable con la presencia o ausencia de cansancio emocional ( $\chi^2=5,88$ ;  $p=0,01$ ).

Figura 23. Número de médicos y enfermeros con niveles bajo, medio y alto de cansancio emocional según ejercen o no su profesión fuera del ámbito de la Sanidad Militar.



Si analizamos las variables laborales; profesión, años de antigüedad en la profesión, centro de trabajo, años de trabajo en el destino actual, tipo de atención sanitaria en el centro de trabajo, tipo de trabajo, número de enfermos que atiende diariamente en el centro de trabajo, número de horas semanales que trabaja en el centro de trabajo, número de horas semanales que dedica a tareas domésticas, porcentaje de su jornada que pasa en interacción con enfermos o familiares y ejercicio de su profesión fuera del ámbito de la Sanidad Militar, y el cansancio emocional como variable cuantitativa, vemos que los niveles de agotamiento son significativamente mayores en los profesionales con una antigüedad en su profesión que oscila entre 15 y 30 años, que desarrollan atención primaria, que atienden a más de 20 enfermos diariamente, que trabajan más de 45 horas semanales en su centro de trabajo, que pasan más de la mitad de su jornada en interacción con enfermos o familiares y que ejercen su profesión fuera del ámbito de la Sanidad Militar. Además encontramos una clara tendencia al mayor cansancio emocional en aquellos profesionales que desarrollan un trabajo intrahospitalario. Los resultados los resumimos en la tabla 15.

Si tenemos en cuenta los resultados de cada ítem del cansancio emocional en el Malash Burnout Inventory, los valores medios y la significación estadística, con respecto a las variables laborales, los resultados se resumen en la tabla 16.

Tabla 15. Valor medio y significación estadística del cansancio emocional según las variables laborales.

	N	MEDIA (DS)	SIGNIFICACIÓN
<b>PROFESIÓN</b>			
▪ Médico	232	23,19(13,71)	T=0,11;p=0,90
▪ Enfermero	98	23,00(12,51)	
<b>AÑOS ANTIGÜEDAD PROFESIÓN</b>			
▪ Menos de 15	124	20,52(11,58)	F=3,85;p=0,02
▪ Entre 15 y 30	150	24,95(14,46)	
▪ Más de 30	44	23,61(13,11)	
<b>CENTRO DE TRABAJO</b>			
▪ UCO,s Ejército de Tierra	49	24,86(13,09)	F=0,39;p=0,75
▪ UCO,s Ejército del Aire	23	21,65(15,98)	
▪ UCO,s Armada	15	22,20(12,19)	
▪ Organismos Centrales de la Defensa	243	22,98(13,25)	
<b>AÑOS EN EL DESTINO ACTUAL</b>			
▪ Menos de 5	179	23,07(12,58)	F=0,45;p=0,63
▪ Entre 5 y 10	57	21,82(12,72)	
▪ Más de 10	84	24,02(15,58)	
<b>TIPO DE ATENCIÓN SANITARIA</b>			
▪ Atención primaria	78	24,88(13,47)	F=4,64;p=0,01
▪ Atención especializada	172	24,14(13,75)	
▪ Dirección, asesoramiento, administración o docencia	80	19,25(11,65)	
<b>TIPO DE TRABAJO</b>			
▪ Intrahospitalario	170	24,42(13,66)	T=1,81;p=0,07
▪ Extrahospitalario	160	21,76(12,92)	
<b>ENFERMOS ATENDIDOS DIARIAMENTE</b>			
▪ Menos de 10	168	21,36(12,75)	F=4,99;p=0,007
▪ Entre 10 y 20	98	23,13(12,99)	
▪ Más de 20	57	27,75(14,76)	
<b>HORAS SEMANALES TRABAJADAS</b>			
▪ Menos de 35	144	22,24(12,55)	F=6,62;p=0,002
▪ Entre 35 y 45	129	21,47(13,22)	
▪ Más de 45	56	28,79(14,01)	
<b>HORAS SEMANALES DEDICADAS A TAREAS DOMÉSTICAS</b>			
▪ Menos de 5	149	23,13(13,41)	F=0,10;p=0,99
▪ Entre 5 y 15	113	22,89(13,55)	
▪ Más de 15	58	22,98(12,61)	
<b>PORCENTAJE DE LA JORNADA CON ENFERMOS/FAMILIARES</b>			
▪ Ninguno	38	17,58(12,65)	F=6,40;p=0,002
▪ Menos del 50%	151	22,02(12,59)	
▪ Más del 50%	138	25,59(13,70)	
<b>¿EJERCE SU PROFESIÓN FUERA DE LA SANIDAD MILITAR?</b>			
▪ Si	151	25,78(13,48)	t=3,37;p=0,001
▪ No	176	20,89(12,69)	

Tabla 16. Valor medio y significación estadística de cada ítem del cansancio emocional según las variables laborales.

	PROFESIÓN (MEDIA, DS)			ANTIGÜEDAD EN LA PROFESIÓN (años) (MEDIA, DS)			
	Médicos	Enfermeros	Significación	menos de 15	Entre 15 y 30	Más de 30	Significación
Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo	2,59(1,88)	2,71(1,91)	p=0,58	2,44(1,69)	2,79(2,06)	2,4581(,67)	p=0,24
Me siento cansado al final de la jornada de trabajo	3,37(1,84)	3,55(1,84)	p=0,40	3,31(1,66)	3,43(1,99)	3,43(1,83)	p=0,85
Me siento fatigado cuando me levanto por la mañana y tengo que enfrentarme con otro día de trabajo	2,53(2,06)	2,70(2,12)	p=0,48	2,49(1,98)	2,59(2,14)	2,70(2,15)	p=0,83
Trabajar todo el día con mucha gente es un esfuerzo	2,94(2,02)	2,99(2,17)	p=0,85	2,81(2,12)	3,15(2,01)	2,75(2,02)	p=0,30
Me siento quemado por mi trabajo	2,80(2,19)	2,91(2,10)	p=0,68	2,32(1,97)	3,25(2,27)	2,89(2,06)	p=0,0002
Me siento frustrado por mi trabajo	2,73(2,21)	2,77(2,14)	p=0,88	2,23(1,98)	3,07(2,30)	3,02(2,22)	p=0,0004
Creo que estoy trabajando demasiado	2,99(2,08)	2,38(1,92)	p=0,01	2,50(1,91)	2,96(2,11)	2,95(2,19)	p=0,15
Trabajar directamente con las personas me produce estrés	1,95(1,82)	1,87(1,83)	p=0,69	1,66(1,67)	2,22(1,91)	1,75(1,80)	p=0,31
Me siento acabado	1,28(1,81)	1,12(1,68)	p=0,46	0,75(1,27)	1,49(1,93)	1,66(2,07)	p=0,01

	CENTRO DE TRABAJO (MEDIA, DS)			TRABAJO DESTINO ACTUAL (años) (MEDIA, DS)					
	UCO,s ET*	UCO,s EA**	UCO,s Armada	OCD***	S	Menos de 5	Entre 5 y 10	Más de 10	S
Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo	2,86(1,91)	2,43(2,17)	2,20(2,07)	2,63(1,85)	p=0,63	2,61(1,76)	2,74(1,92)	2,57(2,11)	p=0,87
Me siento cansado al final de la jornada de trabajo	3,57(1,87)	3,30(1,94)	2,73(2,49)	3,44(1,79)	p=0,47	3,51(1,78)	3,32(1,75)	3,32(2,01)	p=0,64
Me siento fatigado cuando me levanto por la mañana y tengo que enfrentarme con otro día de trabajo	2,78(1,90)	2,52(2,44)	2,60(2,55)	2,55(2,05)	p=0,91	2,66(1,98)	1,49(2,03)	2,39(2,30)	p=0,60
Trabajar todo el día con mucha gente es un esfuerzo	3,35(2,00)	2,61(2,27)	2,07(1,75)	2,97(2,06)	p=0,15	3,00(2,05)	2,79(1,94)	3,04(2,16)	p=0,75
Me siento quemado por mi trabajo	3,24(2,10)	2,74(2,50)	3,40(2,16)	2,72(2,14)	p=0,32	2,78(2,10)	2,72(2,25)	3,07(2,29)	p=0,53
Me siento frustrado por mi trabajo	3,06(2,30)	2,43(2,33)	3,67(2,32)	2,65(2,13)	p=0,20	2,75(2,11)	2,39(2,22)	2,90(2,34)	p=0,37
Creo que estoy trabajando demasiado	2,94(2,01)	2,61(1,94)	2,40(1,99)	2,83(2,08)	p=0,79	2,69(1,97)	2,79(2,03)	3,06(2,29)	p=0,39
Trabajar directamente con las personas me produce estrés	2,00(1,91)	1,91(1,73)	1,60(2,02)	1,93(1,81)	p=0,90	1,98(1,74)	1,68(1,83)	1,96(1,94)	p=0,55
Me siento acabado	1,06(1,78)	1,09(1,85)	1,53(1,88)	1,26(1,76)	p=0,77	1,09(1,56)	0,91(1,59)	1,70(2,15)	p=0,01

Tabla 16 (continuación). Valor medio y significación estadística de cada ítem del cansancio emocional según las variables laborales.

	TIPO DE TRABAJO (MEDIA, DS)			TIPO DE ATENCIÓN SANITARIA (MEDIA, DS)			Significación
	Intrahospitalario	Extrahospitalario	Significación	Primaria	Especializada	Administrativa	
Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo	2,79(1,93)	2,45(1,82)	p=0,09	2,78(1,98)	2,80(1,93)	2,10(1,61)	p=0,01
Me siento cansado al final de la jornada de trabajo	3,58(1,73)	3,25(1,94)	p=0,10	3,56(1,98)	3,53(1,76)	3,04(1,85)	p=0,10
Me siento fatigado cuando me levanto por la mañana y tengo que enfrentarme con otro día de trabajo	2,71(2,10)	2,45(2,04)	p=0,26	2,82(2,16)	2,70(2,10)	2,10(1,87)	p=0,05
Trabajar todo el día con mucha gente es un esfuerzo	2,98(2,03)	2,94(2,09)	p=0,86	3,18(2,10)	2,94(2,03)	2,79(2,08)	p=0,48
Me siento quemado por mi trabajo	2,98(2,22)	2,68(2,09)	p=0,19	3,47(2,13)	2,89(2,25)	2,09(1,77)	p=0,000
Me siento frustrado por mi trabajo	2,90(2,20)	2,57(2,16)	p=0,17	3,18(2,33)	2,83(2,19)	2,13(1,90)	p=0,007
Creo que estoy trabajando demasiado	3,01(2,11)	2,59(1,97)	p=0,06	2,76(2,09)	2,98(2,07)	2,49(1,96)	p=0,19
Trabajar directamente con las personas me produce estrés	2,02(1,90)	1,83(1,73)	p=0,32	2,00(1,92)	2,06(1,90)	1,58(1,49)	p=0,13
Me siento acabado	1,44(1,89)	1,01(1,61)	p=0,02	1,13(1,81)	1,41(1,88)	0,95(1,93)	p=0,13

	NÚMERO DE ENFERMOS ATENDIDOS (MEDIA, DS)				HORAS SEMANALES TRABAJADAS (MEDIA, DS)				Significación
	Menos de 10	Entre 10 y 20	Más de 20	Significación	Menos de 35	Entre 35 y 45	Más de 45		
Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo	2,39(1,78)	2,55(1,91)	3,33(1,97)	p=0,04	2,49(1,84)	2,43(1,82)	3,38(1,95)	p=0,004	
Me siento cansado al final de la jornada de trabajo	3,13(1,88)	3,56(1,71)	3,89(1,86)	p=0,01	3,25(1,76)	3,22(1,95)	4,27(1,54)	p=0,001	
Me siento fatigado cuando me levanto por la mañana y tengo que enfrentarme con otro día de trabajo	2,51(2,03)	2,52(2,06)	2,89(2,25)	p=0,45	2,60(2,03)	2,40(2,08)	2,93(2,18)	p=0,28	
Trabajar todo el día con mucha gente es un esfuerzo	2,76(2,10)	2,98(1,93)	3,51(2,07)	p=0,06	2,88(2,10)	2,76(2,07)	3,55(1,79)	p=0,04	
Me siento quemado por mi trabajo	2,49(2,04)	2,98(2,31)	3,51(2,07)	p=0,006	2,69(2,06)	2,67(2,18)	3,52(2,26)	p=0,03	
Me siento frustrado por mi trabajo	2,62(2,10)	2,62(2,28)	3,21(2,24)	p=0,18	2,62(2,13)	2,67(2,26)	3,14(2,12)	p=0,29	
Creo que estoy trabajando demasiado	2,44(1,91)	2,89(2,15)	3,70(2,05)	p=0,000	2,64(2,06)	2,57(1,96)	3,79(1,99)	p=0,000	
Trabajar directamente con las personas me produce estrés	1,89(1,76)	1,86(1,79)	2,11(2,04)	p=0,69	1,99(1,89)	1,63(1,64)	2,39(1,87)	p=0,02	
Me siento acabado	1,14(1,66)	1,17(1,75)	1,61(2,05)	p=0,20	1,08(1,62)	1,11(1,77)	1,82(1,93)	p=0,01	

Tabla 16 (continuación). Valor medio y significación estadística de cada ítem del cansancio emocional según las variables laborales.

	HORAS SEMANALES TAREAS DOMÉSTICAS (MEDIA, DS)			PORCENTAJE JORNADA CON ENFERMOS/FAMILIARES (MEDIA, DS)			Significación
	Menos de 5	Entre 5 y 15	Más de 15	Ninguno	Menos del 50%	Más del 50%	
Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo	2,60(1,85)	2,53(1,88)	2,73(1,91)	1,82(1,59)	2,46(1,78)	3,00(1,98)	<b>p=0,001</b>
Me siento cansado al final de la jornada de trabajo	3,52(1,96)	3,38(1,75)	3,35(1,83)	2,84(1,88)	3,33(1,74)	3,66(1,91)	p=0,41
Me siento fatigado cuando me levanto por la mañana y tengo que enfrentarme con otro día de trabajo	2,51(2,04)	2,50(1,99)	2,75(2,22)	2,08(2,12)	2,56(1,97)	2,72(2,18)	p=0,23
Trabajar todo el día con mucha gente es un esfuerzo	2,88(2,12)	3,05(2,01)	2,90(2,05)	2,50(2,07)	2,75(2,05)	3,30(2,03)	p=0,29
Me siento quemado por mi trabajo	2,74(2,12)	2,79(2,13)	2,87(2,21)	1,87(1,93)	2,66(2,11)	2,96(2,26)	<b>p=0,01</b>
Me siento frustrado por mi trabajo	2,70(2,14)	2,61(2,14)	2,86(2,26)	2,00(2,02)	2,68(2,11)	2,96(2,26)	p=0,52
Creo que estoy trabajando demasiado	2,89(2,20)	2,94(2,04)	2,54(1,92)	2,16(1,95)	2,48(1,86)	3,33(2,17)	<b>p=0,000</b>
Trabajar directamente con las personas me produce estrés	1,92(1,89)	1,97(1,82)	1,89(1,78)	1,39(1,63)	1,96(1,73)	2,01(1,94)	p=0,16
Me siento acabado	1,26(1,84)	1,12(1,69)	1,28(1,78)	0,92(1,69)	1,14(1,72)	1,39(1,81)	p=0,25

**EJERCICIO DE LA PROFESIÓN FUERA DE LA S.M\*\*\*\***

	SI	NO	Significación
Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo	2,88(1,91)	2,41(1,83)	<b>p=0,001</b>
Me siento cansado al final de la jornada de trabajo	3,70(1,79)	3,18(1,86)	<b>p=0,04</b>
Me siento fatigado cuando me levanto por la mañana y tengo que enfrentarme con otro día de trabajo	2,70(2,07)	2,49(2,08)	p=0,23
Trabajar todo el día con mucha gente es un esfuerzo	3,32(1,97)	2,65(2,08)	<b>p=0,02</b>
Me siento quemado por mi trabajo	3,20(2,16)	2,53(2,10)	<b>p=0,001</b>
Me siento frustrado por mi trabajo	2,93(2,18)	2,59(2,17)	<b>p=0,05</b>
Creo que estoy trabajando demasiado	3,36(2,11)	2,34(1,88)	<b>p=0,000</b>
Trabajar directamente con las personas me produce estrés	2,26(1,86)	1,64(1,72)	p=0,16
Me siento acabado	1,42(1,83)	1,06(1,67)	p=0,25

\*UCO.s Ejército de Tierra, \*\*UCO.s Ejército del Aire, \*\*\*Organismos Centrales de la Defensa, \*\*\*\*Sanidad Militar.

En lo que se refiere a las variables laborales específicas del ámbito militar; número de destinos forzosos fuera de la residencia habitual, número de misiones en el extranjero y cómputo del tiempo total en misiones, no encontramos diferencias significativas en cuanto al nivel de cansancio emocional. Encontramos mayores niveles de esta dimensión en los profesionales que no han tenido destinos forzosos fuera de su residencia habitual, que han realizado misiones internacionales, y que tienen un cómputo de tiempo total en las misiones mayor a 6 meses. Los resultados los resumimos en la tabla 17.

Tabla 17. Valor medio y significación estadística del cansancio emocional según las variables laborales específicas del ámbito de la Sanidad Militar.

	N	MEDIA (DS)	SIGNIFICACIÓN
<b>DESTINOS FORZOSOS</b>			
▪ Si	184	22,95(13,06)	t=0,28;p=0,77
▪ No	146	23,36(13,75)	
<b>ASISTENCIA A MISIONES</b>			
▪ Si	157	24,02(13,81)	t=-1,19;p=0,23
▪ No	171	22,25(12,95)	
<b>TIEMPO EN MISIONES</b>			
▪ Menos de 6 meses	39	23,95(14,21)	t=-0,10;p=0,92
▪ Más de 6 meses	117	24,21(13,69)	

Tampoco encontramos asociación entre estas variables y los niveles de cansancio emocional; bajo, medio y alto.

De los profesionales analizados con niveles bajos de cansancio emocional, un 19,1% no han tenido destinos forzosos fuera de su residencia habitual y un 26,1% si los han tenido. Los porcentajes en los niveles medios son del 7,3% y 8,8%, respectivamente, y en los niveles altos de agotamiento del 17,9% y 20,9%, respectivamente ( $\chi^2=0,43$ ;  $p=0,80$ ).

Tampoco encontramos asociación entre la variable destinos forzosos y la presencia o ausencia de cansancio emocional ( $\chi^2=0,42$ ;  $p=0,51$ ).

En el caso de la variable realización o no de misiones internacionales, de los profesionales con niveles bajos de agotamiento, el 23,5% no ha realizado misiones y el 22% si las ha realizado. Para los niveles medio y alto, los porcentajes son del 9,1% y 6,7%, respectivamente (nivel medio) y 19,5% y 19,2%, respectivamente (nivel alto) ( $\chi^2=0,81$ ;  $p=0,66$ ).

No encontramos asociación para esta variable y la presencia o ausencia de cansancio emocional ( $\chi^2=0,02$ ,  $p=0,88$ ).

Si tenemos en cuenta los ítems del Malash Burnout Inventory en la dimensión cansancio emocional, los resultados respecto a las variables laborales específicas del ámbito de la Sanidad Militar se resumen en la tabla 18.

Tabla 18. Valor medio y significación estadística de cada ítem de la dimensión cansancio emocional, según las variables laborales específicas de la Sanidad Militar.

	DESTINOS FORZOSOS (MEDIA, DS)			ASISTENCIA A MISIONES (MEDIA, DS)		
	No	Si	Significación	No	Si	Significación
Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo	2,59(1,92)	2,66(1,86)	p=0,74	2,44(1,87)	2,83(1,89)	p=0,06
Me siento cansado al final de la jornada de trabajo	3,38(1,93)	3,46(1,78)	p=0,69	3,23(1,90)	3,61(1,77)	p=0,06
Me siento fatigado cuando me levanto por la mañana y tengo que enfrentarme con otro día de trabajo	2,81(2,15)	2,40(2,00)	p=0,07	2,47(2,07)	2,91(2,06)	p=0,27
Trabajar todo el día con mucha gente es un esfuerzo	3,12(2,11)	2,83(2,01)	p=0,21	2,99(2,07)	2,91(2,06)	p=0,71
Me siento quemado por mi trabajo	2,84(2,18)	2,83(2,15)	p=0,94	2,63(2,12)	3,04(2,20)	p=0,08
Me siento frustrado por mi trabajo	2,77(2,15)	2,72(2,22)	p=0,83	2,74(2,17)	2,73(2,21)	p=0,96
Creo que estoy trabajando demasiado	2,68(2,12)	2,91(1,99)	p=0,32	2,59(2,09)	3,03(1,98)	p=0,05
Trabajar directamente con las personas me produce estrés	1,95(1,85)	1,91(1,80)	p=0,87	1,95(1,80)	1,91(1,85)	p=0,85
Me siento acabado	1,23(1,85)	1,23(1,71)	p=0,99	1,20(1,70)	1,24(1,84)	p=0,87

	TIEMPO EN MISIONES (MEDIA, DS)		
	Menos de 6 meses	Más de 6 meses	Significación
Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo	2,95(1,91)	2,79(1,90)	p=0,66
Me siento cansado al final de la jornada de trabajo	3,51(1,87)	3,66(1,74)	p=0,66
Me siento fatigado cuando me levanto por la mañana y tengo que enfrentarme con otro día de trabajo	2,77(2,05)	2,74(2,09)	p=0,92
Trabajar todo el día con mucha gente es un esfuerzo	3,08(2,16)	2,88(2,02)	p=0,60
Me siento quemado por mi trabajo	2,82(2,22)	3,15(2,19)	p=0,42
Me siento frustrado por mi trabajo	2,62(2,26)	2,79(2,20)	p=0,67
Creo que estoy trabajando demasiado	3,18(2,07)	2,99(1,96)	p=0,61
Trabajar directamente con las personas me produce estrés	1,95(1,82)	1,91(1,87)	p=0,92
Me siento acabado	1,08(1,78)	1,30(1,86)	p=0,51

---

Para terminar con el análisis de la dimensión cansancio emocional, exponemos los resultados de la regresión logística (tabla 19).

En lo referente a las variables sociodemográficas, hemos encontrado una asociación estadísticamente significativa con la edad, de forma que el cansancio emocional disminuye con la edad; es aproximadamente 3 veces superior en los profesionales menores de 35 años, y 2 veces mayor en los profesionales entre 35 y 50 años, que en los mayores de 50 años (categoría tomada como referencia).

En cuanto a las variables laborales, encontramos resultados significativos con la profesión, años de antigüedad en la profesión, años de trabajo en el destino actual, número de enfermos atendidos diariamente, porcentaje de la jornada laboral en interacción con enfermos y/o familiares, y ejercicio de la profesión fuera del ámbito de la Sanidad Militar.

Así, en la profesión, encontramos casi el doble de cansancio emocional en los enfermeros que en los médicos.

En la variable años de antigüedad en la profesión, vemos como el hecho de tener menos de 15 años de antigüedad es un factor protector frente al cansancio emocional.

En cuanto a los años de trabajo en el destino actual, encontramos mayor cansancio emocional en el personal que lleva un menor tiempo de trabajo en su destino actual (menos de 5 años), con respecto a los que llevan más de 10 años en su trabajo actual (OR=2,1).

En lo que se refiere a la variable número de enfermos atendidos diariamente, el hecho de atender entre 10 y 20 enfermos/día es un factor protector frente al agotamiento emocional.

Existe una clara tendencia, en el sentido de mayor cansancio emocional, en aquellos profesionales que pasan más del 50% de su jornada laboral en contacto con enfermos o familiares (OR=2,3).

Por último, en la variable ejercicio de la profesión fuera del ámbito de la Sanidad Militar, hemos encontrado mayor cansancio emocional en

aquellos profesionales que sí ejercen fuera del ámbito de las Fuerzas Armadas (OR=2,3).

Tabla 19. Resultados de la regresión logística del cansancio emocional respecto a las variables sociodemográficas y laborales.

	WALD	SIGNIFICACIÓN	OR	I.C. 95%	
				Inferior	Superior
<b>SEXO</b> (categoría referencia: hombre)					
▪ Mujer	0,19	0,65	1,17	0,58	2,36
<b>EDAD</b> (categoría referencia: mayores de 50 años)					
▪ Menores de 35 años	3,76	0,05	3,46	0,98	12,13
▪ Entre 35 y 50 años	5,07	0,02	2,67	1,13	6,30
<b>PROFESIÓN</b> (categoría referencia: médico)					
▪ Enfermero	4,74	0,02	1,97	1,07	3,65
<b>AÑOS DE ANTIGÜEDAD EN LA PROFESIÓN</b> (categoría referencia: más de 30 años)					
▪ Menos de 15 años	8,49	0,004	0,14	0,03	0,52
▪ Entre 15 Y 30 años	2,01	0,15	0,48	0,18	1,31
<b>AÑOS DE TRABAJO EN EL DESTINO ACTUAL</b> (categoría referencia: más de 10 años)					
▪ Menos de 5 años	4,64	0,003	2,11	1,07	4,16
▪ Entre 5 y 10 años	0,20	0,65	1,19	0,54	2,62

Tabla 19. Resultados de la regresión logística del cansancio emocional respecto a las variables sociodemográficas y laborales (continuación).

	WALD	SIGNIFICACIÓN	OR	I.C. 95%	
				Inferior	Superior
<b>NÚMERO DE ENFERMOS ATENDIDOS DIARIAMENTE</b> (categoría de referencia: menos de 10)					
▪ Entre 10 y 20 enfermos	3,81	0,05	0,54	0,29	1,00
▪ Más de 20 enfermos	0,80	0,37	1,43	0,65	3,13
<b>PORCENTAJE DE LA JORNADA CON ENFERMOS/FAMILIARES</b> (categoría referencia: ninguno)					
▪ Menos del 50%	1,07	0,29	1,56	0,67	3,61
▪ Más del 50%	3,35	0,06	2,35	0,94	5,89
<b>EJERCICIO DE LA PROFESIÓN FUERA DE LA SANIDAD MILITAR</b> (categoría referencia: no ejercicio)					
▪ Ejercicio fuera de la Sanidad Militar	7,81	0,005	2,31	1,28	4,17

#### 5.4.- DESPERSONALIZACIÓN

Hemos analizado en primer lugar las variables sociodemográficas; sexo, edad, hijos y estado civil, y los niveles de despersonalización; bajo,

medio y alto, y no hemos encontrado asociación estadísticamente significativa en ninguna de ellas. En la variable sexo encontramos un valor de  $\chi^2=3,49$  y  $p=0,17$ . En la edad  $\chi^2=3,28$ ;  $p=0,51$ , en la variable hijos  $\chi^2=1,40$ ;  $p=0,49$ , y en la variable estado civil  $\chi^2=0,61$  y  $p=0,73$ .

De los profesionales con niveles bajos de despersonalización (el 46% del total); el 34% son hombres y el 12% mujeres, el 13% no tienen hijos y el 33% si los tienen, el 11% tienen menos de 35 años, el 22,5% entre 35 y 50 años, y el 12,5% tiene más de 50 años, y en cuanto al estado civil, el 34% están casados o tienen pareja estable, y el 12% están solteros, separados/divorciados o viudos.

Del 19% de los médicos y enfermeros estudiados con niveles medios de despersonalización, el 13% son hombres y el 6% son mujeres, y el 12% tienen hijos y el 7% no los tienen. Y en cuanto a las variables edad y estado civil, el 5% de estos profesionales son menores de 35 años, el 11% tienen entre 35 y 50 años y el 3% son mayores de 50 años. El 14% están casados o tienen pareja estable y el 5% están solteros, separados/divorciados o viudos.

Las personas analizadas en las que han aparecido niveles altos de despersonalización (35% del total), son mayoritariamente hombres, el 29%, y el 6% son mujeres, el 11% no tienen hijos, y el 24% si los tienen. En cuanto a la edad, el 10% tiene menos de 35 años, el 16% entre 35 y 50 años y el 9% es mayor de 50 años. Y en lo referente al estado civil, el 27% están casados o tienen pareja estable, y el 8% restante, están solteros, separados /divorciados o viudos.

Tampoco encontramos significación estadística en la asociación entre la presencia o ausencia de despersonalización y las variables sexo ( $\chi^2=0,54$ ;  $p=0,51$ ), edad ( $\chi^2=0,51$ ;  $p=0,57$ ), estado civil ( $\chi^2=0,38$ ;  $p=0,60$ ) e hijos ( $\chi^2=0,81$ ;  $p=0,40$ ).

Los resultados del análisis de la despersonalización como variable cuantitativa, y las variables sociodemográficas se resumen en la tabla 20.

Encontramos mayores niveles de despersonalización en los hombres, en los profesionales que están casados, que tienen hijos, y que

son menores de 35 años, aunque en ninguna de estas variables encontramos diferencias estadísticamente significativas.

Tabla 20. Valor medio y significación estadística de la despersonalización según las variables sociodemográficas; sexo, edad, hijos y estado civil.

	<b>N</b>	<b>MEDIA (DS)</b>	<b>SIGNIFICACIÓN</b>
<b>SEXO</b>			
▪ Hombres	251	8,20(6,65)	t=1,49;p=0,13
▪ Mujeres	79	7,04(5,86)	
<b>EDAD</b>			
▪ Menores de 35 años	83	8,12(6,36)	F=0,10;p=0,90
▪ Entre 35 y 50 años	164	7,99(6,65)	
▪ Mayores de 50 años	82	7,68(6,31)	
<b>HIJOS</b>			
▪ Presencia	230	7,94(6,53)	t=-0,06;p=0,95
▪ Ausencia	100	7,89(6,40)	
<b>ESTADO CIVIL</b>			
▪ Casados	250	8,19(6,66)	t=-1,30;p=0,19
▪ Resto	80	7,10(5,85)	

Los valores medios y la significación estadística de las variables sociodemográficas, según cada ítem de despersonalización del cuestionario Malash Burnout Inventory, se resumen en la tabla 21.

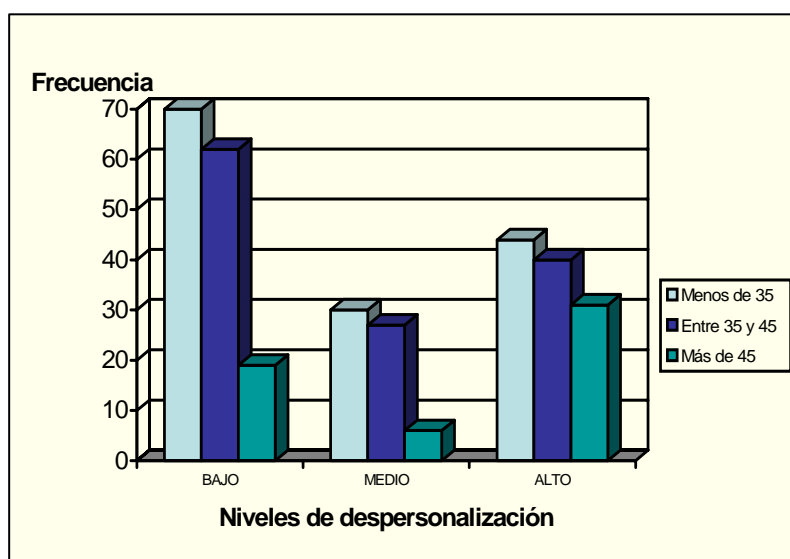
Tabla 21. Valor medio y significación estadística de cada ítem de la despersonalización según las variables sociodemográficas; sexo, edad, hijos y estado civil.

	SEXO (MEDIA, DS)			EDAD (años) (MEDIA, DS)		
	Hombres	Mujeres	Significación	Menores de 35	Entre 35 y 50	Mayores de 50
Creo que trato a algunos pacientes como si fueran objetos impersonales	1,27(1,71)	1,10(1,58)	p=0,43	1,40(1,78)	1,24(1,67)	1,06(1,59)
Me he vuelto más insensible con la gente desde que ejerzo esta profesión	2,03(2,07)	1,87(1,89)	p=0,55	2,33(2,09)	1,99(1,99)	1,67(2,03)
Me preocupa el hecho de que este trabajo me esté endureciendo mucho emocionalmente	1,91(1,92)	1,85(1,92)	p=0,79	1,93(1,88)	1,90(1,91)	1,89(2,00)
Realmente no me preocupa lo que ocurre a algunos de mis pacientes	1,25(1,74)	1,08(1,61)	p=0,42	1,13(1,55)	1,35(1,82)	1,02(1,62)
Siento que los pacientes me culpan por algunos de sus problemas	1,74(1,79)	1,14(1,48)	p=0,007	1,34(1,49)	1,52(1,70)	2,04(1,97)
						p=0,02
HIJOS (MEDIA, DS)						
	ESTADO CIVIL (MEDIA, DS)		Significación	ESTADO CIVIL (MEDIA, DS)		
	Presencia	Ausencia		Casados/pareja estable	Resto (solteros, separados/divorciados, viudos)	Significación
Creo que trato a algunos pacientes como si fueran objetos impersonales	1,20(1,64)	1,31(1,76)	p=0,57	1,26(1,68)	1,14(1,66)	p=0,57
Me he vuelto más insensible con la gente desde que ejerzo esta profesión	1,98(2,02)	2,02(2,06)	p=0,86	2,06(2,07)	1,78(1,89)	p=0,27
Me preocupa el hecho de que este trabajo me esté endureciendo mucho emocionalmente	1,93(1,94)	1,82(1,88)	p=0,63	1,96(1,96)	1,70(1,80)	p=0,29
Realmente no me preocupa lo que ocurre a algunos de mis pacientes	1,24(1,74)	1,13(1,63)	p=0,58	1,24(1,74)	1,10(1,61)	p=0,51
Siento que los pacientes me culpan por algunos de sus problemas	1,59(1,77)	1,61(1,68)	p=0,92	1,66(1,78)	1,39(1,59)	p=0,21

A continuación, analizaremos las variables laborales; profesión, años de antigüedad en la profesión, centro de trabajo, años de trabajo en el destino actual, tipo de atención sanitaria realizada en el centro de trabajo, tipo de trabajo, número de pacientes atendidos diariamente, número de horas semanales trabajadas y número de horas semanales dedicadas a tareas domésticas, porcentaje de la jornada laboral en contacto con enfermos/familiares, y ejercicio de la profesión fuera del ámbito de la Sanidad Militar, según el nivel de despersonalización; bajo, medio y alto.

Hemos encontrado una asociación estadísticamente significativa entre los niveles de despersonalización y el número de horas semanales trabajadas en el centro de trabajo ( $\chi^2=12,65$ ;  $p=0,01$ ). (Figura 24).

Figura 24. Nº de profesionales con niveles bajo, medio y alto de despersonalización, según el número de horas semanales trabajadas en el centro de trabajo.



En cuanto al número de horas trabajadas, encontramos una clara tendencia a la asociación con la variable presencia o ausencia de despersonalización ( $\chi^2=5,01$ ;  $p=0,08$ ).

Para la variable profesión, encontramos un valor de  $\chi^2=2,33$  y  $p=0,31$ , de forma que de los profesionales con niveles bajos de despersonalización, aproximadamente el 31% son médicos y el 15%

enfermeros. Para los niveles medios de esta dimensión, aproximadamente el 15% son médicos y el 4% enfermeros, y los porcentajes en los niveles altos son del 24% y del 11%, respectivamente.

No encontramos asociación entre la profesión y la despersonalización como variable dicotómica ( $\chi^2=0,58$ ;  $p=0,47$ ).

En lo referente a la variable años de antigüedad en la profesión, los porcentajes de profesionales con niveles bajos de despersonalización, que tienen una antigüedad menor de 15 años, entre 15 y 30 años y mayor de 30 años, son del 19%, 21% y 6%, respectivamente. Para los niveles medios de despersonalización los porcentajes son del 7%, 10% y 2%, respectivamente. Y para los niveles altos de esta dimensión, los porcentajes son del 13%, 16% y 6%, respectivamente.

En la variable años de antigüedad en la profesión, tampoco encontramos asociación estadísticamente significativa con la presencia o ausencia de despersonalización ( $\chi^2=0,57$ ;  $p=0,75$ ).

Continuamos con el análisis de la variable centro de trabajo (como variable dicotómica; Organismos Centrales de la Defensa (OCD) y resto, donde se incluyen UCO,s de los tres Ejércitos). Encontramos un valor de  $\chi^2=0,64$  y  $p=0,72$ . De los profesionales con niveles bajos de despersonalización, el 33% trabajan en OCD y el 13% en el resto de Unidades, Centros u Organismos. Para los niveles medios, los porcentajes son del 14% y del 5%, respectivamente, y para los niveles altos, del 26% y del 9%, respectivamente. No encontramos asociación estadísticamente significativa con la despersonalización (si/no);  $\chi^2=0,64$ ;  $p=0,45$ .

Para la variable años de trabajo en el destino actual, de los profesionales con niveles bajos de despersonalización, aproximadamente el 24% trabaja hace menos de 5 años en su destino actual, el 9% entre 5 y 10 años y el 13% hace más de 10 años. Los porcentajes para los niveles medios son del 10%, 4% y 5%, respectivamente, y para los niveles altos, del 22%, 5% y 8%, respectivamente. No encontramos

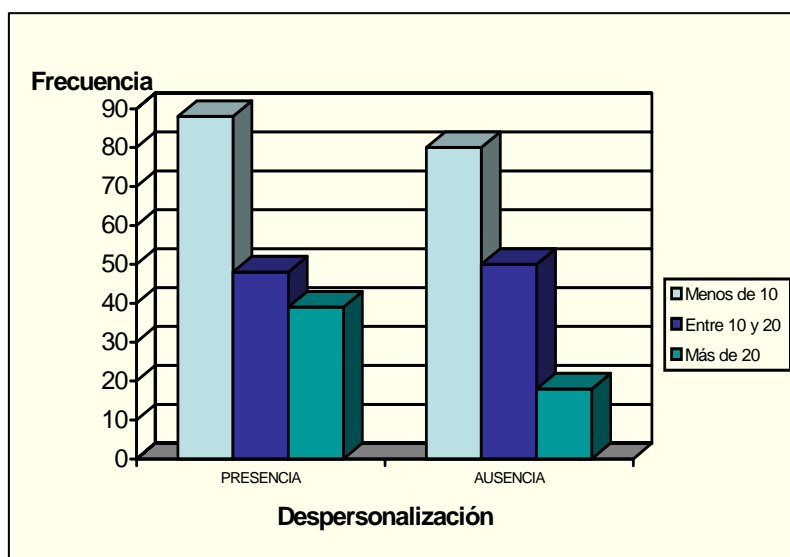
significación estadística para los niveles de despersonalización ( $\chi^2=4,69$ ;  $p=0,32$ ), ni para la presencia o ausencia de la misma ( $\chi^2=1,73$ ;  $p=0,41$ ).

En el caso de la variable tipo de atención sanitaria realizada en el centro de trabajo, el valor es de  $\chi^2=5,13$  y de  $p=0,25$ , para los niveles de despersonalización. Y de  $\chi^2=0,69$  y de  $p=0,70$ , para la despersonalización como variable dicotómica. Los porcentajes de individuos con niveles bajos de esta dimensión que trabajan en atención primaria, especializada y dirección, asesoramiento, administración o docencia, son de 11%, 23% y 12%, respectivamente. Para los niveles medios son de 5%, 11% y 3%, respectivamente, y para los niveles altos, de 7%, 18% y 10%, respectivamente.

Según el tipo de trabajo, intra o extrahospitalario, el porcentaje de individuos con niveles bajos de despersonalización es del 22% para los primeros y del 24% para los segundos. De los profesionales con niveles medios, el 11% desarrollan un trabajo intrahospitalario y el 8% extrahospitalario, y para los niveles altos de esta dimensión, los porcentajes son del 19% y del 16%, respectivamente. El valor de  $\chi^2$  es de 1,29 ( $p=0,52$ ) para los niveles de despersonalización, y de 1,12 ( $p=0,32$ ), para la presencia o ausencia de la misma.

La siguiente variable analizada es el número de enfermos que los profesionales atienden diariamente en su centro de trabajo; menos de 10, entre 10 y 20 y más de 20 pacientes. No hemos encontrado diferencias estadísticamente significativas con los niveles de despersonalización ( $\chi^2=6,09$ ;  $p=0,19$ ), pero sí hemos encontrado significación estadística con la despersonalización como variable dicotómica ( $\chi^2=5,94$ ;  $p=0,05$ ) (Figura 25).

Figura 25. N° de profesionales con presencia o ausencia de despersonalización según el número de enfermos que atienden diariamente en su centro de trabajo.

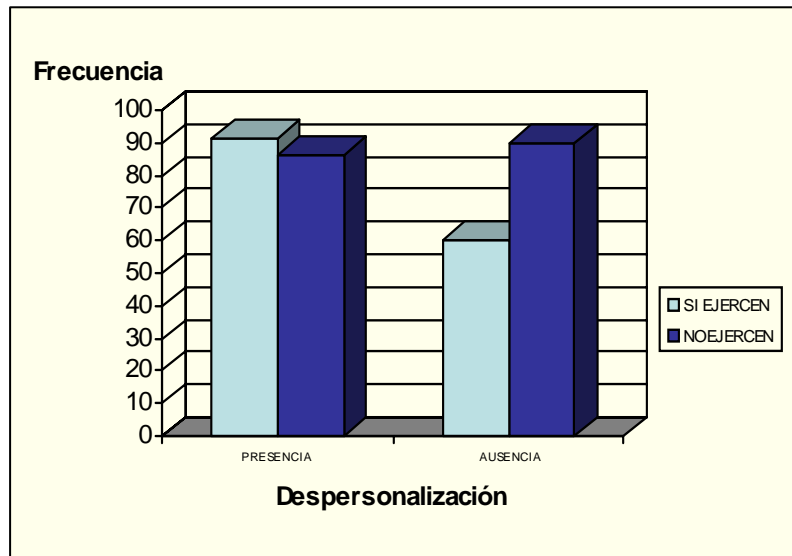


En la variable n° de horas semanales que los profesionales dedican a tareas domésticas, no hemos encontrado significación estadística, ni con los niveles de despersonalización ( $\chi^2=5,83$ ;  $p=0,21$ ), ni con la presencia o ausencia de la misma ( $\chi^2=5,01$ ;  $p=0,08$ ), aunque en esta última variable encontramos una clara tendencia a la asociación. De los profesionales con despersonalización, un 21% dedican menos de 5 horas semanales a tareas domésticas, un 18% dedican entre 5 y 15 horas y un 15% dedican más de 15 horas. Los porcentajes en los profesionales que no tienen despersonalización, son del 13%, 17% y 16%, respectivamente.

La siguiente variable analizada es el porcentaje de la jornada laboral que el profesional pasa en interacción con enfermos y/o familiares. De los individuos con niveles bajos de despersonalización, el 7% no tiene ningún contacto con enfermos o familiares, el 20% pasa menos del 50% de su jornada en interacción con enfermos, y en el 19% el porcentaje de la jornada es mayor al 50%. Los porcentajes en los niveles medios de esta dimensión son del 2%, 10% y 7%, respectivamente. Y en los niveles altos de despersonalización, los porcentajes son del 3%, 16% y 16%, respectivamente. La significación es de  $p=0,29$  para los niveles de despersonalización, y de  $p=0,16$ , para esta dimensión como variable dicotómica.

En cuanto al ejercicio de la profesión fuera del ámbito de la Sanidad Militar, no hemos encontrado asociación estadísticamente significativa con los niveles de despersonalización ( $\chi^2=4,25$ ;  $p=0,11$ ), pero sí con la presencia o ausencia de esta dimensión ( $\chi^2=4,25$ ;  $p=0,03$ ). (Figura 26).

Figura 26. Nº de profesionales con presencia o ausencia de despersonalización, según ejerzan o no su profesión fuera del ámbito de la Sanidad Militar.



Si analizamos las variables laborales, y la despersonalización como variable cuantitativa, encontramos valores de esta dimensión significativamente mayores en aquellos profesionales que trabajan más de 45 semanales en el centro de trabajo. Encontramos también una clara tendencia, en cuanto a la mayor despersonalización en aquellos profesionales que llevan menos de 5 años de trabajo en su destino actual, y en los que ejercen su profesión fuera del ámbito de la Sanidad Militar.

Tabla 22. Valor medio y significación estadística de la dimensión despersonalización según las variables laborales.

	N	MEDIA (DS)	SIGNIFICACIÓN
<b>PROFESIÓN</b>			
▪ Médico	232	7,88(6,38)	t=-0,21;p=0,83
▪ Enfermero	98	8,04(6,75)	
<b>AÑOS ANTIGÜEDAD PROFESIÓN</b>			
▪ Menos de 15	124	7,73(6,49)	F=0,12;p=0,88
▪ Entre 15 y 30	150	8,10(6,67)	
▪ Más de 30	44	7,73(6,45)	
<b>CENTRO DE TRABAJO</b>			
▪ UCO,s Ejército de Tierra	49	8,16(6,98)	F=0,07;p=0,97
▪ UCO,s Ejército del Aire	23	8,22(7,66)	
▪ UCO,s Armada	15	8,33(7,79)	
▪ Organismos Centrales de la Defensa	243	7,82(6,21)	
<b>AÑOS EN EL DESTINO ACTUAL</b>			
▪ Menos de 5	179	8,49(6,64)	F=2,57;p=0,07
▪ Entre 5 y 10	57	6,30(5,82)	
▪ Menos de 10	84	7,67(6,41)	
<b>TIPO DE ATENCIÓN SANITARIA</b>			
▪ Atención primaria	78	8,05(7,08)	F=0,20;p=0,98
▪ Atención especializada	172	7,88(6,46)	
▪ Dirección, asesoramiento, administración o docencia	80	7,90(5,99)	
<b>TIPO DE TRABAJO</b>			
▪ Intrahospitalario	170	8,08(6,51)	t=0,45;p=0,64
▪ Extrahospitalario	160	7,76(6,46)	
<b>ENFERMOS ATENDIDOS DIARIAMENTE</b>			
▪ Menos de 10	168	7,85(6,50)	F=2,17;p=0,11
▪ Entre 10 y 20	98	7,24(6,16)	
▪ Más de 20	57	9,47(6,95)	
<b>HORAS SEMANALES TRABAJADAS</b>			
▪ Menos de 35	144	7,15(5,90)	F=7,43;p=0,001
▪ Entre 35 y 45	129	7,50(6,37)	
▪ Más de 45	56	10,89(7,47)	
<b>HORAS SEMANALES DEDICADAS A TAREAS DOMÉSTICAS</b>			
▪ Menos de 5	149	8,54(6,21)	F=1,25;p=0,28
▪ Entre 5 y 15	113	7,67(6,72)	
▪ Más de 15	58	7,05(6,85)	
<b>PORCENTAJE DE JORNADA CON ENFERMOS/FAMILIARES</b>			
▪ Ninguno	38	5,97(4,79)	F=2,23;p=0,10
▪ Menos del 50%	151	7,90(6,29)	
▪ Más del 50%	138	8,49(7,07)	
<b>¿EJERCE SU PROFESIÓN FUERA DE LA SANIDAD MILITAR?</b>			
▪ Si	151	8,68(6,59)	t=1,89;p=0,06
▪ No	176	7,32(6,37)	

Los resultados de los ítems de la dimensión despersonalización, según las variables laborales; profesión, años de antigüedad en la profesión, centro de trabajo, años de trabajo en el destino actual, tipo de

atención sanitaria realizada, tipo de trabajo, número de enfermos atendidos diariamente en el centro de trabajo, número de horas semanales trabajadas, número de horas semanales dedicadas a tareas domésticas, porcentaje de la jornada laboral en interacción con enfermos o familiares y ejercicio de la profesión fuera del ámbito de la Sanidad Militar, se resumen en la tabla 23.

Tabla 23. Valor medio y significación estadística de los ítems de la dimensión despersonalización según las variables laborales.

	PROFESIÓN (MEDIA, DS)			ANTIGÜEDAD EN LA PROFESIÓN (años) (MEDIA, DS)			
	Médicos	Enfermeros	Significación	Menos de 15	Entre 15 y 30	Más de 30	Significación
Creo que trato a algunos pacientes como si fueran objetos impersonales	1,23(1,62)	1,22(1,81)	p=0,96	1,32(1,76)	1,23(1,69)	0,95(1,55)	p=0,46
Me he vuelto más insensible con la gente desde que ejerzo esta profesión	1,88(1,94)	2,24(2,22)	p=0,16	2,10(2,10)	1,95(1,97)	1,86(2,24)	p=0,75
Me preocupa el hecho de que este trabajo me esté endureciendo mucho emocionalmente	1,89(1,95)	1,91(1,86)	p=0,94	1,90(1,92)	1,93(2,01)	1,75(1,83)	p=0,87
Realmente no me preocupa lo que ocurre a algunos de mis pacientes	1,15(1,64)	1,35(1,85)	p=0,34	1,10(1,59)	1,28(1,80)	1,30(1,76)	p=0,66
Siento que los pacientes me culpan por algunos de sus problemas	1,72(1,80)	1,32(1,55)	<b>p=0,04</b>	1,31(1,55)	1,71(1,80)	1,86(1,91)	p=0,07

	CENTRO DE TRABAJO (MEDIA, DS)				TRABAJO DESTINO ACTUAL (años) (MEDIA, DS)			
	UCO,s ET	UCO,s EA	UCO,s Armada	Significación	Menos de 5	Entre 5 y 10	Más de 10	Significación
Creo que trato a algunos pacientes como si fueran objetos impersonales	1,29(1,79)	1,48(2,04)	1,27(1,87)	1,19(1,61)	1,31(1,70)	0,86(1,40)	1,30(1,71)	p=0,18
Me he vuelto más insensible con la gente desde que ejerzo esta profesión	2,27(2,17)	1,57(1,90)	2,07(2,40)	1,97(1,99)	2,15(2,04)	1,86(2,11)	1,77(1,98)	p=0,32
Me preocupa el hecho de que este trabajo me esté endureciendo mucho emocionalmente	1,88(1,81)	2,04(2,05)	2,00(2,23)	1,88(1,92)	2,04(1,90)	1,63(2,03)	1,71(1,87)	p=0,23
Realmente no me preocupa lo que ocurre a algunos de mis pacientes	1,31(1,80)	1,91(2,39)	2,13(2,20)	1,07(1,55)	1,26(1,67)	0,86(1,54)	1,21(1,79)	p=0,28
Siento que los pacientes me culpan por algunos de sus problemas	1,43(1,82)	1,22(1,70)	0,87(1,12)	1,71(1,75)	1,73(1,71)	1,09(1,46)	1,67(1,89)	<b>p=0,04</b>

Tabla 23. Valor medio y significación estadística de los ítems de la dimensión despersonalización según las variables laborales (continuación).

	TIPO DE TRABAJO (MEDIA, DS)				TIPO DE ATENCIÓN SANITARIA (MEDIA, DS)			
	Intrahospitalario	Extrahospitalario	Significación		Primaria	Especializada	Administrativa	Significación
Creo que trato a algunos pacientes como si fueran objetos impersonales	1,16(1,56)	1,31(1,79)	p=0,42		1,28(1,81)	1,17(1,60)	1,30(1,70)	p=0,81
Me he vuelto más insensible con la gente desde que ejerzo esta profesión	2,01(1,99)	1,98(2,08)	p=0,89		1,97(2,05)	1,97(1,99)	2,06(2,11)	p=0,93
Me preocupa el hecho de que este trabajo me esté endureciendo mucho emocionalmente	1,96(1,99)	1,83(1,85)	p=0,51		1,95(1,89)	1,86(2,01)	1,93(1,77)	p=0,93
Realmente no me preocupa lo que ocurre a algunos de mis pacientes	1,09(1,57)	1,33(1,84)	p=0,20		1,62(2,04)	1,10(1,60)	1,05(1,53)	p=0,05
Siento que los pacientes me culpan por algunos de sus problemas	1,86(1,81)	1,32(1,62)	p=0,005		1,23(1,68)	1,78(1,78)	1,56(1,74)	p=0,06

	NÚMERO DE ENFERMOS ATENDIDOS (MEDIA, DS)				HORAS SEMANALES TRABAJADAS (MEDIA, DS)			
	Menos de 10	Entre 10 y 20	Más de 20	Significación	Menos de 35	Entre 35 y 45	Más de 45	Significación
Creo que trato a algunos pacientes como si fueran objetos impersonales	1,21(1,64)	1,23(1,71)	1,26(1,69)	p=0,97	1,08(1,54)	1,16(1,71)	1,80(1,85)	p=0,01
Me he vuelto más insensible con la gente desde que ejerzo esta profesión	2,07(2,06)	1,66(1,94)	2,35(2,04)	p=0,10	1,75(1,90)	1,91(2,06)	2,77(2,13)	p=0,005
Me preocupa el hecho de que este trabajo me esté endureciendo mucho emocionalmente	1,76(1,82)	1,88(2,00)	2,46(2,05)	p=0,05	1,73(1,92)	1,88(1,82)	2,39(2,09)	p=0,09
Realmente no me preocupa lo que ocurre a algunos de mis pacientes	1,20(1,70)	0,99(1,56)	1,58(1,91)	p=0,11	1,15(1,66)	1,12(1,75)	1,50(1,69)	p=0,34
Siento que los pacientes me culpan por algunos de sus problemas	1,62(1,73)	1,48(1,69)	1,82(1,90)	p=0,49	1,44(1,54)	1,42(1,80)	2,43(1,87)	p=0,000

Tabla 23. Valor medio y significación estadística de los ítems de la dimensión despersonalización según las variables laborales (continuación).

	HORAS SEMANALES TAREAS DOMÉSTICAS (MEDIA, DS)				PORCENTAJE JORNADA CON ENFERMOS/FAMILIARES (MEDIA, DS)			
	Menos de 5	Entre 5 y 15	Más de 15	Significación	Ninguno	Menos del 50%	Más del 50%	Significación
Creo que trato a algunos pacientes como si fueran objetos impersonales	1,45(1,84)	1,09(1,60)	1,19(1,62)	p=0,26	0,87(1,43)	1,25(1,65)	1,33(1,78)	p=0,33
Me he vuelto más insensible con la gente desde que ejerzo esta profesión	2,19(2,14)	1,98(2,07)	1,81(1,91)	p=0,41	1,79(2,13)	1,93(1,91)	2,08(2,14)	p=0,69
Me preocupa el hecho de que este trabajo me esté endureciendo mucho emocionalmente	2,09(1,91)	1,75(1,93)	1,83(1,92)	p=0,39	1,13(1,29)	1,97(1,78)	2,05(2,16)	p=0,02
Realmente no me preocupa lo que ocurre a algunos de mis pacientes	1,14(1,66)	1,09(1,53)	1,43(1,91)	p=0,29	1,18(1,81)	1,06(1,47)	1,36(1,89)	p=0,32
Siento que los pacientes me culpan por algunos de sus problemas	1,76(1,90)	1,76(1,74)	1,30(1,56)	p=0,09	1,00(1,37)	1,69(1,72)	1,67(1,83)	p=0,07

	EJERCICIO DE LA PROFESIÓN FUERA DE LA SANIDAD MILITAR (MEDIA, DS)		Significación
	SI	NO	
Creo que trato a algunos pacientes como si fueran objetos impersonales	1,47(1,74)	1,05(1,60)	p=0,02
Me he vuelto más insensible con la gente desde que ejerzo esta profesión	2,09(2,08)	1,91(2,00)	p=0,43
Me preocupa el hecho de que este trabajo me esté endureciendo mucho emocionalmente	2,13(2,00)	1,73(1,84)	p=0,06
Realmente no me preocupa lo que ocurre a algunos de mis pacientes	1,21(1,66)	1,20(1,74)	p=0,99
Siento que los pacientes me culpan por algunos de sus problemas	1,79(1,80)	1,43(1,66)	p=0,06

Seguidamente, analizamos la dimensión despersonalización según las variables laborales específicas de la Sanidad Militar; presencia o ausencia de destinos forzosos fuera de la residencia habitual, realización o no de misiones internacionales, y cómputo de tiempo total en las misiones.

No hemos encontrado asociación estadísticamente significativa entre los niveles de despersonalización; bajo, medio y alto, y las variables laborales específicas de la Sanidad Militar.

Para la variable dicotómica destinos forzosos fuera de la residencia habitual, de los individuos con niveles bajos de despersonalización, el 20,7% no ha tenido ningún destino forzoso fuera de su residencia habitual, y el 25,3% sí los ha tenido. Los porcentajes para los niveles medios son del 10% y 9%, respectivamente, y para los niveles altos del 13,6% y 21,4%, respectivamente. ( $\chi^2=2,6$ ;  $p=0,26$ ).

En el caso de la variable realización de misiones internacionales; de los profesionales con niveles bajos de despersonalización, el 20,7% ha realizado al menos una misión internacional, y el 25,3% no ha realizado ninguna misión en el extranjero. Los porcentajes para los niveles medio y alto son del 9% y 10%, respectivamente (nivel medio), y del 18,5% y 16,5%, respectivamente, para el nivel alto. ( $\chi^2=1,36$ ;  $p=0,50$ ).

Por último, para la variable cómputo de tiempo total en misiones (con dos categorías: menos y más de 6 meses), de los médicos y enfermeros con niveles bajos de despersonalización, el 10,3% ha estado, de forma global, menos de 6 meses en misiones, y el 32,7% más de 6 meses. En los profesionales con niveles medios de esta dimensión, los porcentajes son del 5,8% y del 13,5%, respectivamente. Y de los individuos con niveles altos de despersonalización, el 9% ha estado menos de 6 meses en misiones, y el 28,8% más de 6 meses.

Tampoco hemos encontrado significación estadística para estas variables laborales y la presencia o ausencia de despersonalización. Encontramos para la variable destinos forzosos un valor de  $\chi^2=0,07$  y  $p=0,82$ , para la variable realización de misiones internacionales,  $\chi^2=0,90$ ;

$p=0,37$ , y para la variable cómputo de tiempo total en misiones,  $\chi^2=0,07$ ;  $p=0,77$ .

Si analizamos la despersonalización como variable cuantitativa, observamos mayores niveles de esta dimensión, de forma estadísticamente significativa, en aquellos profesionales que han realizado misiones internacionales. Los resultados de este análisis los resumimos en la tabla 24.

Tabla 24. Valores medios y significación estadística de la despersonalización según las variables laborales específicas de la Sanidad Militar.

	N	MEDIA (DS)	SIGNIFICACIÓN
<b>DESTINOS FORZOSOS</b>			
▪ Si	184	8,16(6,72)	$t=-0,75;p=0,45$
▪ No	146	7,62(6,17)	
<b>ASISTENCIA A MISIONES</b>			
▪ Si	157	8,70(6,92)	$t=-2,14;p=0,03$
▪ No	171	7,17(6,61)	
<b>TIEMPO EN MISIONES</b>			
▪ Menos de 6 meses	39	8,36(6,96)	
▪ Más de 6 meses	117	8,87(6,93)	$t=-0,40;p=0,69$

Si tenemos en cuenta los ítems de la despersonalización, los valores medios y la significación estadística se resumen en la tabla 25.

Tabla 25. Valores medios y significación estadística de los ítems de la despersonalización según las variables laborales específicas de la Sanidad Militar.

	DESTINOS FORZOSOS (MEDIA, DS)			ASISTENCIA A MISIONES (MEDIA, DS)		
	No	Si	Significación	No	Si	Significación
Creo que trato a algunos pacientes como si fueran objetos impersonales	1,21(1,69)	1,24(1,67)	$p=0,86$	1,19(1,66)	1,29(1,70)	$p=0,61$
Me he vuelto más insensible con la gente desde que ejerzo esta profesión	1,72(2,03)	2,21(2,01)	$p=0,03$	1,74(1,99)	2,25(2,06)	$p=0,02$
Me preocupa el hecho de que este trabajo me esté endureciendo mucho emocionalmente	1,79(1,88)	1,98(1,96)	$p=0,35$	1,61(1,81)	2,20(2,00)	$p=0,006$
Realmente no me preocupa lo que ocurre a algunos de mis pacientes	1,32(1,78)	1,12(1,65)	$p=0,28$	1,07(1,58)	1,37(1,84)	$p=0,11$
Siento que los pacientes me culpan por algunos de sus problemas	1,58(1,66)	1,61(1,80)	$p=0,89$	1,56(1,66)	1,60(1,80)	$p=0,82$

	TIEMPO EN MISIONES (MEDIA, DS)		
	Menos de 6 meses	Más de 6 meses	Significación
Creo que trato a algunos pacientes como si fueran objetos impersonales	1,19(1,65)	1,32(1,73)	p=0,50
Me he vuelto más insensible con la gente desde que ejerzo esta profesión	1,83(2,04)	2,28(1,98)	p=0,05
Me preocupa el hecho de que este trabajo me esté endureciendo mucho emocionalmente	1,74(1,93)	2,17(1,89)	p=0,05
Realmente no me preocupa lo que ocurre a algunos de mis pacientes	1,11(1,63)	1,38(1,83)	p=0,18
Siento que los pacientes me culpan por algunos de sus problemas	1,55(1,66)	1,69(1,86)	p=0,48

Para terminar con el estudio de la despersonalización analizamos los resultados de la regresión logística (tabla 26).

En las variables sociodemográficas; sexo, hijos, estado civil y edad, encontramos una asociación estadísticamente significativa con la edad; de forma que los profesionales menores de 35 años tienen 4,6 veces más despersonalización, con respecto a los mayores de 50 años.

En cuanto a las variables laborales; profesión, años de antigüedad en la profesión, centro de trabajo, años de trabajo en el destino actual, tipo de atención, tipo de trabajo, número de enfermos atendidos diariamente, número de horas semanales trabajadas, número de horas semanales dedicadas a tareas domésticas, porcentaje de la jornada laboral en interacción con enfermos o familiares y ejercicio de la profesión fuera del ámbito de la Sanidad Militar, hemos encontrado diferencias estadísticamente significativas con la variable años de antigüedad en la profesión, de forma que tener menos de 15 años de antigüedad es un factor de protección frente a la despersonalización. Encontramos también una clara tendencia, en el sentido de mayor despersonalización, en los profesionales que atienden más de 20 enfermos diariamente y los que trabajan más de 45 horas semanales en su puesto de trabajo. Igualmente, existe una clara tendencia a considerar como un factor de protección, el hecho de dedicar más de 15 horas semanales a tareas domésticas.

No encontramos diferencias significativas en las variables específicas de la Sanidad Militar; destinos forzosos fuera de la residencia

habitual, realización de misiones internacionales y cómputo de tiempo total en las misiones.

Tabla 26. Resultados de la regresión logística de la despersonalización respecto a las variables sociodemográficas y laborales.

	WALD	SIGNIFICACIÓN	OR	I.C. 95%	
				Inferior	Superior
<b>SEXO</b> (categoría referencia: hombre)					
▪ Mujer	0,002	0,96	1,01	0,49	2,07
<b>EDAD</b> (categoría referencia: mayores de 50 años)					
▪ Menores de 35 años	6,36	0,01	4,60	1,40	15,07
▪ Entre 35 y 50 años	2,17	0,14	1,85	0,81	4,19
<b>AÑOS DE ANTIGÜEDAD EN LA PROFESIÓN</b> (categoría referencia: más de 30 años)					
▪ Menos de 15 años	3,07	0,08	0,32	0,09	1,14
▪ Entre 15 Y 30 años	0,15	0,69	0,82	0,32	2,13
<b>NÚMERO DE ENFERMOS ATENDIDOS DIARIAMENTE</b> (categoría de referencia: menos de 10)					
▪ Entre 10 y 20 enfermos	1,04	0,30	0,74	0,41	1,31
▪ Más de 20 enfermos	3,09	0,07	1,92	0,92	3,99
<b>NÚMERO DE HORAS SEMANALES TRABAJADAS</b> (categoría referencia: menos de 35 horas)					
▪ Entre 35 y 45 horas/semana	0,61	0,43	1,23	0,72	2,09
▪ Más de 45 horas/semana	3,16	0,07	1,90	0,93	3,85
<b>NÚMERO DE HORAS SEMANALES DEDICADAS A TAREAS DOMÉSTICAS</b> (categoría referencia: menos de 5 horas)					
▪ Entre 5 y 15 horas/semana	2,18	0,14	0,64	0,35	1,15
▪ Más de 15 horas/semana	3,08	0,07	0,56	0,29	1,06

## 5.5.- FALTA DE REALIZACIÓN PERSONAL

Comenzamos el análisis de la dimensión falta de realización personal con el estudio de los niveles de esta dimensión; bajo, medio y alto, y las variables sociodemográficas; sexo, edad, estado civil e hijos.

No encontramos asociación estadísticamente significativa entre los niveles de esta dimensión y las variables sociodemográficas descritas. Tampoco encontramos significación estadística con la falta de realización personal como variable dicotómica.

En cuanto al sexo, los porcentajes de profesionales con niveles bajos de falta de realización personal (36% del total) son del 28% para los varones, y del 8% para las mujeres. Para los niveles medios (29% del total), los porcentajes son del 21% y 8%, para hombres y mujeres, respectivamente, y para los niveles altos (35% del total) del 27% para hombres y 8% para las mujeres ( $\chi^2=0,94$ ;  $p=0,62$ ). Para la presencia o ausencia de falta de realización personal, encontramos una significación de:  $\chi^2=0,03$ ;  $p=0,89$ .

Para la variable edad, del total de individuos con niveles bajos de falta de realización personal, aproximadamente el 8% tiene menos de 35 años, el 18% tiene entre 35 y 50 años, y el 10% tiene más de 50 años. De los profesionales con niveles medios de esta dimensión, los porcentajes para los menores de 35 años, los que tienen entre 35 y 50 años y los mayores de 50 años, son del 9%, 14% y 6%, respectivamente. Y para los individuos con niveles altos, los porcentajes son del 9%, 17% y 9%, respectivamente ( $\chi^2=3,51$ ;  $p=0,47$ ). Para la variable falta de realización personal si/no, encontramos un valor de  $\chi^2=2,36$  y de  $p=0,30$ .

Si analizamos la presencia o ausencia de hijos, de las personas con niveles bajos de la dimensión estudiada, aproximadamente el 10% no tiene hijos, y el 26% sí los tiene. De los profesionales con niveles medios de esta dimensión, el 11% no tiene hijos, y el 18% restante sí los tiene. Y para los niveles altos, los porcentajes de profesionales sin hijos y con hijos son del 10% y 25%, respectivamente ( $\chi^2=2,70$ ;  $p=0,25$ ). La significación encontrada para la variable ausencia o presencia de falta de realización personal es de  $\chi^2=0,70$  y  $p=0,45$ .

Para terminar con el análisis de las variables sociodemográficas y los niveles de falta de realización personal, estudiamos la variable estado civil con dos categorías: casados o con pareja estable, y resto de personal, donde se incluyen solteros, separados/divorciados y viudos. Del 36% de profesionales con niveles bajos de esta dimensión, aproximadamente el 27% están casados o tienen pareja estable, y el 9% están solteros, separados/divorciados o viudos. Del total de individuos con niveles medios de esta dimensión, el 20% están casados y el 9%

pertenecen a la categoría “resto de profesionales”. Y los porcentajes para los niveles altos, son del 28% y 7%, respectivamente ( $\chi^2=3,08$ ;  $p=0,21$ ). La significación encontrada para la variable falta de realización personal si/no es de  $\chi^2=0,05$ ;  $p=0,45$ .

A continuación analizamos la dimensión falta de realización personal como variable cuantitativa, y las variables sociodemográficas sexo, edad, hijos y estado civil. No hemos encontrado diferencias estadísticamente significativas para ninguna de estas variables. Hemos resumido los resultados de este análisis en la tabla 27.

*Tabla 27. Valores medios y significación estadística de la dimensión falta de realización personal y las variables sociodemográficas; sexo, edad, hijos y estado civil.*

	N	MEDIA (DS)	SIGNIFICACIÓN
<b>SEXO</b>			
▪ Hombres	251	12,64(9,00)	t=1,10;p=0,27
▪ Mujeres	79	11,41(7,45)	
<b>EDAD</b>			
▪ Menores de 35 años	83	12,66(7,58)	F=0,09;p=0,91
▪ Entre 35 y 50 años	164	12,13(8,84)	
▪ Mayores de 50 años	82	12,13(9,36)	
<b>HIJOS</b>			
▪ Presencia	230	12,37(8,87)	t=-0,08;p=0,92
▪ Ausencia	100	12,28(8,17)	
<b>ESTADO CIVIL</b>			
▪ Casados	250	12,59(8,72)	t=-0,91;p=0,36
▪ Resto	80	11,58(8,45)	

Los resultados del análisis de los ítems correspondientes a la dimensión analizada y las variables sociodemográficas descritas, los resumimos en la tabla 28.

*Tabla 28. Valores medios y significación estadística de los ítems de la dimensión falta de realización personal y las variables sociodemográficas.*

	SEXO (MEDIA, DS)		EDAD (años) (MEDIA, DS)				Significación
	Hombres	Mujeres	Menores de 35	Entre 35 y 50	Mayores de 50	Significación	
Fácilmente comprendo como se sienten los pacientes	4,58(1,80)	4,97(1,56)	4,75(1,65)	4,78(1,57)	4,38(2,14)	p=0,06	p=0,21
Trato muy eficazmente los problemas de los pacientes	4,86(1,52)	4,66(1,52)	4,58(1,42)	4,84(1,54)	4,99(1,57)	p=0,29	p=0,21
Creo que estoy influyendo positivamente con mi trabajo en las vidas de otras personas	4,49(1,68)	4,54(1,75)	4,45(1,63)	4,52(1,78)	4,56(1,61)	p=0,81	p=0,90
Me siento muy activo	4,31(1,75)	4,61(1,51)	4,51(1,46)	4,32(1,78)	4,44(1,70)	p=0,14	p=0,68
Me siento estimulado después de trabajar en contacto con mis pacientes	4,14(1,81)	4,57(1,55)	4,49(1,52)	4,10(1,88)	4,24(1,73)	<b>p=0,04</b>	p=0,24
Fácilmente puedo crear una atmósfera relajada con mis pacientes	4,53(1,59)	4,72(1,22)	4,51(1,31)	4,66(1,48)	4,54(1,69)	p=0,27	p=0,68
He conseguido muchas cosas útiles en mi profesión	4,07(1,82)	4,27(1,78)	3,98(1,73)	4,13(1,83)	4,28(1,82)	p=0,39	p=0,55
En mi trabajo, trato los problemas emocionales con mucha calma	4,37(1,64)	4,25(1,55)	4,08(1,56)	4,42(1,59)	4,44(1,74)	p=0,56	p=0,25

*Tabla 28. Valores medios y significación estadística de los ítems de la dimensión falta de realización personal y las variables sociodemográficas (continuación).*

	HIJOS (MEDIA, DS)		ESTADO CIVIL (MEDIA, DS)		Significación	
	Presencia	Ausencia	Casados/pareja estable	Resto (solteros, separados/divorciados, viudos)		
Fácilmente comprendo como se sienten los pacientes	4,65(1,73)	4,73(1,79)	4,61(1,77)	4,88(1,67)	p=0,71	p=0,24
Trato muy eficazmente los problemas de los pacientes	4,96(1,45)	4,49(1,64)	4,86(1,49)	4,66(1,61)	<b>p=0,01</b>	p=0,30
Creo que estoy influyendo positivamente con mi trabajo en las vidas de otras personas	4,47(1,72)	4,58(1,64)	4,46(1,71)	4,65(1,63)	p=0,60	p=0,38
Me siento muy activo	4,30(1,79)	4,57(1,47)	4,31(1,75)	4,60(1,52)	p=0,15	p=0,15
Me siento estimulado después de trabajar en contacto con mis pacientes	4,17(1,83)	4,40(1,57)	4,16(1,82)	4,49(1,54)	p=0,24	p=0,11
Fácilmente puedo crear una atmósfera relajada con mis pacientes	4,63(1,54)	4,45(1,45)	4,60(1,55)	4,51(1,38)	p=0,31	p=0,65
He conseguido muchas cosas útiles en mi profesión	4,08(1,81)	4,19(1,82)	4,07(1,84)	4,26(1,74)	p=0,62	p=0,40
En mi trabajo, trato los problemas emocionales con mucha calma	4,36(1,67)	4,31(1,50)	4,34(1,66)	4,38(1,49)	p=0,78	p=0,85

A continuación, analizamos los niveles de falta de realización personal (FRP); bajo, medio y alto, y las variables laborales; profesión, años de antigüedad en la profesión, centro de trabajo, años de trabajo en el destino actual, tipo de atención sanitaria, tipo de trabajo, número de enfermos atendidos diariamente, número de horas semanales trabajadas, número de horas semanales dedicadas a tareas domésticas, porcentaje de la jornada laboral en interacción con enfermos y/o familiares, y ejercicio de la profesión fuera del ámbito de la Sanidad Militar.

También analizamos estas variables y la ausencia o presencia de falta de realización personal.

Hemos encontrado una asociación estadísticamente significativa entre los niveles de FRP y la profesión ( $\chi^2=10,37$ ;  $p=0,006$ ) (figura 27), y entre los niveles de esta dimensión y el ejercicio de la profesión fuera del ámbito de la Sanidad Militar ( $\chi^2=6,43$ ;  $p=0,04$ ) (figura 28).

Figura 27. Número de profesionales con niveles bajo, medio y alto de falta de realización personal, según la profesión.

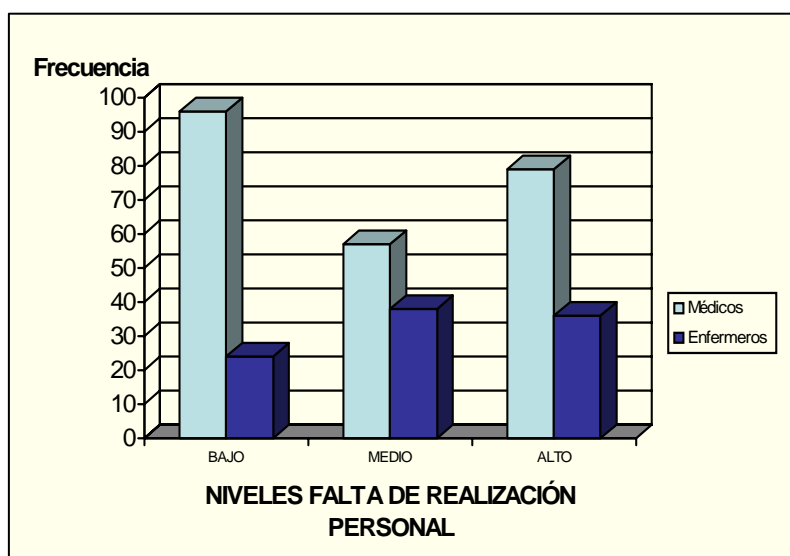
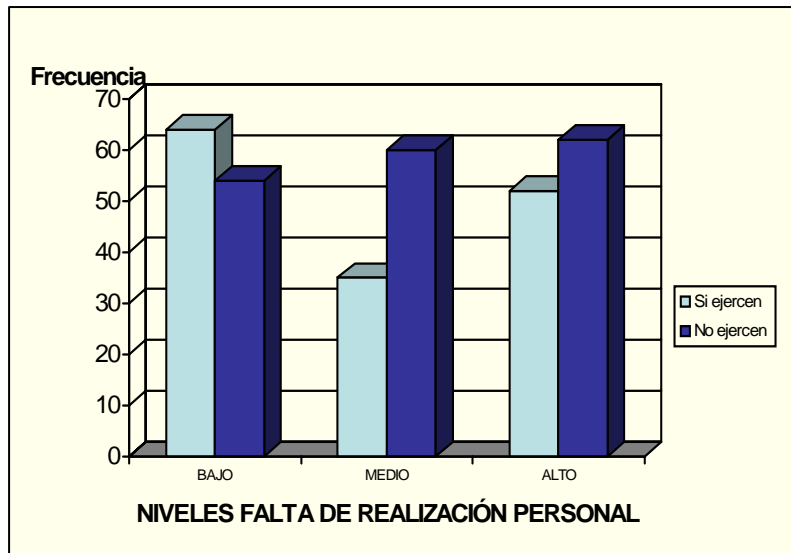


Figura 28. Número de profesionales con niveles bajo, medio y alto de falta de realización personal, según ejerzan o no su profesión fuera del ámbito de la Sanidad Militar.



Además, encontramos una clara tendencia a la asociación entre los niveles de la dimensión estudiada y el número de enfermos atendidos diariamente. Así, de los profesionales con niveles bajos de FRP, el 15,5% atiende diariamente a menos de 10 enfermos, el 13%, entre 10 y 20 pacientes, y el 7,5% más de 20 enfermos. Los porcentajes para los niveles medios son del 15%, 9% y 6%, respectivamente, y para los niveles altos del 21,7%, 8,4% y 5%, respectivamente ( $\chi^2=8,56$ ;  $p=0,07$ ).

En el análisis de estas variables laborales y la FRP como variable dicotómica, hemos encontrado asociación estadísticamente significativa con la profesión ( $\chi^2= 8,49$ ;  $p=0,004$ ) (figura 29), el ejercicio de la profesión fuera del ámbito de la Sanidad Militar ( $\chi^2=4,82$ ;  $p=0,02$ ) (figura 30), y el número de enfermos atendidos diariamente ( $\chi^2=6,37$ ;  $p=0,04$ ) (figura 31).

Figura 29. Número de profesionales con presencia o ausencia de falta de realización personal, según la profesión.

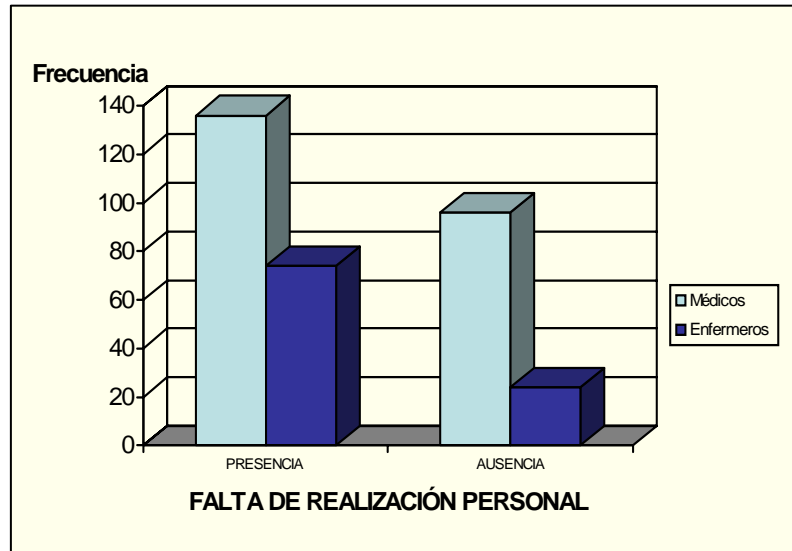


Figura 30. Número de profesionales con presencia o ausencia de falta de realización personal, según ejerzan o no su profesión fuera del ámbito de la Sanidad Militar.

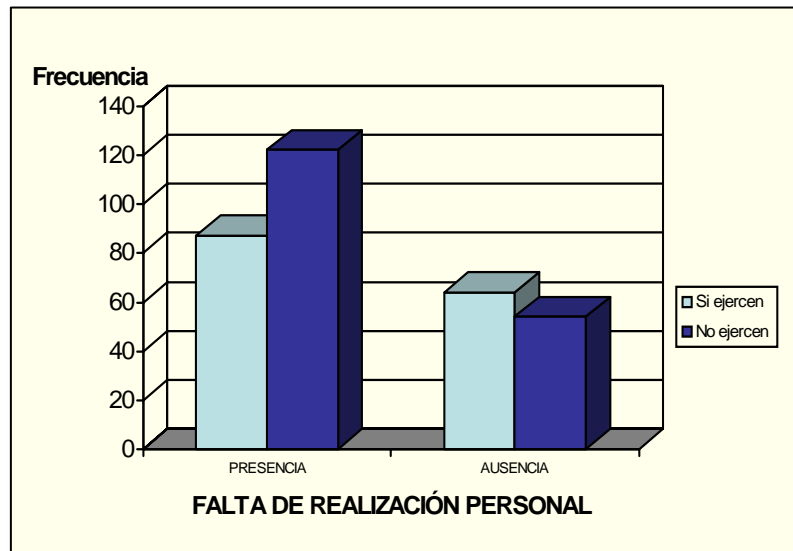
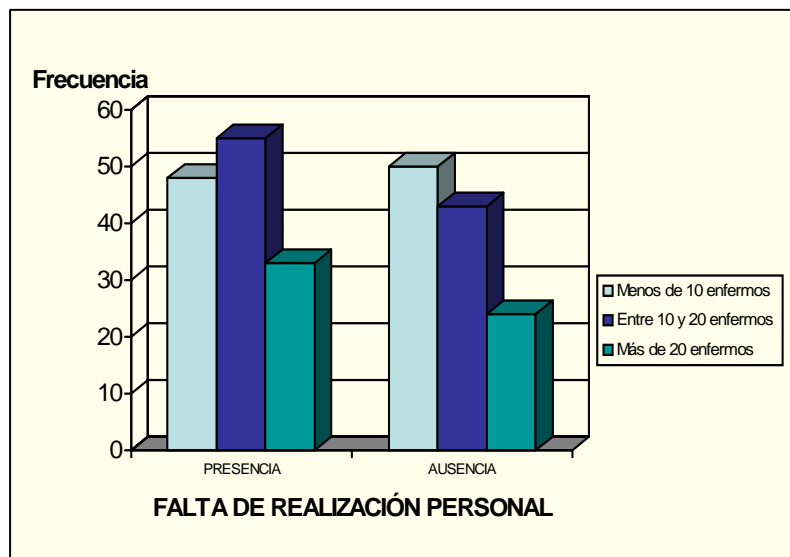


Figura 31. Número de profesionales con presencia o ausencia de falta de realización personal, según el número de enfermos que atienden diariamente.



Igualmente, encontramos una clara tendencia a la asociación entre el número de enfermos atendidos diariamente y los niveles de falta de realización laboral; bajo, medio y alto ( $\chi^2=8,56$ ;  $p=0,07$ ). De forma que de los profesionales con niveles bajos de esta dimensión, el 15,5% atienden a menos de 10 enfermos diariamente, el 13% atienden entre 10 y 20 enfermos, y el 7,5% atienden a más de 20 pacientes al día. Los porcentajes para los niveles medios son del 15%, 9% y 6%, respectivamente. Y para los niveles altos de falta de realización personal, los porcentajes de profesionales que atienden a menos de 10 pacientes/día, entre 10 y 20 pacientes y más de 20 enfermos, son del 21,7%, 8,4% y 5%, respectivamente.

Con el resto de variables laborales analizadas no hemos encontrado asociación estadísticamente significativa, ni con los niveles de falta de realización personal, ni con la presencia o ausencia de esta dimensión.

Así, los porcentajes de médicos y enfermeros con niveles bajos, medios y altos de falta de realización personal, que tienen menos de 15 años de antigüedad en la profesión, entre 15 y 30 años, y más de 30 años, son del 14%, 17% y 5%, respectivamente (para los niveles bajos de

FRP). Para los niveles medios, 12%, 13% y 4%, respectivamente, y para los niveles altos, 13%, 17% y 5%, respectivamente ( $\chi^2=0,94$ ;  $p=0,91$ ). Para la presencia o ausencia de FRP, encontramos un valor de  $\chi^2=0,10$  y  $p=0,95$ .

En lo que se refiere al centro de trabajo, un 7% de profesionales con niveles bajos de FRP trabajan en UCO,s del Ejército de Tierra, Aire o Armada, y un 29% en Organismos Centrales de la Defensa. Los porcentajes son muy parecidos en los niveles medios (8% y 21%, respectivamente), y en los niveles altos (11% y 24%, respectivamente) ( $\chi^2=3,89$ ;  $p=0,14$ ). En el análisis de la variable dicotómica FRP encontramos un valor de  $\chi^2=2,97$  y  $p=0,09$ .

En cuanto a los años de trabajo en el destino actual, dividimos esta variable en tres categorías: menos de 5 años, entre 5 y 10 años y más de 10 años. El 18% de los médicos y enfermeros con niveles bajos de FRP pertenecen a la primera categoría, el 8% a la segunda, y el 10% a la tercera. Los porcentajes de cada categoría en los niveles medios de esta dimensión son del 18%, 3% y 8%, respectivamente. Y en los niveles altos, del 20%, 6% y 9%, respectivamente ( $\chi^2=6,12$ ;  $p=0,19$ ). Para la ausencia o presencia de FRP, encontramos un valor de  $\chi^2=4,51$  y de  $p=0,10$ .

El tipo de atención sanitaria desempeñada la hemos dividido en tres categorías: atención primaria, atención especializada y dirección, asesoramiento, administración o docencia. De los profesionales con niveles bajos de FRP, la mayoría (19%) pertenecen a la segunda categoría, y un porcentaje menor y similar, 8,5%, a la primera y tercera categoría. Algo similar sucede en los profesionales con niveles medios de FRP (los porcentajes son del 7%, 15% y 7%, respectivamente), y en los individuos con niveles altos de esta dimensión (8%, 18% y 9%, respectivamente) ( $\chi^2=0,36$ ;  $p=0,98$ ). La significación para la FRP como variable dicotómica es de  $\chi^2=0,12$  y  $p=0,94$ .

Para la variable tipo de trabajo (intra o extrahospitalario) los porcentajes de individuos se distribuyen de forma similar en ambas categorías, según tengan niveles bajos de FRP (18% en cada una de

ellas), niveles medios de esta dimensión (15% y 14%, para el trabajo intra y extrahospitalario, respectivamente), y niveles altos de FRP (19% y 16%, respectivamente) ( $\chi^2=0,16$ ;  $p=0,92$ ). En el análisis de la presencia o ausencia de FRP el valor de  $\chi^2$  es de 0,035, y el valor de p, de 0,90.

En la variable porcentaje de la jornada laboral en interacción con enfermos o familiares, el porcentaje de individuos se distribuye de forma homogénea en las tres categorías (ninguno, menos del 50% y más del 50%), según se trate de profesionales con niveles bajos de FRP (4%, 15% y 17%, respectivamente), niveles medios (2%, 15% y 12%, respectivamente) y niveles altos (6%, 17% y 12%, respectivamente) ( $\chi^2=7,50$ ;  $p=0,11$ ). El valor de  $\chi^2$  es de 2,95 ( $p=0,22$ ), para la FRP si/no.

En cuanto a la variable horas semanales trabajadas (con tres categorías; menos de 35 horas, entre 35 y 45 horas y más de 45 horas); de los profesionales con niveles bajos de FRP, el 15% trabaja menos de 35 horas a la semana, el 16% trabaja entre 35 y 45 horas, y el 5% más de 45 horas. De los individuos con niveles medios de FRP, el 11% pertenece a la primera categoría, el 11% a la segunda, y el 7% a la tercera. Y de las personas con niveles altos de esta dimensión, el 17%, 12% y 6%, pertenecen a la primera, segunda y tercera categoría, respectivamente ( $\chi^2=6,22$ ;  $p=0,18$ ).  $\chi^2=3,95$  y  $p=0,13$ , son los valores del análisis de esta variable y la presencia o ausencia de FRP.

La variable horas semanales dedicadas a tareas domésticas, también la hemos dividido en tres categorías (menos de 5 horas, entre 5 y 15 y más de 15 horas). De los individuos con niveles bajos de FRP, el 12% dedica menos de 5 horas semanales a estas tareas, el 13% entre 5 y 15 horas y el 11% más de 15 horas. Los niveles medios 9%, 10% y 10%, respectivamente. Y los niveles altos 12%, 12% y 11%, respectivamente ( $\chi^2=0,96$ ;  $p=0,91$ ). En el análisis de esta variable y la FRP si/no, encontramos un valor de  $\chi^2=0,32$  y de  $p=0,84$ .

En el análisis de estas variables laborales y la FRP como variable cuantitativa, encontramos una clara tendencia en el sentido de mayor FRP en los profesionales que en su jornada laboral no tienen ningún tipo

de interacción con enfermos/familiares, y en aquellos que atienden a menos de 10 pacientes al día. Los resultados de este análisis los resumimos en la tabla 29.

*Tabla 29. Valor medio y significación estadística de la dimensión falta de realización personal según las variables laborales.*

	N	MEDIA (DS)	SIGNIFICACIÓN
<b>PROFESIÓN</b>			
▪ Médico	232	12,08(8,99)	t=-0,89;p=0,37
▪ Enfermero	98	12,96(7,81)	
<b>AÑOS ANTIGÜEDAD PROFESIÓN</b>			
▪ Menos de 15	124	11,95(7,82)	F=0,11;p=0,88
▪ Entre 15 y 30	150	12,46(9,37)	
▪ Más de 30	44	12,18(7,98)	
<b>CENTRO DE TRABAJO</b>			
▪ UCO,s Ejército de Tierra	49	14,14(9,02)	F=1,83;p=0,14
▪ UCO,s Ejército del Aire	23	15,00(12,38)	
▪ UCO,s Armada	15	11,47(6,32)	
▪ Organismos Centrales de la Defensa	243	11,78(6,23)	
<b>AÑOS EN EL DESTINO ACTUAL</b>			
▪ Menos de 5	179	12,41(7,70)	F=0,58;p=0,56
▪ Entre 5 y 10	57	11,02(9,49)	
▪ Menos de 10	84	12,20(9,54)	
<b>TIPO DE ATENCIÓN SANITARIA</b>			
▪ Atención primaria	78	12,44(9,54)	F=0,03;p=0,96
▪ Atención especializada	172	12,23(8,64)	
▪ Dirección, asesoramiento, administración o docencia	80	12,50(7,84)	
<b>TIPO DE TRABAJO</b>			
▪ Intrahospitalario	170	12,54(8,63)	t=0,41;p=0,67
▪ Extrahospitalario	160	12,14(8,71)	
<b>ENFERMOS ATENDIDOS DIARIAMENTE</b>			
▪ Menos de 10	168	13,33(8,24)	F=2,73;p=0,06
▪ Entre 10 y 20	98	10,86(8,27)	
▪ Más de 20	57	11,82(9,62)	
<b>HORAS SEMANALES TRABAJADAS</b>			
▪ Menos de 35	144	12,64(9,00)	F=0,92;p=0,39
▪ Entre 35 y 45	129	11,50(8,65)	
▪ Más de 45	56	13,13(7,26)	
<b>HORAS SEMANALES DEDICADAS A TAREAS DOMÉSTICAS</b>			
▪ Menos de 5	149	12,70(8,82)	F=0,38;p=0,68
▪ Entre 5 y 15	113	12,19(8,91)	
▪ Más de 15	58	11,55(7,63)	
<b>PORCENTAJE DE JORNADA CON ENFERMOS/FAMILIARES</b>			
▪ Ninguno	38	15,00(10,16)	F=2,70;p=0,06
▪ Menos del 50%	151	12,36(8,02)	
▪ Más del 50%	138	11,37(8,65)	
<b>¿EJERCE SU PROFESIÓN FUERA DE LA SANIDAD MILITAR?</b>			
▪ Si	151	11,72(8,87)	t=-1,24;p=0,21
▪ No	176	12,89(8,27)	

Los resultados del análisis de las variables laborales y de cada ítem de la dimensión falta de realización personal, se resumen en la tabla 30.

Tabla 30. Valor medio y significación estadística de cada ítem de la dimensión falta de realización personal, según las variables laborales.

	PROFESIÓN (MEDIA, DS)		ANTIGÜEDAD EN LA PROFESIÓN (años) (MEDIA, DS)				
	Médicos	Enfermeros	Significación	Menos de 15	Entre 15 y 30	Más de 30	Significación
Fácilmente comprendo como se sienten los pacientes	4,64(1,82)	4,76(1,59)	p=0,59	4,74(1,71)	4,75(1,58)	4,11(2,34)	p=0,08
Trato muy eficazmente los problemas de los pacientes	4,93(1,46)	4,54(1,62)	<b>p=0,04</b>	4,66(1,48)	5,00(1,49)	4,80(1,62)	p=0,17
Creo que estoy influyendo positivamente con mi trabajo en las vidas de otras personas	4,55(1,69)	4,40(1,71)	p=0,45	4,61(1,61)	4,52(1,73)	4,41(1,78)	p=0,77
Me siento muy activo	4,34(1,73)	4,47(1,63)	p=0,54	4,60(1,45)	4,17(1,86)	4,57(1,59)	p=0,08
Me siento estimulado después de trabajar en contacto con mis pacientes	4,15(1,79)	4,45(1,66)	p=0,16	4,38(1,68)	4,13(1,86)	4,23(1,69)	p=0,50
Fácilmente puedo crear una atmósfera relajada con mis pacientes	4,63(1,54)	4,45(1,43)	p=0,31	4,60(1,37)	4,56(1,57)	4,66(1,68)	p=0,92
He conseguido muchas cosas útiles en mi profesión	4,22(1,83)	3,88(1,76)	p=0,12	4,15(1,73)	4,01(1,86)	4,61(1,68)	p=0,14
En mi trabajo, trato los problemas emocionales con mucha calma	4,45(1,63)	4,10(1,59)	p=0,07	4,30(1,55)	4,41(1,66)	4,43(1,59)	p=0,82

Tabla 30. Valor medio y significación estadística de cada ítem de la dimensión falta de realización personal, según las variables laborales (continuación).

	CENTRO DE TRABAJO (MEDIA, DS)				TRABAJO EN DESTINO ACTUAL(años) (MEDIA, DS)				
	UCO.s ET	UCO.s EA	UCO.s Armada	OCD	Significación	Menos de 5	Entre 5 y 10	Más de 10	Significación
Fácilmente comprendo como se sienten los pacientes	4,71(1,78)	4,13(2,24)	4,67(1,79)	4,72(1,69)	p=0,49	4,74(1,72)	4,63(1,82)	4,76(1,66)	p=0,89
Trato muy eficazmente los problemas de los pacientes	4,49(1,58)	4,43(2,19)	5,27(1,22)	4,89(1,44)	p=0,13	4,74(1,50)	4,98(1,43)	5,02(1,47)	p=0,27
Creo que estoy influyendo positivamente con mi trabajo en las vidas de otras personas	4,00(1,84)	3,96(1,96)	4,27(1,71)	4,67(1,61)	<b>p=0,02</b>	4,50(1,65)	4,72(1,67)	4,52(1,71)	p=0,69
Me siento muy activo	4,27(1,65)	3,96(1,87)	4,53(1,76)	4,44(1,69)	p=0,56	4,49(1,58)	4,61(1,63)	4,05(1,93)	p=0,08
Me siento estimulado después de trabajar en contacto con mis pacientes	3,98(1,90)	4,04(2,12)	4,40(1,50)	4,30(1,71)	p=0,62	4,18(1,67)	4,18(2,01)	4,37(1,81)	p=0,69
Fácilmente puedo crear una atmósfera relajada con mis pacientes	4,39(1,60)	4,35(1,89)	4,87(1,24)	4,62(1,47)	p=0,56	4,51(1,45)	4,75(1,53)	4,67(1,55)	p=0,48
He conseguido muchas cosas útiles en mi profesión	3,84(1,86)	4,09(1,78)	4,27(1,94)	4,16(1,80)	p=0,69	4,12(1,75)	4,47(1,70)	3,94(1,99)	p=0,22
En mi trabajo, trato los problemas emocionales con mucha calma	4,18(1,76)	4,04(2,03)	4,27(1,90)	4,41(1,53)	p=0,63	4,31(1,50)	4,63(1,62)	4,46(1,69)	p=0,38

**Tabla 30. Valor medio y significación estadística de cada ítem de la dimensión falta de realización personal, según las variables laborales (continuación).**

	TIPO DE TRABAJO (MEDIA, DS)			TIPO DE ATENCIÓN SANITARIA (MEDIA, DS)			
	Intrahospitalario	Extrahospitalario	Significación	Primaria	Especializada	Administrativa	Significación
Fácilmente comprendo como se sienten los pacientes	4,63(1,75)	4,72(1,75)	p=0,62	4,94(1,58)	4,72(1,69)	4,33(1,99)	p=0,08
Trato muy eficazmente los problemas de los pacientes	4,87(1,48)	4,76(1,56)	p=0,49	4,86(1,56)	4,85(1,48)	4,69(1,56)	p=0,69
Creo que estoy influyendo positivamente con mi trabajo en las vidas de otras personas	4,53(1,70)	4,48(1,70)	p=0,79	4,08(1,87)	4,56(1,66)	4,81(1,52)	<b>p=0,02</b>
Me siento muy activo	4,32(1,76)	4,45(1,64)	p=0,48	4,17(1,79)	4,37(1,76)	4,63(1,46)	p=0,23
Me siento estimulado después de trabajar en contacto con mis pacientes	4,09(1,81)	4,39(1,70)	p=0,12	4,41(1,80)	4,10(1,82)	4,36(1,57)	p=0,34
Fácilmente puedo crear una atmósfera relajada con mis pacientes	4,62(1,52)	4,53(1,50)	p=0,58	4,72(1,58)	4,68(1,49)	4,22(1,44)	<b>p=0,05</b>
He conseguido muchas cosas útiles en mi profesión	4,06(1,86)	4,18(1,76)	p=0,56	4,03(1,92)	4,12(1,84)	4,19(1,66)	p=0,85
En mi trabajo, trato los problemas emocionales con mucha calma	4,34(1,61)	4,35(1,64)	p=0,96	4,37(1,80)	4,37(1,62)	4,28(1,44)	p=0,90

**Tabla 30. Valor medio y significación estadística de cada ítem de la dimensión falta de realización personal, según las variables laborales (continuación).**

	ENFERMOS ATENDIDOS DIARIAMENTE (MEDIA, DS)			HORAS SEMANALES TRABAJADAS (MEDIA, DS)				
	Menos de 10	Entre 10 y 20	Más de 20	Significación	Menos de 35	Entre 35 y 45	Más de 45	Significación
Fácilmente comprendo como se sienten los pacientes	4,51(1,84)	4,96(1,53)	4,61(1,85)	p=0,12	4,76(1,76)	4,64(1,84)	4,54(1,54)	p=0,70
Trato muy eficazmente los problemas de los pacientes	4,71(1,55)	4,98(1,42)	4,86(1,62)	p=0,36	4,76(1,53)	4,85(1,55)	4,89(1,44)	p=0,82
Creo que estoy influyendo positivamente con mi trabajo en las vidas de otras personas	4,48(1,60)	4,56(1,77)	4,54(1,80)	p=0,91	4,40(1,71)	4,66(1,70)	4,52(1,54)	p=0,43
Me siento muy activo	4,29(1,72)	4,46(1,65)	4,60(1,72)	p=0,45	4,33(1,73)	4,43(1,73)	4,46(1,53)	p=0,82
Me siento estimulado después de trabajar en contacto con mis pacientes	4,16(1,71)	4,39(1,78)	4,25(1,87)	p=0,59	4,11(1,86)	4,54(1,61)	3,93(1,70)	<b>p=0,04</b>
Fácilmente puedo crear una atmósfera relajada con mis pacientes	4,26(1,55)	4,97(1,31)	4,93(1,38)	<b>p=0,000</b>	4,51(1,53)	4,72(1,45)	4,48(1,54)	p=0,44
He conseguido muchas cosas útiles en mi profesión	3,94(1,77)	4,46(1,75)	4,09(1,92)	p=0,07	4,13(1,85)	4,17(1,82)	4,04(1,65)	p=0,89
En mi trabajo, trato los problemas emocionales con mucha calma	4,33(1,50)	4,37(1,72)	4,30(1,84)	p=0,96	4,37(1,57)	4,47(1,68)	4,02(1,61)	p=0,21

Tabla 30. Valor medio y significación estadística de cada ítem de la dimensión falta de realización personal, según las variables laborales (continuación).

	HORAS SEMANALES DEDICADAS A TAREAS DOMÉSTICAS (MEDIA, DS)			Significación	PORCENTAJE JORNADA CON ENFERMOS/FAMILIARES (MEDIA, DS)			Significación
	Menos de 5	Entre 5 y 15	Más de 15		Ninguno	Menos del 50%	Más del 50%	
Fácilmente comprendo como se sienten los pacientes	4,57(1,92)	4,73(1,70)	4,75(1,65)	p=0,73	3,92(2,47)	4,85(1,62)	4,70(1,71)	p=0,01
Trato muy eficazmente los problemas de los pacientes	4,76(1,62)	4,82(1,47)	4,86(1,47)	p=0,89	4,26(1,92)	4,81(1,50)	4,98(1,39)	p=0,03
Creo que estoy influyendo positivamente con mi trabajo en las vidas de otras personas	4,43(1,74)	4,61(1,53)	4,52(1,76)	p=0,71	4,34(1,71)	4,47(1,60)	4,62(1,76)	p=0,58
Me siento muy activo	4,23(1,73)	4,56(1,56)	4,38(1,80)	p=0,36	4,42(1,75)	4,29(1,75)	4,51(1,63)	p=0,53
Me siento estimulado después de trabajar en contacto con mis pacientes	4,18(1,80)	4,25(1,67)	4,27(1,82)	p=0,91	3,95(1,85)	4,26(1,64)	4,33(1,84)	p=0,49
Fácilmente puedo crear una atmósfera relajada con mis pacientes	4,46(1,60)	4,47(1,58)	4,81(1,30)	p=0,17	3,84(1,91)	4,60(1,38)	4,80(1,44)	p=0,02
He conseguido muchas cosas útiles en mi profesión	4,09(1,87)	4,18(1,73)	4,17(1,80)	p=0,92	3,95(1,91)	4,02(1,83)	4,32(1,74)	p=0,29
En mi trabajo, trato los problemas emocionales con mucha calma	4,34(1,63)	4,20(1,65)	4,47(1,59)	p=0,48	4,32(1,67)	4,34(1,56)	4,36(1,69)	p=0,98

	EJERCICIO DE LA PROFESIÓN FUERA DE LA SANIDAD MILITAR (MEDIA, DS)		Significación
	SI	NO	
Fácilmente comprendo como se sienten los pacientes	4,69(1,67)	4,65(1,83)	p=0,83
Trato muy eficazmente los problemas de los pacientes	4,96(1,41)	4,69(1,60)	p=0,10
Creo que estoy influyendo positivamente con mi trabajo en las vidas de otras personas	4,69(1,62)	4,36(1,72)	p=0,07
Me siento muy activo	4,34(1,76)	4,43(1,64)	p=0,64
Me siento estimulado después de trabajar en contacto con mis pacientes	4,14(1,81)	4,32(1,70)	p=0,34
Fácilmente puedo crear una atmósfera relajada con mis pacientes	4,72(1,45)	4,47(1,54)	p=0,13
He conseguido muchas cosas útiles en mi profesión	4,41(1,72)	3,86(1,83)	p=0,06
En mi trabajo, trato los problemas emocionales con mucha calma	4,34(1,67)	4,34(1,59)	p=0,96

Continuamos con el análisis de la dimensión falta de realización personal según las variables laborales específicas de la Sanidad Militar: destinos forzosos fuera de la residencia habitual, realización de misiones en el extranjero, y cómputo de tiempo global en las misiones.

Hemos encontrado asociaciones estadísticamente significativas entre las siguientes variables:

1. Presencia o ausencia de FRP y realización de misiones internacionales ( $\chi^2=4,24$ ;  $p=0,05$ ) (Figura 32).
2. Niveles de FRP (bajo, medio y alto) y cómputo de tiempo total en misiones (menos de 6 meses y más de 6 meses) ( $\chi^2=11,26$ ;  $p=0,004$ ) (Figura 33).
3. Presencia o ausencia de FRP y cómputo de tiempo total en misiones ( $\chi^2=10,73$ ;  $p=0,001$ ) (Figura 34).

Figura 32. Número de profesionales con presencia o ausencia de la dimensión falta de realización personal, según hayan realizado o no misiones internacionales.

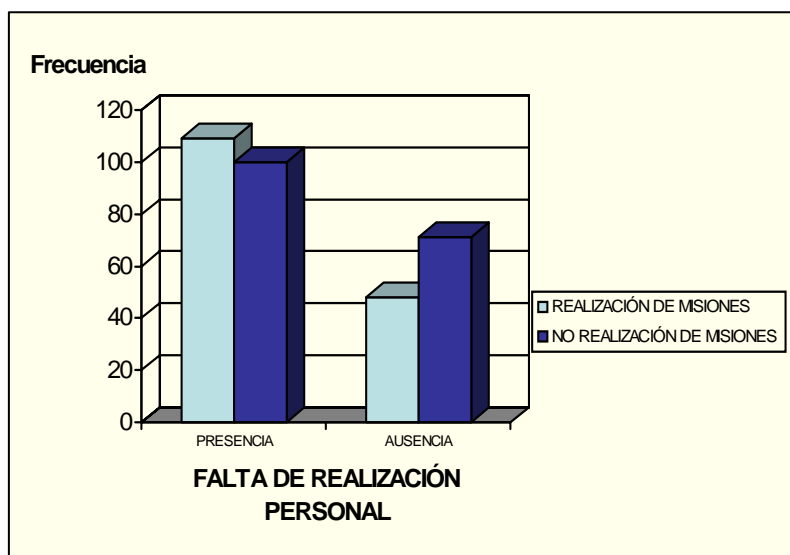


Figura 33. Número de profesionales con niveles bajos, medios y altos de la dimensión falta de realización personal, según el cómputo de tiempo total que han estado en misiones internacionales.

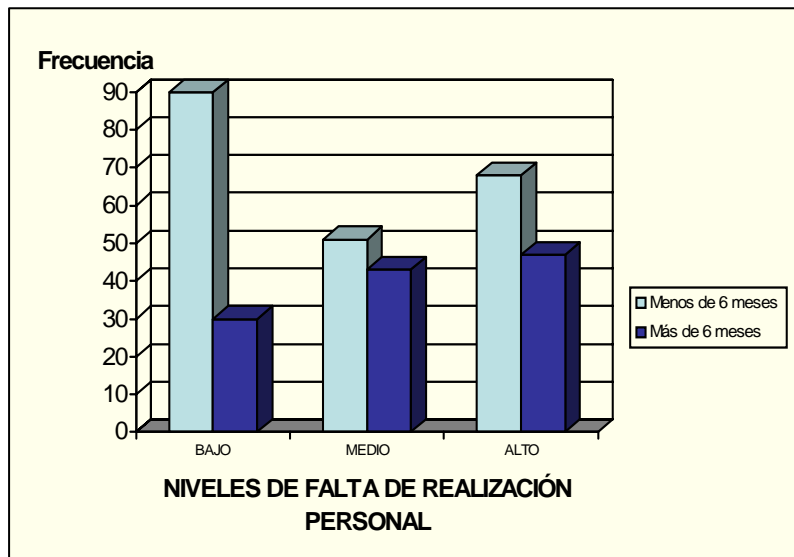
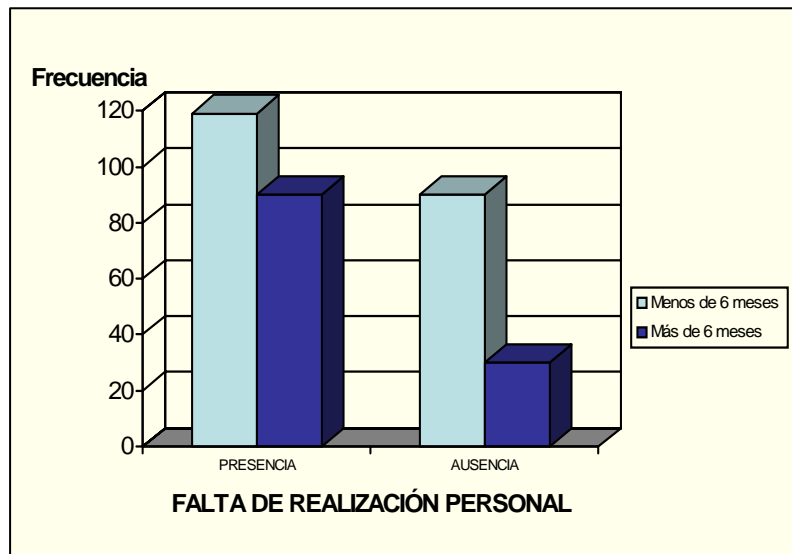


Figura 34. Número de profesionales con presencia o ausencia de la dimensión falta de realización personal, según el cómputo de tiempo total que han estado en misiones internacionales.



En lo referente a la variable destinos forzosos fuera de la residencia habitual, no hemos encontrado asociación estadísticamente significativa, ni con los niveles de FRP ( $\chi^2=1,64$ ;  $p=0,43$ ), ni con la presencia o ausencia de esta dimensión ( $\chi^2=0,88$ ;  $p=0,35$ ). De los profesionales con niveles bajos de FRP, el 14,8% no ha tenido destinos forzosos fuera de su residencia habitual, y el 21,5% restante sí los ha tenido. Los porcentajes para los niveles medios son de 14,2% y 14,5%,

respectivamente, y para los niveles altos, de 15,2% (sin destinos forzosos) y 19,7% (con destinos forzosos).

Tampoco hemos encontrado una asociación estadísticamente significativa entre los niveles de FRP y la realización de misiones internacionales ( $\chi^2=4,54$ ;  $p=0,10$ ). De los médicos y enfermeros con niveles bajos de FRP, el 21,6% no ha realizado misiones internacionales, y el 14,6% restante sí las ha realizado. Para los niveles medios y altos, los porcentajes de profesionales que no han realizado misiones y los que sí las han realizado son del 13,1% y 15,5%, respectivamente (para los niveles medios), y del 17,4% y 17,7%, respectivamente (para los niveles altos).

En el análisis de la dimensión FRP como variable cuantitativa, hemos encontrado mayores niveles de esta dimensión, de forma estadísticamente significativa, en aquellos profesionales que han estado más de 6 meses en misiones internacionales. Los resultados de este análisis los hemos resumido en la tabla 31.

*Tabla 31. Valor medio y significación estadística de la dimensión falta de realización personal, con respecto a las variables laborales específicas de la Sanidad Militar.*

	N	MEDIA (DS)	SIGNIFICACIÓN
<b>DESTINOS FORZOSOS</b>			
▪ Si	184	12,05(8,25)	t=0,67;p=0,49
▪ No	146	12,71(9,16)	
<b>ASISTENCIA A MISIONES</b>			
▪ Si	157	12,87(8,64)	t=-1,01;p=0,31
▪ No	171	11,90(8,71)	
<b>TIEMPO EN MISIONES</b>			
▪ Menos de 6 meses	39	11,59(8,66)	t=-2,08;p=0,03
▪ Más de 6 meses	117	13,65(8,56)	

En lo que se refiere al resultado del análisis de cada ítem de la dimensión FRP, con respecto a las variables laborales específicas del ámbito militar, hemos resumido los resultados en la tabla 32.

*Tabla 32. Valores medios y significación estadística de los ítems de la dimensión falta de realización personal según las variables laborales específicas de la Sanidad Militar.*

	DESTINOS FORZOSOS (MEDIA, DS)			ASISTENCIA A MISIONES (MEDIA, DS)		
	No	Si	Significación	No	Si	Significación
Fácilmente comprendo como se sienten los pacientes	4,66(1,84)	4,68(1,68)	P=0,91	4,73(1,76)	4,62(1,74)	p=0,58
Trato muy eficazmente los problemas de los pacientes	4,77(1,54)	4,85(1,51)	P=0,61	4,88(1,47)	4,73(1,57)	p=0,39
Creo que estoy influyendo positivamente con mi trabajo en las vidas de otras personas	4,42(1,83)	4,57(1,58)	P=0,44	4,58(1,71)	4,41(1,68)	p=0,34
Me siento muy activo	4,18(1,73)	4,54(1,66)	<b>P=0,05</b>	4,40(1,68)	4,34(1,72)	p=0,77
Me siento estimulado después de trabajar en contacto con mis pacientes	4,21(1,78)	4,26(1,74)	P=0,80	4,27(1,79)	4,21(1,74)	p=0,76
Fácilmente puedo crear una atmósfera relajada con mis pacientes	4,51(1,63)	4,63(1,41)	P=0,48	4,62(1,54)	4,52(1,48)	p=0,53
He conseguido muchas cosas útiles en mi profesión	4,11(1,83)	4,12(1,80)	P=0,96	4,19(1,81)	4,03(1,82)	p=0,44
En mi trabajo, trato los problemas emocionales con mucha calma	4,42(1,60)	4,28(1,64)	P=0,43	4,43(1,63)	4,26(1,61)	p=0,34

*Tabla 32. Valores medios y significación estadística de los ítems de la dimensión falta de realización personal según las variables laborales específicas de la Sanidad Militar (continuación).*

	TIEMPO EN MISIONES (MEDIA, DS)		
	Menos de 6 meses	Más de 6 meses	Significación
Fácilmente comprendo como se sienten los pacientes	4,74(1,74)	4,61(1,73)	p=0,51
Trato muy eficazmente los problemas de los pacientes	4,96(1,43)	4,55(1,63)	P=0,02
Creo que estoy influyendo positivamente con mi trabajo en las vidas de otras personas	4,64(1,69)	4,28(1,69)	P=0,06
Me siento muy activo	4,45(1,64)	4,28(1,77)	P=0,37
Me siento estimulado después de trabajar en contacto con mis pacientes	4,31(1,79)	4,11(1,71)	P=0,32
Fácilmente puedo crear una atmósfera relajada con mis pacientes	4,63(1,52)	4,48(1,50)	P=0,40
He conseguido muchas cosas útiles en mi profesión	4,25(1,79)	3,87(1,84)	P=0,06
En mi trabajo, trato los problemas emocionales con mucha calma	4,44(1,61)	4,18(1,64)	P=0,16

Para terminar con el análisis de la dimensión FRP, exponemos los resultados de la regresión logística en la tabla 33.

En cuanto a las variables sociodemográficas, no hemos encontrado diferencias estadísticamente significativas, al igual que con las variables laborales específicas de la Sanidad Militar.

En lo que se refiere a las variables laborales generales, encontramos significación estadística con la profesión, en el sentido de mayor falta de realización personal en los profesionales de la enfermería.

Igualmente, hemos encontrado diferencias estadísticamente significativas con la variable centro de trabajo (con cuatro categorías; UCO,s del Ejército de Tierra, UCO,s del Ejército del Aire, UCO,s de la Armada y Organismos Centrales de la Defensa), en el sentido de mayor falta de realización personal en las Unidades del Ejército del Aire, Tierra y Armada, con respecto a los Organismos Centrales de la Defensa. El hecho de atender a más de 10 enfermos diariamente y el tener un trabajo extrahospitalario, aparecen como factores protectores.

Tabla 33. Resultados de la regresión logística de la dimensión FRP respecto a las variables sociodemográficas y laborales.

	WALD	SIGNIFICACIÓN	OR	I.C. 95%	
				Inferior	Superior
<b>SEXO</b> (categoría referencia: hombre)					
▪ Mujer	0,08	0,77	1,10	0,56	2,13
<b>EDAD</b> (categoría referencia: mayores de 50 años)					
▪ Menores de 35 años	0,58	0,44	1,40	0,58	3,36
▪ Entre 35 y 50 años	0,18	0,67	1,13	0,62	2,05
<b>PROFESIÓN</b> (categoría referencia: médico)					
▪ Enfermero	10,82	0,001	3,10	1,58	6,09
<b>NÚMERO DE ENFERMOS ATENDIDOS DIARIAMENTE</b> (categoría de referencia: menos de 10)					
▪ Entre 10 y 20 enfermos	7,16	0,007	0,46	0,26	0,81
▪ Más de 20 enfermos	4,99	0,02	0,46	0,23	0,91
<b>CENTRO DE TRABAJO</b> (categoría de referencia: Organismos Centrales de la Defensa)					
▪ UCO,s Ejército de Tierra	8,18	0,004	3,56	1,49	8,49
▪ UCO,s Ejército del Aire	4,57	0,03	3,30	1,10	9,89
▪ UCO,s de la Armada	3,95	0,04	3,91	1,02	15,02
<b>TIPO DE TRABAJO</b> (categoría de referencia: intrahospitalario)					
▪ Extrahospitalario	14,82	0,000	0,23	0,11	0,49

## 5.6.- SÍNDROME DE BURNOUT

En lo que se refiere al análisis de los niveles de síndrome de burnout (bajo, medio y alto), y las variables independientes, encontramos una asociación estadísticamente significativa con las variables estado civil (dividida en dos categorías; casados o con pareja estable y resto, donde se incluyen solteros, separados o divorciados y viudos) ( $\chi^2=5,80;p=0,05$ ),

presencia de hijos ( $\chi^2=8,78;p=0,01$ ) y profesión ( $\chi^2= 9,22;p=0,01$ ) (figuras 35, 36 y 37). Encontramos igualmente una clara tendencia a la asociación con la variable número de horas semanales trabajadas. Los resultados de este análisis los resumimos en la tabla 34.

Figura 35. Porcentaje de profesionales con niveles bajo, medio y alto de burnout según el estado civil.

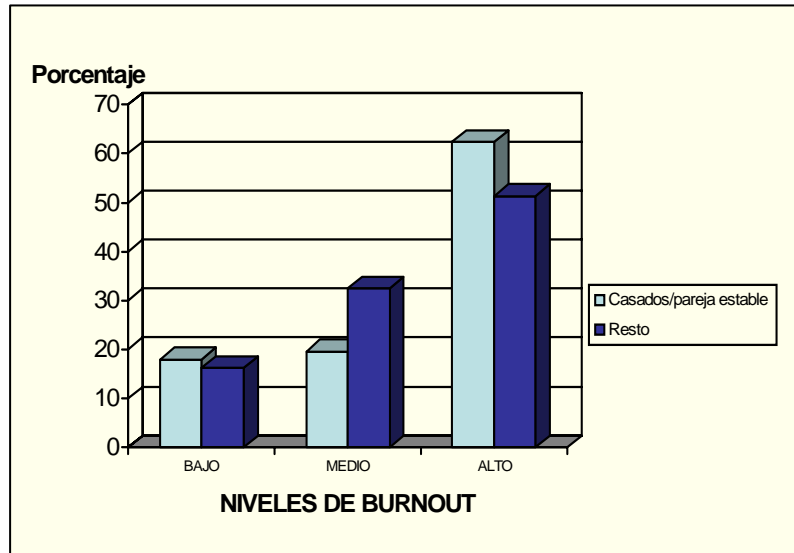


Figura 36. Porcentaje de profesionales con niveles bajo, medio y alto de burnout según la presencia o ausencia de hijos.

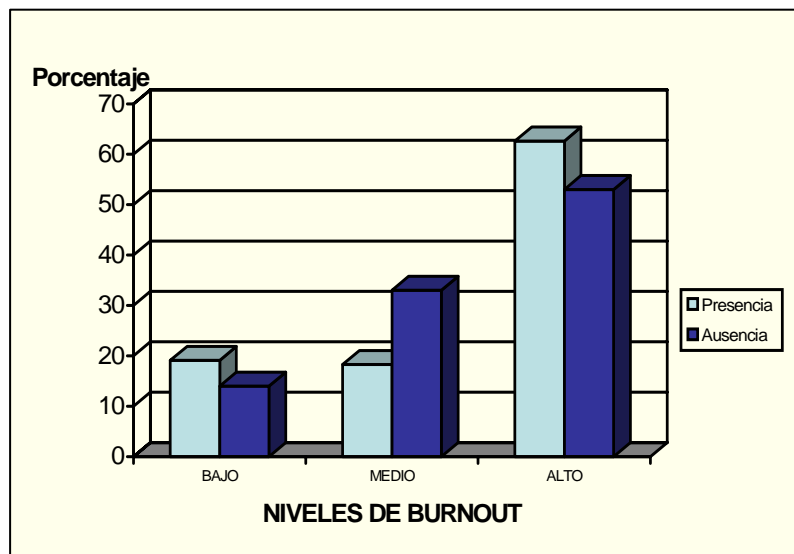


Figura 37. Porcentaje de profesionales con niveles bajo, medio y alto de burnout según la profesión.

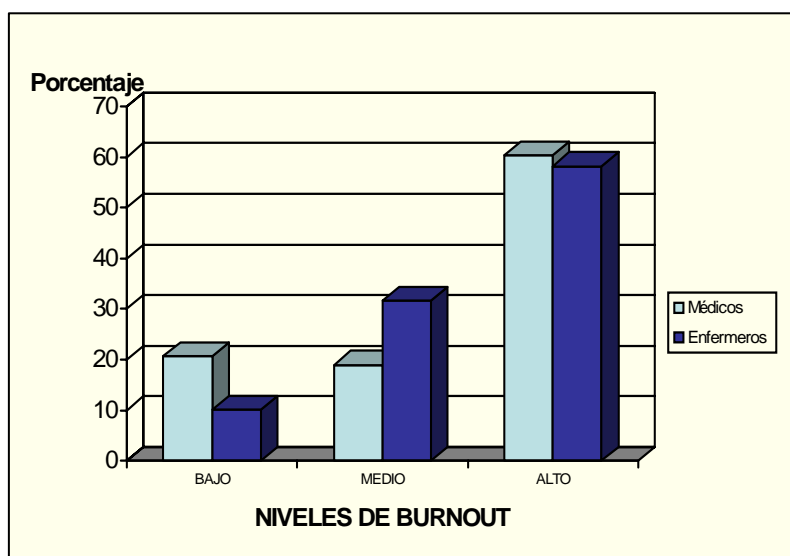


Tabla 34. Resultados del análisis de los niveles de síndrome de burnout y las variables sociodemográficas y laborales.

	NIVELES DE BURNOUT (N,%)			$\chi^2$	p
	BAJO	MEDIO	ALTO		
<b>SEXO</b>					
▪ Hombre	44(17,5)	51(20,3)	156(62,2)	3,73	0,15
▪ Mujer	14(17,7)	24(30,4)	41(51,9)		
<b>EDAD</b>					
▪ Menos de 35	11(13,3)	25(30,1)	47(56,6)	5,41	0,24
▪ Entre 35 y 50	30(18,3)	37(22,6)	97(59,1)		
▪ Más de 50	17(20,7)	13(15,9)	52(63,4)		
<b>AÑOS ANTIGÜEDAD PROFESIÓN</b>					
▪ Menos de 15	23(18,6)	37(29,8)	64(51,6)	5,84	0,21
▪ Entre 15 y 30	26(17,3)	31(20,7)	93(62)		
▪ Más de 30	7(15,9)	7(15,9)	30(68,3)		
<b>CENTRO DE TRABAJO</b>					
▪ Organismos Centrales Defensa	43(17,7)	59(24,3)	141(58,0)	1,41	0,49
▪ Resto de Unidades	15(17,2)	16(18,4)	56(64,4)		
<b>AÑOS EN TRABAJO ACTUAL</b>					
▪ Menos de 5	28(15,6)	42(23,5)	109(60,9)	3,86	0,42
▪ Entre 5 y 10	15(26,3)	10(17,5)	32(56,2)		
▪ Más de 10	15(17,9)	21(25)	48(57,1)		
<b>TIPO ATENCIÓN SANITARIA</b>					
▪ Primaria	13(16,7)	19(24,3)	46(59)	0,52	0,97
▪ Especializada	32(18,6)	39(22,7)	101(58,7)		
▪ Dirección/asesoramiento/docencia	13(16,3)	17(21,2)	50(62,5)		
<b>TIPO DE TRABAJO</b>					
▪ Intrahospitalario	30(17,6)	36(21,2)	104(61,2)	0,5	0,77
▪ Extrahospitalario	28(17,5)	39(24,4)	93(58,1)		

Tabla 34. Resultados del análisis de los niveles de síndrome de burnout y las variables sociodemográficas y laborales (continuación).

	NIVELES DE BURNOUT (N,%)			$\chi^2$	P
	BAJO	MEDIO	ALTO		
<b>Nº ENFERMOS ATENDIDOS/DÍA</b>					
▪ Menos de 10	26(15,5)	37(22)	105(62,5)	4,04	0,4
▪ Entre 10 y 20	22(22,4)	25(25,5)	51(52)		
▪ Más de 20	8(14)	12(21,1)	37(64,9)		
<b>Nº HORAS TRABAJADAS/SEMANA</b>					
▪ Menos de 35	23(16)	36(25)	85(59)	8,75	0,06
▪ Entre 35 y 45	27(20,9)	33(25,6)	69(53,5)		
▪ Más de 45	8(14,3)	6(10,7)	42(75)		
<b>Nº HORAS TAREAS DOMÉSTICAS/SEMANA</b>					
▪ Menos de 5	18(16,7)	22(20,4)	68(63)	2,07	0,72
▪ Entre 5 y 15	19(16,8)	24(21,2)	70(61,9)		
▪ Más de 15	18(18,2)	27(27,3)	54(54,5)		
<b>PORCENTAJE JORNADA EN CONTACTO CON ENFERMOS</b>					
▪ Ninguno	7(18,4)	6(15,8)	25(65,8)	2,03	0,73
▪ Menos del 50%	28(18,5)	38(25,2)	85(56,3)		
▪ Más del 50%	23(16,7)	30(21,7)	85(61,6)		
<b>EJERCICIO PROFESIÓN FUERA DE LA SANIDAD MILITAR</b>					
▪ Si	26(17,2)	30(19,9)	95(62,9)	1,36	0,5
▪ No	31(17,6)	44(25)	101(57,4)		
<b>DESTINOS FUERA DE LA RESIDENCIA HABITUAL</b>					
▪ Si	38(20,7)	36(19,6)	110(59,8)	4,07	0,13
▪ No	20(13,7)	39(26,7)	87(59,6)		
<b>REALIZACIÓN DE MISIONES INTERNACIONALES</b>					
▪ Si	27(17,2)	35(22,3)	95(60,5)	0,14	0,93
▪ No	31(18,1)	40(23,4)	100(58,5)		
<b>CÓMPUTO DE TIEMPO TOTAL EN MISIONES</b>					
▪ Menos de 6 meses	39(18,7)	50(23,9)	120(57,4)	1,44	0,48
▪ Más de 6 meses	19(15,8)	24(20,0)	77(64,2)		

En cuanto al análisis de la variable presencia o ausencia de burnout, sólo encontramos asociación estadísticamente significativa con la profesión ( $\chi^2=5,22$ ;  $p=0,02$ ) (figura 38). Los resultados del análisis con el resto de variables independientes los resumimos en la tabla 35.

Figura 38. Porcentaje de profesionales con presencia o ausencia de síndrome de burnout según la profesión.

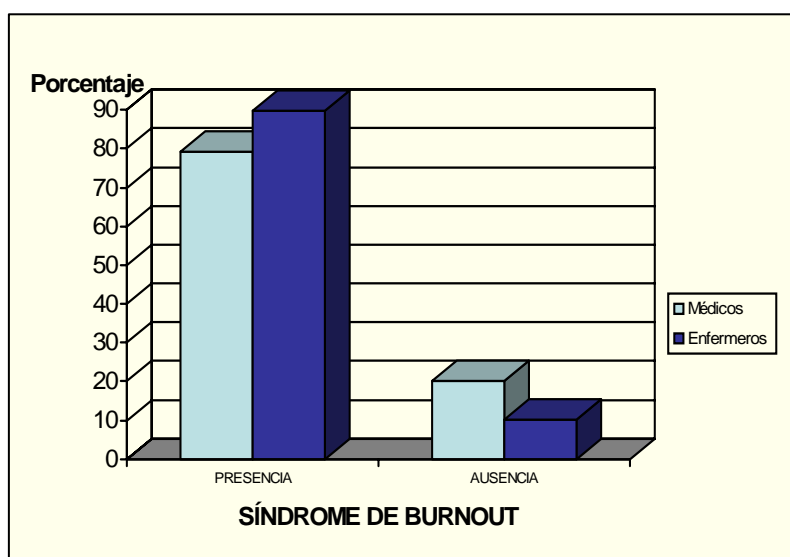


Tabla 35. Resultados del análisis de la presencia o ausencia de burnout y las variables sociodemográficas y laborales.

	SÍNDROME DE BURNOUT (N,%)		$\chi^2$	p
	PRESENCIA	AUSENCIA		
<b>SEXO</b>				
▪ Hombre	207(82,5)	44(17,5)	0,002	0,96
▪ Mujer	65(82,3)	14(17,7)		
<b>EDAD</b>				
▪ Menos de 35	72(86,7)	11(13,3)	1,68	0,43
▪ Entre 35 y 50	134(81,7)	30(18,3)		
▪ Más de 50	65(79,3)	17(20,7)		
<b>ESTADO CIVIL</b>				
▪ Casados	205(82)	45(18)	0,12	0,86
▪ Resto	67(83,8)	13(16,3)		
<b>HIJOS</b>				
▪ Si	186(80,9)	44(19,1)	1,26	0,34
▪ No	86(86)	14(14)		
<b>AÑOS ANTIGÜEDAD PROFESIÓN</b>				
▪ Menos de 15	101(81,5)	23(18,5)	0,17	0,91
▪ Entre 15 y 30	124(82,7)	26(17,3)		
▪ Más de 30	37(84,1)	7(15,9)		
<b>CENTRO DE TRABAJO</b>				
▪ Organismos Centrales Defensa	200(82,3)	43(17,7)	0,009	0,92
▪ Resto de Unidades	72(82,8)	15(17,2)		
<b>AÑOS EN TRABAJO ACTUAL</b>				
▪ Menos de 5	151(84,4)	28(15,6)	3,32	0,19
▪ Entre 5 y 10	42(73,7)	15(26,3)		
▪ Más de 10	69(82,1)	15(17,9)		
<b>TIPO ATENCIÓN SANITARIA</b>				
▪ Primaria	65(83,3)	13(16,7)	0,26	0,87
▪ Especializada	140(81,4)	32(18,6)		
▪ Dirección/asesoramiento/docencia	67(83,8)	13(16,3)		
<b>TIPO DE TRABAJO</b>				
▪ Intrahospitalario	140(82,4)	30(17,6)	0,001	0,97
▪ Extrahospitalario	132(82,5)	28(17,5)		

Tabla 35. Resultados del análisis de la presencia o ausencia de burnout y las variables sociodemográficas y laborales (continuación).

	SÍNDROME DE BURNOUT (N,%)		$\chi^2$	p
	PRESENCIA	AUSENCIA		
<b>Nº ENFERMOS ATENDIDOS/DÍA</b>				
▪ Menos de 10	142(84,5)	26(15,5)	2,62	0,26
▪ Entre 10 y 20	76(77,6)	22(22,4)		
▪ Más de 20	49(86)	8(14)		
<b>Nº HORAS TRABAJADAS/SEMANA</b>				
▪ Menos de 35	121(84)	23(16)	1,67	0,43
▪ Entre 35 y 45	102(79,1)	27(20,9)		
▪ Más de 45	48(85,7)	8(14,3)		
<b>Nº HORAS TAREAS DOMÉSTICAS/SEMANA</b>				
▪ Menos de 5	90(83,3)	18(16,7)	0,1	0,95
▪ Entre 5 y 15	94(83,2)	19(16,8)		
▪ Más de 15	81(81,8)	18(18,2)		
<b>PORCENTAJE JORNADA EN CONTACTO CON ENFERMOS</b>				
▪ Ninguno	31(81,6)	7(18,4)	0,18	0,91
▪ Menos del 50%	123(81,5)	28(18,5)		
▪ Más del 50%	115(83,3)	23(16,7)		
<b>EJERCICIO PROFESIÓN FUERA DE LA SANIDAD MILITAR</b>				
▪ Si	125(82,8)	26(17,2)	0,009	0,92
▪ No	145(82,4)	31(17,6)		
<b>DESTINOS FUERA DE LA RESIDENCIA HABITUAL</b>				
▪ Si	146(79,3)	38(20,7)	2,71	0,11
▪ No	126(86,3)	20(13,7)		
<b>REALIZACIÓN DE MISIONES INTERNACIONALES</b>				
▪ Si	130(82,8)	27(17,2)	0,04	0,88
▪ No	140(81,9)	31(18,1)		
<b>CÓMPUTO DE TIEMPO TOTAL EN MISIONES</b>				
▪ Menos de 6 meses	170(81,3)	39(18,7)	0,42	0,55
▪ Más de 6 meses	101(84,2)	19(15,8)		

Con respecto al análisis de los resultados de la regresión logística: presencia o ausencia de burnout y variables sociodemográficas y laborales (tabla 36), encontramos diferencias estadísticamente significativas con las siguientes variables: edad, profesión, antigüedad en la profesión y número de enfermos atendidos diariamente.

En cuanto a la edad, el síndrome de burnout es 7 veces más frecuente en los profesionales menores de 35 años, con respecto a los mayores de 50. Igualmente, este síndrome es casi 3 veces más frecuente en los enfermeros que en los médicos. Una antigüedad en la profesión menor de 15 años resulta un factor protector, con respecto a los profesionales que tienen más de 30 años de antigüedad. Y por último,

atender diariamente entre 10 y 20 enfermos aparece como un factor de protección frente al burnout.

*Tabla 36. Resultados de la regresión logística de la variable burnout (si/no), respecto a las variables sociodemográficas y laborales.*

	WALD	SIGNIFICACIÓN	OR	I.C. 95%	
				Inferior	Superior
<b>SEXO</b> (categoría referencia: hombre)					
▪ Mujer	1,15	0,28	1,66	0,65	4,22
<b>EDAD</b> (categoría referencia: mayores de 50 años)					
▪ Menores de 35 años	6,95	0,008	6,87	1,64	28,77
▪ Entre 35 y 50 años	4,63	0,03	2,86	1,09	7,47
<b>PROFESIÓN</b> (categoría referencia: médicos)					
▪ Enfermeros	3,55	0,05	2,25	0,97	5,25
<b>AÑOS DE ANTIGÜEDAD EN LA PROFESIÓN</b> (categoría referencia: más de 30 años)					
▪ Menos de 15 años	6,96	0,008	0,13	0,03	0,59
▪ Entre 15 Y 30 años	1,37	0,24	0,51	0,16	1,56
<b>NÚMERO DE ENFERMOS ATENDIDOS DIARIAMENTE</b> (categoría de referencia: menos de 10)					
▪ Entre 10 y 20 enfermos	4,23	0,04	0,46	0,22	0,96
▪ Más de 20 enfermos	0,01	0,91	1,05	0,40	2,74



## ***6.- Discusión.***

---



## 6.- 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<sup>107, 108</sup>, además se han llevado a cabo varios estudios en nuestro país que han comprobado la validez factorial y la consistencia interna de este cuestionario de medida. Uno de estos estudios se realizó en una muestra multiocupacional<sup>109</sup>; otro trabajo exploró la estructura factorial del MBI-GS en una muestra de policías municipales<sup>110</sup>. En ambos casos se concluyó que la adaptación al castellano del MBI reúne los requisitos suficientes de validez factorial y consistencia interna como para ser empleado en la estimación del síndrome de burnout en nuestro contexto sociocultural.

Sin embargo, se ha descrito la existencia de un problema psicométrico en el MBI, que está relacionado con los valores alfa de Cronbach, ya que éstos son relativamente bajos para la dimensión de despersonalización. Para Cebriá Andreu<sup>17</sup>, 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 según este autor, quizá no todo el estrés emocional sea burnout. Por este motivo, se están ensayando otros cuestionarios más operativos, como el S-MBM, que mide tres escalas diferentes: fatiga física, agotamiento emocional y abatimiento cognitivo.

Otro instrumento de medida que se ha utilizado en el síndrome del “quemado”, es el Inventario de Burnout de Copenhague (CBI)<sup>36</sup>, en este cuestionario el agotamiento emocional sigue siendo el núcleo principal del síndrome, pero se desarrollan tres escalas diferentes: el agotamiento emocional global, el agotamiento relacionado con el trabajo de forma general, independientemente de la profesión, y el agotamiento aplicado a los trabajadores de profesiones de servicio humanas.

Otros instrumentos de medida que se han desarrollado para medir el síndrome de desgaste profesional son: el Inventario de Burnout de Psicólogos, el Cuestionario Breve de Burnout, el Cuestionario de Burnout del Profesorado y el Cuestionario de Desgaste Profesional de Enfermería<sup>111</sup>. Igualmente, se ha estudiado el burnout utilizando el test CUBO<sup>112</sup> (cuestionario urgente de Burnout), que se ha desarrollado para medir de forma rápida este síndrome.

Hoy en día, el MBI es el instrumento utilizado con mayor frecuencia para medir el síndrome de desgaste profesional, independientemente de las características ocupacionales de la población analizada.

A pesar de que el resto de 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.

Además hemos querido medir la consistencia interna de las escalas mediante los coeficientes alfa de Cronbach, y hemos obtenido

unos valores de 0,9001 para el cansancio emocional, 0,7719 para la despersonalización, 0,8113 para la realización personal y 0,7553 para el burnout total. Estos valores se encuentran dentro del rango considerado válido por la literatura<sup>113</sup>.

En lo que se refiere a la respuesta obtenida en este trabajo, consideramos que el 63,3% obtenido, es una tasa de respuesta aceptable, que nos hace pensar que los resultados a los que hemos llegado reflejan de forma real la situación que existe en el colectivo estudiado.

En este sentido, hay varios hechos que queremos destacar; en primer lugar que no se ha escogido ninguna muestra para realizar el estudio, ya que se ha realizado sobre todos los médicos y enfermeros militares destinados en la Comunidad de Madrid. En segundo lugar, hemos conocido previamente algunas de las variables sociodemográficas y laborales de la población de referencia, y hemos visto que no existen diferencias con respecto a la población que ha respondido al cuestionario.

Un hecho que ha podido influir en la tasa de respuesta es que a una parte de los profesionales analizados se les mandaron los cuestionarios por correo, en vez de realizar una entrevista personal o grupal. Se ha visto que los estudios donde los cuestionarios se han enviado por correo han tenido tasas de respuesta más bajas. Un claro ejemplo es un trabajo llevado a cabo en médicos oncólogos, donde la tasa de respuesta ha sido muy baja, del 21%<sup>114</sup>.

A pesar de todo, en nuestro trabajo, hemos pensado que el hecho de enviar las encuestas por correo a una parte de los profesionales ha sido la mejor forma de conservar su anonimato, ya que en muchas ocasiones constituyen el único personal sanitario destinado en algunas Unidades o Centros militares.

En otros estudios realizados sobre el síndrome de burnout en profesionales sanitarios se han obtenido tasas de respuesta muy altas; como el 97% que se consiguió entre trabajadores sanitarios, de distintas

categorías laborales del hospital de Mataró<sup>91</sup>, realizada mediante entrevista personalizada, o el 87% en el estudio realizado entre personal sanitario, de atención primaria y especializada, del sistema público del Área de Guadalajara<sup>115</sup>.

También se han publicado trabajos sobre la prevalencia del síndrome de desgaste profesional en personal sanitario, con tasas de respuesta bajas, como el 30% obtenido en un estudio realizado en médicos de familia españoles<sup>116</sup>, o el 47,8% en trabajadores sanitarios de varios hospitales de Gerona<sup>117</sup>.

Sin embargo, 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 Cáceres<sup>118</sup>, el trabajo que se llevó a cabo entre los profesionales sanitarios de los servicios de rehabilitación<sup>119</sup>, con tasas de respuesta en ambos casos del 62%, o el trabajo que se realizó en personal de enfermería de atención hospitalaria<sup>92</sup>, con una tasa de respuesta del 64%.

En el mismo sentido, tenemos que decir que en el estudio de la producción bibliométrica sobre el síndrome de burnout, se han tenido en cuenta los artículos publicados a nivel mundial con una tasa de respuesta superior al 60%<sup>86</sup>. Por todo ello, consideramos aceptable la tasa de respuesta alcanzada en nuestro trabajo.

En lo que se refiere a los niveles de burnout y de sus tres dimensiones 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 sanitarias<sup>119-126</sup> (aunque son muchas menos las referidas a la Sanidad Militar<sup>127-130</sup>). A pesar de esta multitud de trabajos sobre el tema que nos atañe, encontramos una gran disparidad de resultados en lo que se refiere a las prevalencias encontradas, tanto del síndrome de burnout en general, como en cada una de sus tres escalas. 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 autores<sup>17</sup> 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.

A continuación, vamos a comparar estos resultados, en cuanto al porcentaje de individuos que presentan grados bajos, medios y altos de cada una de las tres dimensiones de burnout, con otros profesionales sanitarios, tanto de atención primaria como especializada (españoles y extranjeros), en estudios que han utilizado los mismos puntos de corte

para definir los grados de cansancio emocional, despersonalización y falta de realización personal que los empleados en nuestro trabajo.

Hay que tener en cuenta que, debido a las peculiaridades laborales de la población analizada, es muy complicado realizar comparaciones con otros profesionales de la salud, de forma que consideramos sólo de forma orientativa estos resultados comparativos.

En nuestro trabajo, encontramos que un 39% de los profesionales encuestados tienen niveles altos de cansancio emocional, y un 35% niveles altos de despersonalización y de falta de realización personal. De forma general, el 59% tiene niveles elevados de burnout en alguna de sus tres escalas.

Si analizamos los porcentajes alcanzados en el grado alto de cada una de las tres escalas del burnout, vemos como los obtenidos en médicos de atención primaria españoles<sup>131</sup> son más altos, especialmente en las escalas de despersonalización (61,29%) y falta de realización personal (92%), que los niveles alcanzados en nuestro estudio.

En otro trabajo realizado en médicos de atención primaria de un área sanitaria de Madrid<sup>62</sup>, encontramos un porcentaje de profesionales con grado alto de cansancio emocional ligeramente superior (42%) al que existe en sanitarios militares, sin embargo el porcentaje de individuos con niveles altos de despersonalización es prácticamente similar en ambos casos (35%), y en cuanto a la falta de realización personal, algo inferior en personal militar (38% vs. 35%).

Sin embargo, en otro estudio llevado a cabo en equipos de atención primaria de otro área sanitaria de Madrid<sup>90</sup>, la proporción de profesionales con niveles altos de cansancio emocional y despersonalización es algo menor que en nuestra población, pero algo más del 50% de estos facultativos tiene niveles bajos de logros personales, un 15% más que los médicos y enfermeros militares con falta de realización personal.

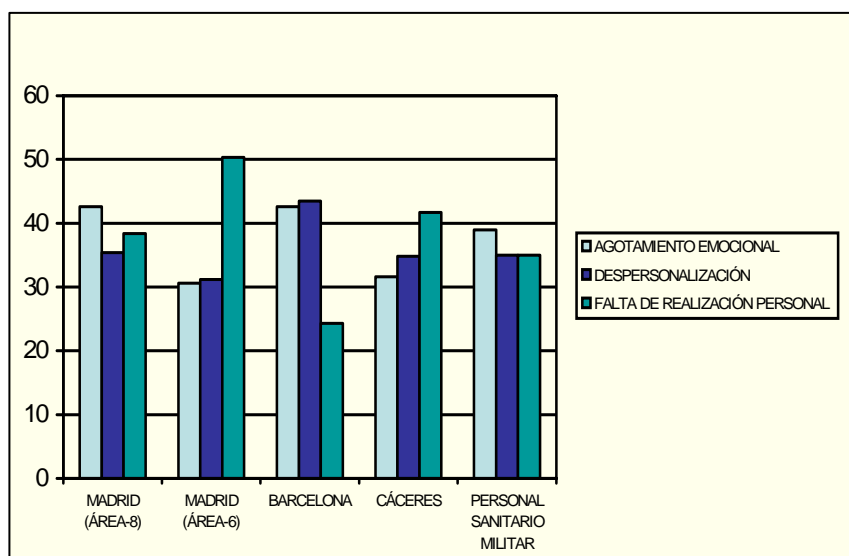
En el análisis que se realizó en 93 centros de Atención Primaria de Barcelona y de las comarcas del norte de la provincia<sup>132</sup>, se encontró que

un 42,6% de los facultativos tiene niveles altos de cansancio emocional y un 43,5% de despersonalización, porcentajes superiores a los encontrados en nuestro trabajo, sin embargo la falta de realización personal de estos facultativos es menor a la encontrada en nuestro estudio (24,3%).

En la provincia de Cáceres<sup>118</sup>, el porcentaje de médicos de atención primaria con puntuaciones elevadas en la dimensión cansancio emocional (algo más del 30%) es ligeramente inferior al encontrado en nuestro trabajo, en despersonalización el porcentaje encontrado es similar al nuestro, y sin embargo en falta de realización personal encontramos puntuaciones altas en un porcentaje de profesionales mayor al de nuestro estudio (aproximadamente del 40%).

En la figura 1 hacemos un análisis comparativo del porcentaje de sujetos con niveles altos de cansancio emocional, despersonalización y falta de realización personal alcanzados en nuestro trabajo, y los encontrados en personal sanitario de atención primaria de las provincias de Madrid<sup>62, 90</sup>, Barcelona<sup>132</sup> y Cáceres<sup>118</sup>.

Figura 1. Prevalencia de niveles altos de burnout en médicos de atención primaria españoles y en personal sanitario militar.



Así, vemos como los resultados de nuestro trabajo se encuentran en consonancia con los encontrados en facultativos de nuestro entorno.

En lo que se refiere a los profesionales de enfermería, en un estudio realizado entre estos profesionales del área de salud de Badajoz<sup>93</sup>, se encontraron niveles medios, en cada una de las tres escalas del burnout, con valores (23 en cansancio emocional, 8 en despersonalización y 36 en realización personal) prácticamente iguales a los que hemos alcanzado en nuestro trabajo.

No ocurre lo mismo con el estudio sobre el desgaste profesional llevado a cabo en enfermeras y auxiliares de un hospital de Sevilla<sup>49</sup>, donde los valores medios de las tres dimensiones del síndrome (15,72±6,57 en cansancio emocional, 5,46±4,46 en despersonalización y 33,16±7,84 en realización personal) son bastante más bajos que los alcanzados en el personal militar analizado.

Si seguimos con el personal de enfermería, en un grupo de enfermeras de un hospital de Barcelona<sup>63</sup>, la media obtenida para la despersonalización (7,19±4,97) y la realización personal (35±8,09) es muy similar a la alcanzada en nuestro estudio, sin embargo, la media del cansancio emocional (21,8±10,27) es ligeramente inferior a la recogida en nuestro trabajo. En un hospital murciano<sup>92</sup>, 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±11,1) y falta de realización personal (32,3±8,0) inferior al encontrado en nuestro trabajo, pero la media hallada en la dimensión de despersonalización (9,0±6,4) es superior al valor medio del personal militar estudiado.

En otro estudio realizado en coordinadores médicos y de enfermería de Centros de Salud de la Comunidad Valenciana<sup>125</sup>, se encontraron niveles bajos de burnout, de forma que el 29% de los individuos analizados presentaron niveles altos de cansancio emocional, el 15% de despersonalización y el 19% niveles bajos de realización personal. La prevalencia de burnout en este colectivo es menor que la descrita para los colectivos de médicos y de enfermería de atención primaria de donde estos coordinadores proceden, la razón puede

encontrarse en que el trabajo de coordinador, en contraposición al trabajo asistencial, aparece como un factor enriquecedor de la vida laboral.

Si se analizan profesionales sanitarios de distintos servicios hospitalarios, encontramos en personal asistencial pediátrico<sup>122</sup> 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. En los servicios de hospitalarios de rehabilitación<sup>119</sup>, 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 sanitario<sup>133</sup>, 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 oncología<sup>134-137</sup> y se ha visto que tienen mayores niveles de burnout, sobre todo de agotamiento emocional y despersonalización. El grado de agotamiento que sufren está relacionado con el tiempo que dedican a actividades clínicas, concretamente al cuidado de sus pacientes. Igualmente, 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, 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 estos profesionales sanitarios la comunicación con los pacientes es fundamental, y se establece una relación entre la escasez de las

habilidades de comunicación y la aparición de las tres dimensiones del burnout, de tal forma que el trabajo en equipo es muy importante en estos profesionales como forma de mejorar la comunicación y de prevención de este síndrome.

Siguiendo con los profesionales de la oncología, en un estudio realizado en oncólogos canadienses (subespecialidad ginecología) <sup>138</sup>, se encontraron niveles altos de agotamiento emocional en un 34% de los profesionales estudiados, la despersonalización apareció alta en el 14,3%, y un 32,4% de los médicos tenían niveles bajos de realización personal. A pesar de que como ya hemos comentado, la oncología se ha descrito como una de las especialidades con mayor índice de burnout, los niveles encontrados en estos profesionales son menores a los que aparecen en nuestro estudio.

Los autores de este estudio realizado en oncólogos canadienses, han comparado los resultados obtenidos en su trabajo con los niveles de cada una de las tres dimensiones del burnout obtenidos en estudios realizados en distintos profesionales de la medicina: oncólogos del Reino Unido, oncólogos de Ontario, médicos de urgencias canadienses y médicos especialistas holandeses. (Tabla 1).

*Tabla 1. Comparación de las escalas del burnout en distintas especialidades médicas.*

ESCALA BURNOUT	ONCÓLOGOS DEL REINO UNIDO	MÉDICOS DE URGENCIAS CANADIENSES	ONCÓLOGOS DE ONTARIO	MÉDICOS ESPECIALISTAS HOLANDESES	ONCÓLOGOS (GINECÓLOGOS) CANADIENSES
NIVELES ALTOS DE CANSANCIO EMOCIONAL	25%	13%	54,6%	15,5%	35,3
NIVELES ALTOS DE DESPERSONALIZACIÓN	15%	61%	24,7%	27,3%	14,7
NIVELES BAJOS DE REALIZACIÓN PERSONAL	34%	44%	50,5%	7,4%	32,4

*Fuente: L. Elit et al / Gynecologic Oncology 94 (2004).*

Otro grupo de profesionales donde clásicamente se han encontrado mayores niveles de desgaste profesional es en personal que atiende a enfermos críticos <sup>139, 140</sup>. En estos profesionales los estresores laborales más frecuentemente identificados han sido los relacionados con

la muerte, el sufrimiento de los pacientes y la sobrecarga laboral<sup>141</sup>, contagiando el burnout de unos profesionales a otros<sup>142</sup>. Sin embargo, en algunos trabajos se han encontrado niveles moderados de burnout en este colectivo<sup>143</sup>, y se ha visto como estos profesionales son capaces de identificar una serie de situaciones laborales, como el trabajo en equipo y la ayuda de los compañeros, para aumentar su satisfacción en el trabajo<sup>144</sup>.

El estrés laboral también es importante en los profesionales de los servicios de urgencias<sup>121, 145</sup>, ya que se trata de un colectivo que atiende a enfermos con patologías graves y que además está sometido a interminables turnos de trabajo.

Los profesionales sanitarios que atienden a enfermos geriátricos y terminales<sup>146</sup> también tienen mayores niveles de desgaste profesional y de insatisfacción laboral, especialmente los enfermeros, que debido al contacto más estrecho con estos pacientes presentan mayores niveles de cansancio emocional.

Otro colectivo de riesgo donde se ha estudiado el síndrome de burnout es en anestesistas<sup>147, 148</sup>, y en ellos se han identificado como estresores laborales la falta de participación en el trabajo y la escasa comunicación y contacto con los compañeros.

Si tenemos en cuenta los niveles de síndrome de burnout, encontramos en nuestro estudio un 59% de profesionales con niveles altos de este síndrome.

Este porcentaje es ligeramente inferior al encontrado en médicos de atención primaria de la provincia de Cáceres<sup>118</sup>, donde un 65,82% de profesionales presentó elevadas puntuaciones en alguna de las tres escalas del burnout. Igualmente, en médicos de atención primaria de un área sanitaria de Madrid<sup>62</sup>, el porcentaje de profesionales con niveles altos en alguna de las tres dimensiones del síndrome fue superior al encontrado en nuestro trabajo (69,2%).

Sin embargo, en personal asistencial pediátrico<sup>122</sup>, y en un grupo de enfermeras de atención hospitalaria<sup>92</sup>, los profesionales presentaron grados elevados de desgaste profesional en un porcentaje mucho menor al encontrado en nuestros profesionales, del 20,8% en el primer caso y entre el 20% y 30% en el segundo.

Encontramos por tanto que el porcentaje de sanitarios militares con niveles altos de burnout, si bien aparece en consonancia con los niveles alcanzados en nuestro entorno, su valor es equiparable al encontrado en médicos de atención primaria, un colectivo donde el burnout es frecuente, debido fundamentalmente a la excesiva presión asistencial y a la gran carga burocrática.

De forma general, los resultados sobre burnout encontrados a nivel hospitalario (con excepción de las especialidades más proclives al desgaste profesional, como ya hemos comentado anteriormente), muestran un porcentaje inferior de profesionales quemados, porcentaje bastante más bajo que el encontrado en personal militar.

Si comparamos nuestros resultados con los obtenidos en otros países, vemos que en personal de enfermería psiquiátrica de hospitales griegos<sup>149</sup> se han encontrado niveles moderados de burnout, y se ha relacionado la aparición de este síndrome con algunos factores laborales, como el apoyo del supervisor, la claridad de la tarea, el control por parte de los superiores, la cohesión entre los compañeros y el ambiente de trabajo.

En una muestra de médicos de Nueva Zelanda<sup>150</sup> un 28% experimentó niveles altos de desgaste profesional, y entre los trabajadores de un hospital chileno<sup>151</sup> un 31% estaba afectado por este síndrome. En un trabajo realizado en dos hospitales de la ciudad de Roma<sup>152</sup>, se encontró que el grado de burnout era similar en médicos y enfermeros que atendían a pacientes con problemas dermatológicos que en el resto de especialidades. Además, se comprobó la asociación que existe entre este síndrome y la satisfacción en el trabajo, independientemente de otros factores como la especialidad médica.

En Cuba<sup>153</sup> se vio que aproximadamente un 30% de los médicos y enfermeros de atención primaria y hospitalaria estaban afectados por este síndrome, siendo el porcentaje mayor en mujeres que desarrollaban su trabajo en atención primaria. En un hospital de Colombia<sup>154</sup> se encontró un alto nivel de desgaste profesional entre los médicos que trabajaban en el centro, tanto médicos internos como residentes de especialidades clínicas y quirúrgicas. En médicos de atención primaria mexicanos<sup>155</sup> un 42% estaban afectados por alguna de las tres dimensiones del burnout.

En lo que se refiere a las variables sociodemográficas analizadas, estudiaremos en primer lugar la asociación entre burnout y sexo en nuestra población de estudio.

En el análisis bivariante hemos encontrado que los hombres puntúan más alto en cansancio emocional, de forma estadísticamente significativa ( $p=0,007$ ), y también tienen mayores puntuaciones en despersonalización y falta de realización personal, aunque en estas dos dimensiones no existe significación estadística. Sin embargo, en la regresión logística no hemos encontrado ningún tipo de asociación ni con el burnout, ni con ninguna de sus tres dimensiones.

En relación con el burnout y el sexo, la literatura revisada no ofrece resultados en una única dirección, ya que en algunos estudios las mujeres muestran mayores niveles de burnout<sup>51, 115</sup> y sin embargo otros trabajos indican lo opuesto<sup>90, 118</sup>.

En cuanto a las dimensiones del síndrome, 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 emocional<sup>156</sup>.

En la misma línea se ha descrito que mientras los varones manifiestan la insatisfacción laboral por síntomas somáticos, las mujeres lo hacen por síntomas de desgaste profesional, de forma que las mujeres serían más proclives a desarrollar burnout. La pérdida de interés por la actividad laboral se produciría por la sobrecarga asistencial y la presión laboral, que añadidas a la demanda doméstica y familiar, contribuirían al estrés, que lleva al agotamiento.

En nuestro estudio, los varones dedican más tiempo a su trabajo profesional y menos a las tareas domésticas que las mujeres; los hombres dedican el 24% de sus horas semanales a las tareas del hogar, mientras que el porcentaje en las mujeres es del 37%. Sin embargo, es mayor el porcentaje de varones que ejerce su profesión fuera del ámbito de la Sanidad Militar, un 54,6%, frente al 19% de mujeres que tienen una doble jornada laboral.

En cuanto a la relación sexo-profesión, al igual que ocurre en trabajos realizados en población civil<sup>157</sup>, en nuestro estudio hay un mayor porcentaje de mujeres entre los profesionales de enfermería, y un porcentaje mayor de varones entre los médicos.

La diferencia del porcentaje de hombres y mujeres médicos de nuestra población de estudio (79% de hombres y 21% de mujeres) es superior a la que existe actualmente en nuestro medio, donde el 54% de los médicos en activo son varones, mientras que el 46% son mujeres<sup>158</sup>.

En lo que se refiere a la edad, la edad media de los profesionales estudiados es alta (43 años), posiblemente porque los médicos y enfermeros más jóvenes están destinados fuera de Madrid. Algunos destinos, especialmente el Hospital Central y los Órganos Centrales de la Defensa, así como los Cuarteles Generales de los tres Ejércitos, están ocupados por profesionales sanitarios de mayor edad.

Encontramos en nuestro estudio como, de acuerdo con la literatura<sup>159</sup> el desgaste profesional disminuye a medida que aumenta la edad. Esto ocurre en las dimensiones de cansancio emocional y despersonalización, así como en la variable burnout (que es casi 7 veces

más frecuente en individuos menores de 35 años, y 3 veces en profesionales entre 35 y 50 años), de forma estadísticamente significativa, y también en la falta de realización personal, aunque en este caso no encontramos significación estadística.

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.

Asociada directamente con la edad está la antigüedad profesional. Para algunos autores<sup>48</sup>, existe un período de mayor sensibilización al burnout después de 10 años de ejercicio profesional, ya que a partir de este momento se ha producido la transición de las expectativas idealistas a la práctica cotidiana. También se ha descrito un período de vulnerabilidad durante los primeros años de ejercicio profesional.

En los profesionales encuestados en este trabajo, la media de antigüedad en la profesión es alta, de 19 años, y hemos encontrado como 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, y también en el burnout, de forma estadísticamente significativa. Sin embargo, no encontramos esta asociación con la falta de realización personal. Estos resultados están en concordancia con otros estudios realizados<sup>116</sup>, si bien en otros encuentran menor agotamiento emocional en aquellos profesionales con mayor experiencia profesional<sup>49</sup>.

Otras variables sociodemográficas estudiadas son el estado civil y la presencia de hijos. La mayoría de los profesionales sanitarios que han

respondido tienen hijos (69,7%) y están casados o tienen pareja estable (75,8%).

Se ha descrito que los solteros son más propensos al burnout que los casados, e incluso tienen niveles de agotamiento mayores a los que están divorciados. Igualmente, la presencia de hijos actúa como un factor protector del desgaste profesional, esto es debido a que el soporte familiar actúa como un amortiguador del estrés laboral, y la familia disminuye la sobreimplicación en el trabajo<sup>118</sup>.

En nuestro estudio, encontramos en el análisis bivariante que los profesionales casados o con pareja estable y que tienen hijos presentan mayores niveles de agotamiento emocional, pero esta asociación no se mantiene en la regresión logística. Estos resultados han de interpretarse con cautela, ya que en la mayoría de la literatura revisada la relación encontrada es inversa<sup>160</sup>, o no existe asociación significativa<sup>141</sup>. En nuestro estudio no existe asociación con la despersonalización, la falta de realización personal y el burnout, coincidiendo con otros trabajos de nuestro entorno<sup>93</sup>.

Las personas con hijos son 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.

En cuanto a la profesión, hemos encontrado en el análisis multivariante de nuestro trabajo mayor cansancio emocional, falta de realización personal y burnout en los profesionales de enfermería en comparación con los médicos, de forma estadísticamente significativa. No encontramos estas diferencias en la escala de despersonalización.

En muchos estudios realizados<sup>161, 162</sup> 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 organizacionales como personales<sup>163-165</sup>, 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 burnout.<sup>166</sup>

Otro de los aspectos de este colectivo que también puede intervenir en el síndrome de desgaste profesional es el trabajo por turnos. Así, se han descrito mayores niveles de despersonalización en los enfermeros que trabajaban en el turno de noche, quizá debido a la menor comunicación y la disminución en la administración de cuidados a los pacientes durante la noche, que puede ocasionar mayor distanciamiento y menor sensibilidad hacia ellos.<sup>167</sup>

Relacionado también con el trabajo por turnos, se ha descrito que la exposición a la luz del día en el trabajo disminuye el estrés y aumenta la satisfacción laboral, de forma que los turnos nocturnos pueden conducir al agotamiento, al aumentar el estrés relacionado.<sup>168</sup>

En el medio militar, los factores laborales descritos se mantienen e incluso se acrecientan debido a que en muchas ocasiones los profesionales de la enfermería se encuentran solos en sus destinos, sin médicos, y las actividades que de ellos requieren sus jefes o superiores pueden sobrepasar sus competencias profesionales. Por otra parte, en el medio militar no están reconocidas las especialidades de enfermería, por lo que su paso de las Unidades a los centros hospitalarios es muy difícil. En los hospitales militares la gran parte de los enfermeros son civiles, y esto puede contribuir a la falta de realización personal de estos profesionales.

Otra de las variables analizadas es el centro de trabajo, la hemos dividido en Unidades, Centros y Organismos (UCO,s) del Ejército de Tierra, Aire y Armada, y Organismos Centrales de la Defensa debido a las diferentes características laborales de cada una de ellas.

Debido a que la población de estudio se refiere únicamente a los médicos y enfermeros militares destinados en la Comunidad de Madrid, la mayor parte de los encuestados trabaja en Organismos Centrales de la Defensa (73,6%), que incluye entre otros el Hospital Central de la Defensa "Gómez Ulla", donde se encuentra destinado un gran número de estos profesionales.

Hay que resaltar también que teniendo en cuenta la profesión, es superior el porcentaje de médicos que de enfermeros que trabajan en estos Organismos (80% vs. 57%), ya que por las razones descritas anteriormente, es más difícil el paso de los enfermeros a los hospitales militares.

En consonancia con estos comentarios están los resultados del análisis multivariante de la variable centro de trabajo, ya que si bien no encontramos asociación con el cansancio emocional, la despersonalización y el burnout, es significativa la asociación que existe con la falta de realización personal, en el sentido de menor realización personal en los médicos y enfermeros destinados en UCO,s del Ejército de Tierra, Aire y Armada, con respecto a los que trabajan en Organismos Centrales de la Defensa.

Este hecho puede explicarse porque actualmente las actividades que realiza el personal sanitario destinado en estas UCO,s son diferentes a las que desarrollaban al inicio de su carrera profesional, ya que en la actualidad se dedican fundamentalmente a labores de medicina preventiva y pericial, y al comienzo de su carrera su trabajo iba enfocado sobre todo a la medicina asistencial.

En relación con estos resultados, encontramos que algo más de la mitad de los profesionales analizados realizan atención especializada, mientras que el 50% restante se reparte casi por igual entre los que se dedican a la atención primaria y aquellos que ejercen labores directivas, de asesoramiento, administrativas o docentes.

En el grupo de los médicos encontramos un mayor porcentaje que se dedica a la atención especializada (68%), mientras que los enfermeros

se dedican fundamentalmente a la atención primaria y a labores administrativas. En este sentido hay que decir que debido a que el burnout es superior en algunas especialidades médicas, sobre todo las que tratan con enfermos críticos, oncológicos, terminales o crónicos, en nuestro cuestionario preguntamos la especialidad de los médicos encuestados. Sin embargo, el grado de cumplimentación de esta variable no nos permite su análisis. Creemos que esto es debido a que en los servicios hospitalarios el número de facultativos destinados es pequeño, y algunos de ellos han optado por no rellenar este ítem.

En el análisis bivariante hemos encontrado mayores niveles de cansancio emocional en los profesionales de atención primaria, de forma estadísticamente significativa, si bien esta asociación no se mantiene en la regresión logística.

Según la literatura revisada, existen mayores niveles de desgaste profesional en los profesionales de atención primaria, debido fundamentalmente a las condiciones laborales que están viviendo actualmente<sup>131</sup>.

No podemos comparar las características de los facultativos civiles y militares que se dedican a la atención primaria, puesto que los segundos atienden sobre todo a población joven y sana, y se dedican especialmente a la medicina de urgencia, pericial y preventiva, en sus puestos de trabajo.

En cuanto al tiempo de trabajo en el destino actual, más de la mitad de los médicos y enfermeros encuestados (56%) llevan menos de 5 años trabajando en su puesto laboral. Hemos encontrado en estos profesionales mayor frecuencia de cansancio emocional, de forma estadísticamente significativa, sin embargo no hay asociación con el resto de dimensiones ni con el burnout. Es probable que durante los primeros años de trabajo los profesionales se encuentren menos seguros y por tanto más vulnerables a los estresores laborales.

Algunos estudios no han encontrado relación entre la antigüedad en el trabajo actual y el burnout<sup>122,151</sup>, otros encuentran mayor cansancio emocional en aquellos profesionales que llevan entre 10 y 20 años en su puesto laboral<sup>115</sup>.

En lo que se refiere al tipo de trabajo, intra o extrahospitalario, los profesionales analizados se reparten casi al 50% entre ambos, los sanitarios militares que trabajan en un hospital son sobre todo médicos (91,2%), y los que ejercen un trabajo extrahospitalario son enfermeros (51,9%). Ya hemos comentado anteriormente la dificultad de los enfermeros militares de acceder a los destinos hospitalarios.

Es llamativo el resultado obtenido en el análisis de la regresión logística de esta variable y la falta de realización personal; hemos encontrado que el tener un trabajo extrahospitalario es un factor de protección, ya que posiblemente los sanitarios militares destinados en el hospital no ven realizadas de forma adecuada sus expectativas laborales. Según los resultados obtenidos, posiblemente los destinos no hospitalarios del Órgano Central de la Defensa, sean donde el personal esté más realizado.

Esto puede deberse a que, como ya hemos comentado, en la Sanidad Militar se han producido en los últimos años una serie de cambios en cuanto a las actividades asistenciales realizadas y al tipo de paciente asistido, entre ellos destacan los convenios que se han firmado entre los Institutos de Salud de las distintas Comunidades Autónomas y los hospitales militares<sup>169</sup> y el paso de personal militar a Aseguradoras Privadas para su asistencia sanitaria. A todo esto hay que sumar el cierre de varios hospitales militares<sup>170</sup>, como por ejemplo el Hospital Militar de Sevilla o el Hospital del Aire y la Policlínica Naval en Madrid, lo que ha producido un importante movimiento de personal sanitario a otros destinos.

Siguiendo con el análisis de la variable tipo de trabajo, en el análisis bivariante encontramos una clara tendencia en el sentido de mayor cansancio emocional en los profesionales con un trabajo

intrahospitalario. Sin embargo, en la regresión logística no encontramos asociación estadísticamente significativa con el cansancio emocional, la despersonalización y el burnout.

En relación con los enfermos atendidos, aparece claramente como un factor de protección el atender diariamente entre 10 y 20 enfermos, tanto para el cansancio emocional, la falta de realización personal y el burnout.

Sin embargo, el atender a más de 20 enfermos/día aparece como un factor de riesgo para la aparición de despersonalización, de forma estadísticamente significativa. También aparece como un factor de riesgo para la aparición de cansancio emocional, aunque en este caso no hay significación estadística.

En la misma línea, existe una clara tendencia a que los profesionales que pasan más del 50% de su jornada laboral en contacto con enfermos o familiares tengan un mayor cansancio emocional.

Siguiendo con estos resultados, también hemos encontrado mayor despersonalización, de forma estadísticamente significativa, en los sanitarios que trabajan más de 45 horas semanales.

Estos resultados concuerdan con los obtenidos en otros estudios<sup>119,132</sup>, ya que claramente la sobrecarga laboral se ha asociado con mayores niveles de burnout. El hecho de atender a un mayor número de enfermos al día aumenta los niveles de cansancio emocional, pero también de despersonalización, ya que los profesionales de la medicina se hacen más distantes con sus pacientes, quizá como un mecanismo de defensa.

En el mismo sentido, también encontramos que aquellos médicos y enfermeros que ejercen su profesión fuera del ámbito de la Sanidad Militar tienen mayores niveles de cansancio emocional, de forma estadísticamente significativa. Igualmente, existe una clara tendencia a la mayor despersonalización, aunque en este caso no hay significación estadística. Esto se explica porque estos profesionales en su doble

jornada laboral están en contacto con un mayor número de enfermos, por lo que según lo comentado anteriormente los niveles de cansancio emocional y despersonalización serán mayores.

Nos llama la atención que el atender entre 10 y 20 enfermos/día sea un factor de protección frente a los que atienden a menos de 10 pacientes. En algunos estudios realizados en población civil, los profesionales sanitarios que no atienden pacientes aparecen “menos quemados” que los que se dedican a laborales asistenciales<sup>125</sup>.

Posiblemente, el importante problema de sobrecarga laboral que existe en la actualidad en la Sanidad Civil, especialmente en la atención primaria, cuyos profesionales tienen que atender a un gran número de pacientes sin poder dedicarles el tiempo adecuado, no existe a tan gran escala en la Sanidad Militar, de hecho en nuestro estudio, los resultados obtenidos en cuanto al número de enfermos atendidos diariamente es de 13 pacientes de media. Se ha descrito en médicos residentes de medicina de familia españoles<sup>171</sup> como ya perciben los problemas de falta de tiempo con el paciente y de sobrecarga asistencial, e intentan solventarlo haciendo consultas más cortas, a costa de empeorar sus habilidades de comunicación básicas para la realización de una correcta asistencia a los problemas de salud de sus pacientes, como son las relacionadas con la exploración de los aspectos personales y contextuales de la dolencia, así como las de negociación, produciéndose de esta forma un deterioro de la relación médico-paciente.

Destacamos también en cuanto a la despersonalización, que el dedicar más de 15 horas semanales a las tareas domésticas aparece como un factor de protección. No encontramos esta asociación con el cansancio emocional, la falta de realización personal y el burnout. Este hecho puede explicarse porque dentro de las tareas del hogar se incluye el cuidado de los hijos, y el pasar más tiempo con la familia y especialmente con los hijos, protege a los profesionales de la salud de la aparición de esas actitudes negativas hacia sus pacientes.

Finalmente, analizaremos los resultados obtenidos en el análisis de las variables laborales específicas de la Sanidad Militar, como son el tener destinos forzosos fuera de la residencia habitual, la asistencia a misiones y el tiempo en las mismas.

Como era de esperar por la movilidad de las Fuerzas Armadas, más de la mitad de la población encuestada (casi el 56%) ha estado destinada de forma forzosa fuera de su residencia habitual.

Igualmente, debido a la participación creciente del Ejército español en misiones internacionales, encontramos que una gran parte de los sanitarios ha realizado al menos una misión internacional (casi el 48%), destacando el 3% que ha realizado 5 o más misiones. La media del cómputo total del tiempo en las misiones es de algo más de 6 meses. Posiblemente, los médicos y enfermeros destinados en UCO,s de los tres Ejércitos, que acompañan a su Unidad en sus desplazamientos fuera de nuestras fronteras, realicen misiones de más larga duración que los médicos especialistas, que habitualmente realizan estas misiones apoyando a los Equipos y Unidades Médicas Avanzadas (hospitales de campaña).

En cuanto a estas variables específicas de la Sanidad Militar, en el análisis bivalente hemos encontrado mayores niveles de despersonalización en aquellos profesionales que han realizado misiones, y más realización personal en los que han estado menos de 6 meses en las mismas, en ambos casos de forma estadísticamente significativa. También el cansancio emocional es mayor en aquellos que han realizado misiones y que han estado más de 6 meses de tiempo total en las mismas, aunque no de forma estadísticamente significativa.

En el análisis de la regresión logística no hemos encontrado en nuestro trabajo asociaciones estadísticamente significativas con ninguna de estas variables específicas de la Sanidad Militar, ni con el burnout ni con ninguna de sus tres dimensiones.

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 militares<sup>172</sup>.

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.

Y por último, también aparecen problemas éticos, debido a que la carencia de los recursos médicos adecuados impide en muchas ocasiones la realización normal del triage de los pacientes, y los enfermos más graves a veces no podían ser tratados en primer lugar<sup>172</sup>.

Por tanto, los sanitarios militares pueden tener mayor riesgo de estrés que sus homólogos civiles, debido a varias razones: primero, a que deben estar continuamente preparados para poder realizar cualquier tipo de misión en el momento que su país lo necesite, y esto debe conllevar la continua preparación física, psicológica y profesional de este colectivo. La segunda razón es que en las operaciones militares el trabajo se realiza en unas condiciones muy diferentes a la práctica habitual y generalmente pasando largos períodos de tiempo alejados de la familia y de sus seres queridos.

Para finalizar, podemos decir que el perfil del sanitario militar destinado en la Comunidad de Madrid, es un varón de 43 años, casado o con pareja estable y con hijos. En cuanto a los factores laborales, se trata de un médico, con 19 años de antigüedad en la profesión, que trabaja en Organismos Centrales de la Defensa, tiene 7 años de antigüedad en el destino actual, realiza un trabajo intrahospitalario y desarrolla atención especializada. Este profesional atiende diariamente a 13 enfermos en su centro de trabajo, en donde trabaja 38 horas a la semana. Dedicar 14 horas semanales a las tareas domésticas, pasa menos del 50% de su jornada laboral en contacto con enfermos y/o familiares y de forma mayoritaria no ejerce su profesión fuera de la Sanidad Militar. En cuanto a los factores específicos de la Sanidad Militar, ha tenido al menos un destino forzoso fuera de su residencia habitual y no ha realizado misiones en el extranjero.

En cuanto al perfil del sanitario militar con burnout, se trata de un profesional menor de 35 años, enfermero, destinado en Unidades, Centros u Organismos del Ejército de Tierra, Aire o Armada y con menos de 5 años en su destino actual.

Aparecen como factores de protección tener un trabajo extrahospitalario, atender entre 10 y 20 enfermos/día y tener menos de 15 años de antigüedad en la profesión.

Finalmente, terminamos este trabajo con una serie de preguntas y reflexiones sobre el burnout en personal sanitario de las Fuerzas

Armadas: nos llama la atención que las características laborales específicas de la Sanidad Militar no intervengan de una forma clara en el desgaste de estos profesionales, sin embargo si encontramos niveles medios en cada una de las tres dimensiones del síndrome y un porcentaje alto, casi del 60%, de médicos y enfermeros con niveles altos de burnout, por tanto nos tenemos que preguntar: ¿qué está quemando realmente a nuestros profesionales? ¿será posiblemente la etapa tan importante de cambios organizativos lo que está afectando a este colectivo?.

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 social<sup>173</sup>. Además se ha visto como existe una correlación positiva entre la satisfacción en el trabajo y algunos trastornos de la salud, como el propio burnout, la ansiedad y la depresión<sup>174</sup>.

Tanto los médicos como los enfermeros consideran como incentivos más atractivos en su trabajo el buen ambiente laboral, el aprecio y la consideración de sus compañeros y la existencia de relaciones afectivas estables<sup>175</sup>. Así, se ha visto que la satisfacción laboral se correlaciona de forma directa con el trabajo en equipo y las relaciones interpersonales con los compañeros y supervisores<sup>176-178</sup>. La motivación intrínseca y la calidad de vida profesional se correlacionan con las tres dimensiones del burnout; de forma directa con la realización personal y de forma inversa con el cansancio emocional y la despersonalización<sup>179</sup>.

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<sup>180,181</sup>.

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 accidentabilidad<sup>182</sup>.

Ya hemos comentado la relación entre la satisfacción laboral y el burnout, además este síndrome se ha descrito como un importante predictor de bajas laborales psiquiátricas<sup>183</sup>, por lo que su prevención es fundamental.

Para la prevención del síndrome de desgaste profesional no sólo hay que tomar medidas individuales, sino que es muy importante la prevención a nivel de las organizaciones<sup>184</sup>. En este sentido, un aspecto fundamental es la formación de nuestros profesionales sanitarios, así es importante ir analizando las demandas del mercado laboral para definir los perfiles profesionales necesarios y diseñar la formación adecuada, que debería adaptarse al avance tecnológico, la renovación de conocimientos y los cambios organizativos de las profesiones sanitarias<sup>185</sup>.

Las organizaciones sanitarias deben aprovechar los recursos profesionales de que disponen y las estructuras existentes, contribuyendo de forma activa al desarrollo profesional de sus trabajadores, pero es necesario que incorporen a sus esquemas operativos una serie de unidades que faciliten la aplicación de los nuevos esquemas culturales basados en la conexión aprendizaje-trabajo<sup>186</sup>.

Como conclusión final podemos decir que el síndrome de desgaste profesional se está convirtiendo en un problema de salud pública<sup>187</sup>, ya que si los profesionales que se dedican a cuidar a otras personas están “quemados” las consecuencias las percibe la sociedad en general, por tanto habría que considerar el bienestar de los profesionales de la salud, y de todas las profesiones de ayuda como una prioridad social.

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.

## ***7.-Conclusiones.***

---



## **7.- CONCLUSIONES.**

1. Un 59% de los sanitarios militares tiene niveles altos de burnout. Y un 23% niveles medios de este síndrome.
2. Aparecen niveles altos de cansancio emocional en un 39% de los profesionales, y de despersonalización y falta de realización personal en un 35%, respectivamente.
3. El perfil del sanitario militar con burnout es un profesional menor de 35 años, enfermero, destinado en Unidades, Centros u Organismos del Ejército de Tierra, Aire o Armada y con menos de 5 años de antigüedad en su destino actual.
4. Aparecen como factores de protección tener un trabajo extrahospitalario, atender entre 10 y 20 enfermos/día y tener menos de 15 años de antigüedad en la profesión.
5. No encontramos diferencias estadísticamente significativas con el burnout y sus dimensiones entre los profesionales que ejercen un trabajo intra y extrahospitalario.
6. Los niveles encontrados de burnout y sus escalas son similares al de otros estudios realizados en médicos y enfermeros civiles, y no existen importantes diferencias en cuanto a las variables sociodemográficas y laborales asociadas con el mismo.



***Anexos***

---



**ANEXO 1: MASLACH BURNOUT INVENTORY****MASLACH BURNOUT INVENTORY**

<b>Frecuencia</b>						
0 Nunca	1 Pocas veces al año o menos	2 Una vez al mes o menos	3 Unas pocas veces al mes	4 Una vez a la semana	5 Pocas veces a la semana	6 Todos los días
<b>Marcar con una cruz la casilla correspondiente según la numeración de la tabla anterior</b>						
Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Me siento cansado al final de la jornada de trabajo _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Me siento fatigado cuando me levanto por la mañana y tengo que enfrentarme con otro día de trabajo _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fácilmente comprendo como se sienten los pacientes _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Creo que trato a algunos pacientes como si fueran objetos impersonales _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trabajar todo el día con mucha gente es un esfuerzo _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trato muy eficazmente los problemas de los pacientes _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Me siento quemado por mi trabajo _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Creo que estoy influyendo positivamente con mi trabajo en las vidas de otras personas _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Me he vuelto más insensible con la gente desde que ejerzo esta profesión _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Me preocupa el hecho de que este trabajo me esté endureciendo mucho emocionalmente _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Me siento muy activo _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Me siento frustrado en mi trabajo _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Creo que estoy trabajando demasiado _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Realmente no me preocupa lo que ocurre a algunos de mis pacientes _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trabajar directamente con las personas me produce estrés _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Me siento estimulado después de trabajar en contacto con mis pacientes _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fácilmente puedo crear una atmósfera relajada con mis pacientes _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
He conseguido muchas cosas útiles en mi profesión _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Me siento acabado _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En mi trabajo, trato los problemas emocionales con mucha calma _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Siento que los pacientes me culpan por algunos de sus problemas _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## ANEXO 2: CUESTIONARIO DE VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS Y LABORALES

<b>CUESTIONARIO DE VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS Y LABORALES</b>	
<b>Datos Personales</b>	
Sexo <input type="checkbox"/> Hombre	Edad _____ años
<input type="checkbox"/> Mujer	Nº de hijos _____
Estado Civil <input type="checkbox"/> Soltero/a	<input type="checkbox"/> Divorciado/a o separado/a
<input type="checkbox"/> Casado/a o pareja estable	<input type="checkbox"/> Viudo/a
<b>Datos Profesionales</b>	
<b>Personales</b>	
Profesión <input type="checkbox"/> Médico	Años de antigüedad en la profesión _____ años _____ meses
<input type="checkbox"/> Enfermero	
<b>Del Centro de trabajo</b>	
Centro de trabajo:	<input type="checkbox"/> UCO,s. del Ejercito de Tierra <input type="checkbox"/> UCO,s. de la Armada
	<input type="checkbox"/> UCO,s. del Ejercito del Aire <input type="checkbox"/> Organismos Centrales de la Defensa
Años de trabajo en el destino actual	_____
Tipo de atención sanitaria en el centro de trabajo	<input type="checkbox"/> Atención Primaria
	<input type="checkbox"/> Atención especializada Especialidad: _____
	<input type="checkbox"/> Dirección, asesoramiento, administración o docencia
Tipo de trabajo:	<input type="checkbox"/> Intrahospitalario
	<input type="checkbox"/> Extrahospitalario
Nº de enfermos que atiende diariamente en su centro de trabajo	_____
Nº de horas semanales que trabaja en el centro de trabajo:	_____
Nº de horas semanales que dedica a tareas domésticas: (limpieza de hogar, cuidado de hijos ...)	_____
Porcentaje de su jornada que pasa en interacción con enfermos y/o familiares:	
	<input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> <25% <input type="checkbox"/> 25-50 % <input type="checkbox"/> 50-75% <input type="checkbox"/> >75%
¿Ejerce su profesión fuera del ámbito de la Sanidad Militar?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
<b>De la profesión militar</b>	
Número de destinos forzosos fuera de su residencia habitual :	_____
Número de misiones en el extranjero:	_____
Cómputo de tiempo total en las misiones:	_____ meses

### **ANEXO 3: CARTA DE PRESENTACIÓN**



**MINISTERIO  
DE  
DEFENSA**

**HOSPITAL CENTRAL DE LA DEFENSA  
SERVICIO DE MEDICINA PREVENTIVA**

Estimado Sr/Sra:

Se le invita a participar en un estudio sobre la aparición del síndrome de Burnout (síndrome de desgaste profesional), de gran importancia por su prevalencia entre profesionales sanitarios.

Con este trabajo pretendemos valorar el posible perfil de riesgo, de mayor susceptibilidad y los principales factores determinantes para la aparición del mencionado cuadro.

Este estudio está aprobado por la Comisión de Investigación del Hospital Central de la Defensa y autorizado por la Inspección General de Sanidad así como por las Direcciones de Sanidad de los tres Ejércitos.

Dado que es un estudio de tipo observacional, no se va a realizar ninguna intervención sobre la práctica profesional habitual. Simplemente, se trata de contestar, de forma totalmente voluntaria, a un cuestionario anónimo, autocumplimentado y sobre el que te aseguramos la auténtica confidencialidad de los datos, además los análisis de los resultados se realizarán de forma global y nunca a nivel individual.

Agradecemos de antemano su consentimiento para la recogida de información y nos ponemos a su disposición para cualquier duda que pueda albergar, en el teléfono 91-4228627.

Muchas gracias por su participación

Fdo. Gloria G. Cáceres Bermejo



## ***Bibliografía.***

---



## BIBLIOGRAFÍA.

1. Freudenberger H. Staff Burn-Out. *Journal of Social Issues* 1974; 30(1): 159-166.
2. Maslach C. Burned-out. *Human Behavior* 1976; 9 (5): 16-22.
3. Edelwich J, Brodsky A. Burnout: stages of disillusionment in helping professions. Nueva York: Human Services Press; 1980.
4. Pines A, Aronson E, Kafry D. *PBurnout: From tedium to personal growth*. New York: Free Press; 1981.
5. Maslach C, Jackson S. The measurement of experienced burnout. *Journal of Occupational Behaviour* 1981; 2 (2): 99-113.
6. Maslach C, Jackson SE. *Maslach Burnout Inventory Manual*. (2<sup>o</sup> edic). Palo Alto, CA: Consulting Psychologist Press; 1986.
7. Maslach C, Schaufeli WB, Leiter MP. Job Burnout. *Annu Rev Psychol* 2001; 52 (1): 397-422.
8. Gervás JJ, Hernández M. Enfermedad de Tomás. *Med Clin*, 1989; 93: 572-575.
9. Vega ED, Pérez Urdaniz A. El síndrome de burnout en el médico. Madrid : Smith Kline Beecham ; 1998.
10. Mingote JC, Pérez Corral F. Síndrome del "burnout" o de desgaste profesional. En: Mingote Adán JC, Pérez Corral F, (Ed). *El estrés del médico. Manual de autoayuda*. Madrid: Diaz de Santos; 1999. p. 43.
11. Gil-Monte P, Peiró JM. Perspectivas teóricas y modelos interpretativos para el estudio del síndrome de quemarse por el trabajo. *Anales de Psicología* 1999; 15(2): 261-268.
12. Ferrer R. Burn out o síndrome de desgaste profesional. *Med Clin (Barc)* 2002; 119(13):495-496.

13. González R. Síndrome de burn-out: una oportunidad para aprender y reflexionar. *Semergen* 2003; 29(1):2-3.
14. Robles JI. El síndrome de burnout. *Med Mil (Esp)* 2004; 60 (1): 13-21.
15. 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.
16. Tizón JL. ¿Profesionales “quemados”, profesionales “desengañados” o profesionales con trastornos psicopatológicos?. *Aten Primaria* 2004; 33(6): 326-330.
17. Cebriá J. Distrés crónico y desgaste profesional: algunas hipótesis etiológicas y nosotáxicas. *Aten Primaria* 2003; 31(9): 572-574.
18. 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.
19. Mingote JC, Pérez Corral F. Síndrome del “burnout” o de desgaste profesional. En: Mingote Adán JC, Pérez Corral F, (Ed). *El estrés del médico. Manual de autoayuda*. Madrid: Diaz de Santos; 1999. p. 4-10.
20. Leka S, Griffiths A, Cox T. ¿Que es el estrés laboral?. La organización del trabajo y el estrés. Instituto de Trabajo, Salud y Organizaciones. [Internet]. Organización Mundial de la Salud; 2004. [acceso 5 de octubre de 2005]. Disponible en: [http://www.who.int/-occupational\\_health/publications/pwh3sp.pdf](http://www.who.int/-occupational_health/publications/pwh3sp.pdf)
21. Fernández-López JA, Siegrist J, Rödel A, Hernández-Mejía R. El estrés laboral: un nuevo factor de riesgo. ¿Qué sabemos y qué podemos hacer? *Aten Primaria* 2003; 31(8): 1-10.
22. Leka S, Griffiths A, Cox T. Causas del estrés laboral. La organización del trabajo y el estrés. Instituto de Trabajo, Salud y Organizaciones. [Internet]. Organización Mundial de la Salud;

2004. [acceso 5 de octubre de 2005]. Disponible en: [http://www.who.int/occupational\\_health/publications/pwh3sp.pdf](http://www.who.int/occupational_health/publications/pwh3sp.pdf)
23. Kortum-Margot E. Factores psicosociales que influyen en el trabajo. Programa de Higiene del Trabajo. The Global Occupational Health Network 2:7-10. [Internet]. Organización Mundial de la Salud; 2002. [acceso 5 de octubre de 2005]. Disponible en: [http://www.who.int/occupational\\_health/publications/newsletter/en/gohnet2s.pdf](http://www.who.int/occupational_health/publications/newsletter/en/gohnet2s.pdf)
24. Morata MA, Ferrer VA. Interacción entre estrés ocupacional, estrés psicológico y dolor lumbar: un estudio en profesionales sanitarios de traumatología y cuidados intensivos. MAPFRE Medicina 2004; 15(3):49-61.
25. Piedrahita Lopera H. Evidencias epidemiológicas entre factores de riesgo en el trabajo y los desórdenes músculo-esqueléticos. MAPFRE Medicina 2004; 62-71.
26. Flórez Lozano JA. La muerte y el médico: impacto emocional y *burnout*. Med Integral 2002; 40 (4):167-182.
27. Casas J, Repullo JR, Lorenzo S. Estrés laboral en el medio sanitario y estrategias adaptativas de afrontamiento. Rev Calidad Asistencial 2002; 17 (4):237-246.
28. McManus IC, Winder BC, Gordon D. The causal links between stress and burnout in a longitudinal study of UK doctors. Lancet 2002; 359 (9323):2089-2090.
29. Serrano Gisbert MF. Estrés laboral en personal sanitario. Fisioterapia 2002; 24 (1):33-42.
30. González- Rodríguez VM. Acoso laboral. Aproximación al *mobbing*. Semergen 2004; 30 Supl 1:3-8.
31. Heinz Leymann. [Internet]. The Definition of Mobbing at Workplaces. The Mobbing Encyclopaedia, 2000. [acceso 20 de octubre de 2005]. Disponible en: <http://www.leymann.se/English/12100E.htm>

32. Báguena Puigcerver MJ. Tratamientos psicológicos eficaces para el estrés postraumático. *Psicothema* 2001; 13(3): 479-492.
33. DSM IV. Criterios diagnósticos de los trastornos mentales. Disponible en: <http://biblioteca.consultapsi.com/DSM/dsmptsd.htm>
34. Estrés postraumático. [Internet]. *Mobbing* 2000; [acceso 20 de octubre de 2005]. Disponible en: <http://www.leymann.se/English/12100E.htm>
35. Middeldorp CM, Stubbe JH, Cath DC, Boomsma DI. Familial clustering in burnout: a twin-family study. *Psychol. Med.* 2005; 35 (1): 113-120.
36. Borritz M, Bultmann U, Rugulies R, Christensen KB, Villadsen E, Kristensen TS. Psychosocial work characteristics as predictors for burnout: findings from 3 year follow up of de PUMA Study. *J. Occup. Environ. Med* 2005; 47(8): 1015-1025.
37. Boada J, de Diego R, Agulló E. El burnout y las manifestaciones psicósomáticas como consecuentes del clima organizacional y de la motivación laboral. *Psicothema* 2004; 16 (1):121-131.
38. Moriana JA, Herruzo J. Estrés y *burnout* en profesores. *Int J Clin Health Psicol.* 2004; 4 (3): 597-621.
39. Bakker AB, Demerouti E, Euwema MC. Job resources buffer the impact of job demands on burnout. *J. Occup. Health Psychol.* 2005; 10 (2): 170-180.
40. Torres E, San Sebastián X, Ibarretxe R, Zumalaba JM. Autopercepción de estrés laboral y distrés: un estudio empírico en la policía municipal. *Psicothema* 2002; 14(2): 215-220.
41. Gil-Monte P, Peiró JM. A study on significant sources of the "Burnout Syndrome" in workers at occupational centres for the mentally disabled. *Psychology in Spain* 1998; 2 (1): 116-123.
42. Takeda F, Ibaraki N, Yokoyama E, Miyake T, Ohida T. The Relationship of Job Type to Burnout in Social Workers at Social Welfare Offices. *J Occup Health* 2005; 47 (2): 119-125.

43. 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.
44. Álvarez Quesada C, Hinojosa C, Arriaga A, Carrillo JA, Pernia I. El síndrome de burnout o de desgaste profesional. ¿Pueden quemarse los dentistas?. [Internet]. Madrid: Gaceta Dental Digital; 2003. [acceso 30 de octubre de 2005]. Disponible en: <http://www.gacetadental.com/anteriores/anteriores.html>
45. Hernández GL, Olmedo E. Un estudio correlacional acerca del síndrome del “estar quemado” (burnout) y su relación con la personalidad. *Apuntes de Psicología* 2004; 22 (1): 121-136.
46. Cebriá J, Segura J, Corbella S, Sos P, Comas O, García M, et al. Rasgos de personalidad y burnout en médicos de familia. *Aten Prim* 2001; 27(7):459-468.
47. 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.
48. Hillhouse JJ, Adler CM. Investigating stress effect patterns in hospital staff nurses: results of a cluster analysis. *Soc Sci Med* 1997; 45 (12):1781-1788.
49. 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.
50. Escribá-Agüir V, Bernabé-Muñoz Y. Exigencias laborales psicológicas percibidas por médicos especialistas hospitalarios. *Gac Sanit* 2002; 16 (6):487-496.
51. 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.

52. Zuger A. Dissatisfaction with Medical Practice. *N Engl J Med* 2004; 350(1): 69-75.
53. Bernardi M, Catania G, Marceca F. The world of nursing burnout. A literature review. *Prof Inferm* 2005; 58(2): 75-79.
54. 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.
55. Britt T, Adler A. Stress and health during medical humanitarian assistance missions. *Mil Med* 1999; 164 (4): 275-279.
56. 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.
57. Van Wijk C. Factors influencing burnout and job estress among military nurses. *Mil med* 1997; 162(10):707-710.
58. Balanza Soriano J. Situaciones relacionadas con la salud mental. Depresión, ansiedad, estrés, mobbing y burnout. [Internet]. *JANO* 2003; 65:26-42. [acceso 14 de octubre de 2005]. Disponible en: <http://db.doyma.es/cgi-bin/wdbcgi.exe/doyma/mrevista.fulltext?pid=13054705>
59. Ahola K, Honkonen T, Isometsa E, Kalimo R, Nykyri E, Aromaa A, Lonnqvist J. The relationship between job-related burnout and depressive disorders-results from the Finnish Health 2000 Study. *J Affect Disord* 2005; 88 (1): 55-62.
60. Nyklicek I, Pop VJ. Past and familial depresión predict current symptoms of professional burnout. *J Affect Disord* 2005; 88(1): 63-68.
61. Schernhammer E. Taking Their Own Lives-The High Rate of Physician Suicide. *N Engl J Med* 2005; 352 (24): 2473-2476.
62. 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.
63. 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.
64. Rodríguez E, Espí F, Canteras M, Gómez A. Consumo de alcohol entre profesionales médicos de atención primaria. *Aten Prim* 2001; 28(4):259-262.
65. Juntunen J, Asp S, Olkinuora M, Aarimaa M, Strid L, Kauttu K. Doctor's drinking habits and consumption of alcohol. *BMJ* 1988; 297 (6654): 951-954.
66. Gulbrandsen P, Aasland OG. Changes in drinking habits among Norwegian physicians 1985-2000. *Tidsskr Nor Laegeforen* 2002; 122 (29): 2791-2794.
67. Sandstrom A, Rhodin IN, Lundberg M, Olsson T, Nyberg L. Impaired cognitive performance in patients with chronic syndrome. *Biol Psychol* 2005; 69 (3): 271-279.
68. Melamed S, Kushnir T, Shiron A. Burnout and risk factors for cardiovascular diseases. *Behav Med* 1992; 18 (2): 53-60.
69. Shirom A, Westman M, Shamai O, Carel RS. Effects of work overload and burnout on cholesterol and triglycerides levels: the moderating effects of emotional reactivity among male and female employees. *J Occup Health Psychol* 1997; 2 (4): 275-288.
70. Toker S, Shirom A, Berliner S, Melamed S. The association between burnout, depression, anxiety, and inflammation biomarkers: C-reactive protein and fibrinogen in men and women. *J Occup Health Psychol* 2005; 10 (4):344-362.
71. Grossi G, Perski A, Ekstedt M, Johansson T, Lindstrom M, Holm K. The morning salivary cortisol response in burnout. *J Psychosom Res* 2005; 59 (2): 103-111.

72. Mommersteeg PM, Heijnen CJ, Verbraak MJ, van Doornen LJ. Clinical burnout is not reflected in the cortisol awakening response, the day-curve or the response to a low-dose dexamethasone suppression. *Psychoneuroendocrinology* 2005; 31 (2): 216-225.
73. Moragon AC, De Lucas GN, Encarnación López FM, Rodríguez-Manzaneque AS, Jiménez Fraile JA. Antioxidant enzymes, occupational stress and burnout in workers of a prehospital emergency service. *Eur J Emerg Med* 2005; 12 (3): 111-115.
74. Nakamura H, Nagase H, Yoshida M, Ogino K. Natural Killer (NK) cell activity and NK cell subsets in workers with a tendency of Burnout. *J Psychosom Res* 1999; 46 (6): 569-578.
75. 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.
76. Al- Ma'aitah 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.
77. Vahey D, Aiken L, Sloane D, Clarke S, Vargas D. Nurse Burnout and Patient Satisfaction. *Medical Care* 2004; 42 Supl 2: 57-64.
78. Aiken L, Clarke S, Sloane D, Sochalski J, Silber J. Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction. *JAMA* 2002; 288(16): 1987-1993.
79. Rosenstein A, O'Daniel M. Disruptive and clinical. *Nurs Manage* 2005; 36 (1): 18-29.
80. Cebriá J, Sobrequés J, Rodríguez C, Segura J. Influencia del desgaste profesional en el gasto farmacéutico en los médicos de atención primaria. *Gac sanit* 2003; 17(6):483-489.
81. Mingote Adán, JC. Síndrome de burnout o síndrome de desgaste profesional. *FMC* 1998; 5 (8): 493-509.
82. Escribá-Agüir V, Bernabé-Muñoz Y. Estrategias de afrontamiento ante el estrés y fuentes de recompensa profesional en médicos

- especialistas de la Comunidad Valenciana. Un estudio con entrevistas semiestructuradas. *Rev Esp Salud Pública* 2002; 76(5):595-604.
83. Spickard A, Gabbe S, Christensen J. Mid-Career Burnout in Generalist and Specialist Physicians. *JAMA* 2002; 288 (12): 1447-1450.
84. Carrasco D. El Tribunal Supremo confirma que el “burn-out” es accidente laboral. *Diario Médico*, 15 de diciembre de 2000.
85. Esteban M. Sólo se indemniza el “burn-out” si hay relación entre la patología y el trabajo. *Diario Médico*, 10 de septiembre de 2004.
86. Gaynés E, Giménez M, Portell M. El burnout en los profesionales sanitarios: una aproximación bibliométrica. *Arch Prev Riesgos Labor* 2004; 7(3): 101-108.
87. Chopra S, Sotile W, Sotile M. Physician Burnout. *JAMA* 2004; 291(5): 633.
88. El “burn out” afecta ya a uno de cada tres médicos. *Gaceta médica*, 6 al 12 de septiembre de 2004.
89. De las Cuevas C, De la Fuente JA, Alviani M, Ruiz-Benitez A, Corduras E, Gonzáles T, et al. Desgaste profesional y clima laboral en Atención Primaria. *Mapfre Medicina* 1995; 6(1): 7-18.
90. 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.
91. 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.
92. 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.

93. 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.
94. Belloch SL, Renovell V, Calabuig JR, Gómez L. Síndrome de agotamiento profesional en médicos residentes de especialidades médicas hospitalarias. *An med interna* 2000; 17(3):118-122.
95. Pedrero EJ, Puerta C, Lagares A, Sáez A, García I. Estudio del burnout en profesionales de drogodependencias. *Trastornos Adictivos* 2004; 6(1): 5-15.
96. Varela-Centelles PI, Fontao LF, Martínez AM, Pita A, Valín MC. Desgaste profesional entre los odontólogos y estomatólogos del Servicio Gallego de Salud. *Aten Prim* 2005; 35(6):301-305.
97. Hoge C, Castro C, Messer S, McGurk D, Cotting D, Koffman R. Combat Duty in Iraq and Afganistan, Mental Health Problems, and Barriers to Care. *N Engl J Med* 2004; 351(1): 13-22
98. 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.
99. 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.
100. 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.
101. Vuksic-Mihaljevic Z, Bensic M, Begic D, Lanc G, Hutinec B, Candrljic 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.

102. Blasco JR, Llor B, García M, Sáez MC, Sánchez M. Relación entre la calidad del sueño, el burnout y el bienestar psicológico en profesionales de la seguridad ciudadana. *Mapfre med* 2002; 13 (4): 258-267.
103. Ministerio de Defensa de España. Defensa convoca 5988 plazas para soldados y marineros profesionales. [Internet]. Madrid: Nota de prensa del Ministerio de Defensa de España, 17 de enero de 2005. [acceso 14 de noviembre de 2005]. Disponible en: [http://www.mde.es/NotasPrensa?accion=1&id\\_nodo=4072&id\\_not a=344](http://www.mde.es/NotasPrensa?accion=1&id_nodo=4072&id_not a=344)
104. Observatorio de la mujer en las Fuerzas Armadas. España es el país europeo con mayor porcentaje de mujeres en las Fuerzas Armadas. [Internet]. Madrid: Nota de prensa del Ministerio de Defensa de España, 17 de febrero de 2006. [acceso 20 de febrero de 2006]. Disponible en: [http://www.mde.es/NotasPrensa?accion=1&id\\_nodo=4072&id\\_nota=928](http://www.mde.es/NotasPrensa?accion=1&id_nodo=4072&id_nota=928)
105. Ministerio de Defensa de España. Generalidades. Misiones de paz. [Internet]. Madrid: Ministerio de Defensa de España, 29 de mayo de 2006. [acceso 5 de junio de 2006]. Disponible en: [http://www.mde.es/./contenido.jsp?id\\_nodo=4261&&&keyword=&a auditoria=F](http://www.mde.es/./contenido.jsp?id_nodo=4261&&&keyword=&a auditoria=F)
106. Ministerio de Defensa de España. Cuadro resumen participación de las FAS en el exterior. Misiones de paz. [Internet]. Madrid: Ministerio de Defensa de España, 29 de mayo de 2006. [acceso 5 de junio de 2006]. Disponible en: [http://www.mde.es/./contenido.jsp?id\\_nodo=4403&&&keyword=&auditoria=F](http://www.mde.es/./contenido.jsp?id_nodo=4403&&&keyword=&auditoria=F)
107. 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.

108. Seisdedos, N. MBI. Inventario "Burnout" de Maslach. Madrid: TEA, ediciones; 1997.
109. Gil-Monte P, Peiró JM. Validez factorial del Maslach Burnout Inventory en una muestra multiocupacional. *Psicothema* 1999; 11(3): 679-689.
110. 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.
111. Equipo de Investigación en estrés y salud del Departamento de Psicología Biológica y de la Salud. Instrumentos de evaluación. [Internet]. Universidad Autónoma de Madrid. [acceso 15 de noviembre de 2006]. Disponible en: <http://www.uam.es/gruposinv-esalud/descargas.htm>
112. Gándara JJ, García Moja C, González Corrales R, Álvarez MT. Estudio del burnout mediante el test CUBO (cuestionario urgente de Burnout). Análisis de fiabilidad. *An psiquiatr* 2005; 21 (5): 223-229.
113. Jackson SE, Schwab RL, Schuler RS. Toward on understanding of the Burnout phenomenon. *J Appl Psicol* 1986; 71 (4): 630-640.
114. Tucundura LT, García AP, Prudente FV, Centofanti G, de Souza CM, Monteiro TA, et al. *Rev Assoc Med Bras* 2006; 52 (2):108-112.
115. Atance JC. Aspectos epidemiológicos del síndrome de burnout en personal sanitario. *Rev Esp Salud Pública* 1997; 71 (3): 294-303.
116. Esteva M, Larraz C, Soler JK, Yaman H. Desgaste profesional en los médicos de familia españoles. *Aten Prim* 2005; 35(2):108-109.
117. Gran A, Suñer R, García M. Desgaste profesional en el personal sanitario y su relación con los factores personales y ambientales. *Gac Sanit* 2005; 19 (6): 463-470.

118. 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.
119. 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.
120. 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.
121. 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.
122. 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.
123. Jiménez C, Morales JL, Martínez C. Estudio del síndrome de burnout en cirujanos pediatras españoles. *Cir pediatr* 2002; 15(2):73-78.
124. Bustinza A, López J, Carrillo A, Vigil M, Lucas N, Panadero E. Situación de burnout de pediatras intensivistas españoles. *An esp pediatr* 2000, 52(5):418-423.
125. Recio J, Reig A. Coordinadores de Centros de Salud y burnout. ¿Es patogénica la labor directiva?. *Semergen* 2003; 29(9):459-467.
126. 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.
127. 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.

128. Jennings BM. Stress, locus of control, social support, and psychological symptoms among head nurses. *Res Nurs Health* 1990; 13 (6): 393-401.
129. Pflanz S. Psychiatric illness and the workplace: perspectives for occupational medicine in the military. *Mil Med* 1999; 164 (6): 401-406.
130. Shelley JJ, Wong M. Prevalence of burnout among military dentists. *Mil Med* 1991; 156 (3):113-118.
131. Pardo J, López F, Moriña M, Pérez M, Freire P, Fernández R. ¿Estamos quemados en Atención Primaria?. *Medicina de Familia (And)* 2002; 3(4): 245-250.
132. 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.
133. 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.
134. Lyckholm L. Dealing with stress, burnout, and grief in the practice of oncology. *Lancet Oncol* 2001; 2 (12): 750-755.
135. 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
136. 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.
137. Schraub S, Marx E. Burn out syndrome in oncology. *Bull Cancer* 2004; 91 (9): 673-676.

138. Elit L, Trim K, Mand-Bains IH, Sussman J, Grunfeld E. Job satisfaction, stress, and burnout among Canadian gynecologic oncologists. *Gynecologic Oncology* 2004; 94 (1):134-139.
139. Guntupalli KK, Fromm RE. Burnout in the internist-intensivist. *Intensive Care Med* 1996; 22 (7): 625-630.
140. Fischer JE, Calame A, Dettling AC, Zeier H, Fanconi S. Experience and endocrine stress responses in neonatal and pediatric critical care nurses and physicians. *Crit Care Med* 2000; 28 (9): 3362-3363.
141. 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.
142. Bakker AB, Le Blanc PM, Schaufeli WB. Burnout contagion among intensive care nurses. *J Adv Nurs* 2005; 51 (3): 276-87.
143. Cubrilo-Turek M, Urek R, Turek S. Burnout syndrome-assessment of a stressful job among intensive care staff. *Coll Antropol* 2006; 30 (1): 131-135.
144. Archibald C. Job satisfaction among neonatal nurses. *Pediatr Nurs* 2006; 32 (2). 176-179.
145. Cevik AA, Holliman CJ, Yanturali S. Emergency physicians and “burn out” síndrome. *Ulus Travma Acil Cerrahi Derg* 2003; 9 (2): 85-89.
146. Bujalance J, Villanueva F, Guerrero S, Conejo J, González A, Sepúlveda A, et al. Burnout y satisfacción laboral de los profesionales que atienden a pacientes geriátricos. *Rev esp geriatr gerontol* 2001; 36 (1): 32-40.
147. Lederer W, Kinzl JF, Trefalt E, Traweger C, Benzer A. significance of working conditions on burnout in anesthetists. *Acta Anaesthesiol Scand* 2006; 50 (1): 58-63.

148. Prevalencia del Síndrome de Agotamiento Profesional en médicos anesthesiólogos de la ciudad de Mexicali. *Gac Med Mex* 2005; 141 (3): 181-183.
149. Adali E, Priami M, Evagelon H, Mongia V, Ifanti M, Alevizopoulos G. Síndrome del quemado en el personal de enfermería psiquiátrica de hospitales griegos. *Eur J Psychiat* 2003; 17(3): 161-170.
150. Bruce SM, Conaglen JV. Burnout in physicians: a case for peer-support. *Intern Med J* 2005; 35(5): 272-278.
151. Nadia D. Prevalencia de Burnout en trabajadores del Hospital Roberto del Río. *Rev Chil Pediatr* 2004; 75(5): 449-454.
152. Renzi C, Tabolli S, Ianni A, Di Pietro C, Puddu P. Burnout and job satisfaction comparing healthcare staff of a dermatological hospital and a general hospital. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2005, 19(2):153-157.
153. Román J. Estrés y Burnout en profesionales de la salud de los niveles primario y secundario de atención. *Rev cubana Salud Pública* 2003; 29(2): 103-110.
154. Guevara C, Henao D, Herrera J. Síndrome de desgaste profesional en médicos internos y residentes. Hospital Universitario del Valle, Cali, 2002. *Colomb Med* 2004; 35: 173-178.
155. Aranda C, Pando M, Aldrete MG, Guadalupe J, Torres T. Síndrome de burnout y apoyo social en los médicos familiares de base del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) Guadalajara. México. *Rev psiquiatr Fac Med Barc* 2004; 31 (4): 196-205.
156. 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.
157. Gil-Monte P. Influencia del género sobre el proceso de desarrollo del síndrome de quemarse por el trabajo (burnout) en

- profesionales de enfermería. *Psicología en Estudio*, Maringá 2002; 7 (1): 3-10.
158. Arrizabalaga P, Valls-Llobet C. Mujeres médicas: de la incorporación a la discriminación. *Med Clín (Barc)* 2005; 125 (3): 103-107.
159. Bartz C, Maloney JP. Burnout among intensive care nurses. *Res Nurs Health* 1986; 9 (2): 147-153.
160. 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.
161. Pedreño MA. Riesgo y afrontamiento del burnout de la enfermera de Salud Mental. *Metas enferm* 2005; 8 (9):14-17.
162. Soto R, Santamaría MI. Prevalencia del burnout en la enfermería de atención primaria. *Enferm clin* 2005; 15 (3): 123-130.
163. 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.
164. 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.
165. 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.
166. 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.

167. Solano MC, Hernández P, Vizcaya MF, Reig A. Síndrome de Burnout en profesionales de enfermería de cuidados críticos. *Enferm Intensiva* 2002; 13(1): 9-16.
168. Alimoglu MK, Donmez L. Daylight exposure and the other predictors of burnout among nurses in a University Hospital. *Int J Nurs Stud* 2005; 42(5): 549-555.
169. Ministerio de Defensa de España. Bono y Aguirre firman un acuerdo para el uso civil del Hospital Central de la Defensa. Madrid: Nota de Prensa del Ministerio de Defensa de España, 26 de octubre de 2004. [acceso 5 de noviembre de 2005]. Disponible en: [http://www.mde.es/NotasPrensa?accion=1&id\\_nodo=4072&id\\_nota234](http://www.mde.es/NotasPrensa?accion=1&id_nodo=4072&id_nota234)
170. Defensa prescindirá de ocho de sus catorce hospitales militares. [Internet]. *Diario Médico*, 13 de Diciembre de 2000. [acceso 20 de noviembre de 2005]. Disponible en: <http://www.diariomedico.com/sanidad/san131200com.html>
171. Ruiz-Moral R, Rodríguez-Salvador JJ, Férula L, Prados JA. Evolución del perfil comunicacional de los médicos residentes de medicina de familia. *Aten Primaria* 2002; 29 (3): 132-144.
172. 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.
173. 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.
174. Faragher EB, Cass M, Cooper CL. The relationship between job satisfaction and health: a meta-analysis. *Occupational and Environmental Medicine* 2005; 62 (2):105-112.
175. Alvarez MC. Motivación laboral en un servicio de urgencias hospitalario. *Enferm clin* 2003; 13(1):16-25.

176. López JA, Pérez F, de la Rosa DJ. Interpsiquis 2005. Correlato del diseño del puesto de trabajo vs. sistema social con el burnout en sector sociosanitario. Disponible en: <http://www.psiquiatria.com/-interpsiquis 2005/20378>.
177. Gómez Esteban R. El estrés laboral del médico: burnout y trabajo en equipo. Rev de la Asociación Española de Neuropsiquiatría 2004; 24 (90): 41-56.
178. Hyrkas K. Clinical supervision, burnout, and job satisfaction among mental health and psychiatric nurses in Finland. Issues Ment Health Nurs 2005; 26(5): 531-556.
179. Jorge F, Blanco MA, Issa S, Romero L, Gayoso P. Relación de la calidad de vida profesional y el burnout en médicos de atención primaria. Aten Primaria 2005; 36(8):442-447.
180. 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.
181. Sandy L, Foster N, Eisenberg J. Challenges to Generalism: Views from the Delivery System. Acad Med 1995; 70(1): 44-46.
182. 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 accidentabilidad. Ansiedad estrés 2002; 8 (2-3): 275-284.
183. Moriana JA, Herruzco J. El síndrome de burnout como predictor de bajas laborales de tipo psiquiátrico. Clín salud 2005; 16 (2): 161-172.
184. Maslach C. Job Burnout: New Directions in Research and Intervention. Current Directions in Psychological Science 2003; 12 (5): 189-192.
185. Ramos A, Barroso A, Dolado R, Aliaga J, Padrós J, Bruguera M. Formación orientada a la inserción laboral de médicos (1994-2002). Med Clin (Barc) 2004; 122 (4): 140-144.

186. Pardell H. Formación médica continuada, ¿individual o institucional?. Med Clin (Barc) 2001; 116 (18): 698-700.
187. Cebriá-Andreu J. Comentario: el síndrome de desgaste profesional como un problema de salud pública. Gac Sanit 2005; 19 (6): 470.