

EL SÍNDROME DEL BURNOUT EN FISIOTERAPIA

C. ROMERO PASADAS

Alumna de la 3ª promoción de Fisioterapia de la UCAM

R. GÓMEZ SÁNCHEZ

Profesora de Psicología de la E.U. de Fisioterapia de la UCAM

Correspondencia: Departamento de Fisioterapia. UCAM. Fisioterapia@ucam.edu

RESUMEN

El objetivo de este trabajo es identificar si existe el Síndrome Burnout en Fisioterapia y determinar qué variables personales y laborales inciden en su desarrollo.

Para ello, además de los datos procedentes del cuestionario Maslach Burnout Inventory (Maslach y Jackson, 1986), hemos recogido información relativa a diferentes características del puesto de trabajo y variables personales, todo ello en una muestra de 33 fisioterapeutas pertenecientes a centros públicos y privados de la CCAA de Murcia y provincia de Granada, durante el periodo Diciembre-Enero del año 2002.

El perfil de la muestra es un sujeto varón, con una edad comprendida entre 24-34 años, casado, sin hijos, con un horario laboral de 5-7 horas, un número de 15-34 pacientes diarios aproximadamente, que trabaja en un solo centro, generalmente privado.

En cuanto a los datos obtenidos del MBI podemos decir que el 42% de los profesionales de Fisioterapia encuestados presentan un nivel de *cansancio emocional* alto, el 63% muestran un nivel de *despersonalización* bajo y el 72% de los encuestados presentan un nivel de *realización personal* bajo.

Al comparar nuestros resultados con los de otros autores, hemos detectado que las variables que inciden en el desarrollo de dichas actitudes son la edad, sexo, estado civil y el hecho de ser padres.

Por tanto, existe un grado medio/alto del Síndrome Burnout en profesionales de Fisioterapia. Consideramos importante la formación con cursos de pre/postgrado.

PALABRAS CLAVE: Síndrome de Burnout. Fisioterapia.

ABSTRACT

The aim of this study is to identify if the Burnout syndrome exists in Physiotherapy, and to determine which personal and work variables have an influence in its development.

For this, besides the data from the Maslach Burnout Inventory questionnaire (Maslach and Jackson, 1986), we have collected information related to different characteristics of the work position and personal variables. The sample comprised 33 physiotherapist belonging to public and private centers of Murcia and Granada, from December to January 2002.

The profile of the sample is a male between 24-33 years old, married, without children, working between 5 and 7 hours a day seeing 15 to 34 patients approximately, generally in one private centre only.

With the data obtained from the MBI can be stated that 42% of the interviewed professionals of Physiotherapy presents a high level emotional exhaustion, 63% shows a low level of depersonalization and 72% of those interviewed present a low level of personal accomplishment.

When comparing our results with those of other authors, we have detected that the variables that have an influence in the development of these attitudes are age, sex, civil state and having children.

Therefore, a medium / high level of the Burnout syndrome can be said to exist in professionals of Physiotherapy. One formation with pre / post degree courses can be is considered important.

KEY WORDS: Burnout syndrome. Physiotherapy.

INTRODUCCIÓN. DEFINICIÓN Y ANTECEDENTES HISTÓRICOS DEL ESTRÉS (7)

El concepto de Estrés se remonta a la década de 1930, cuando un joven austriaco de 20 años de edad, estudiante de segundo año de la carrera de medicina en la Universidad de Praga, Hans Selye, hijo del cirujano

austriaco Hugo Selye, observó que todos los enfermos a quienes estudiaba, indistintamente de la enfermedad propia, presentaban síntomas comunes y generales: cansancio, pérdida del apetito, bajo peso, astenia, etc. Esto llamó mucho la atención a Selye, quien lo denominó el "síndrome de estar enfermo", más tarde llamado "síndrome de estar quemado" o el *Síndrome del Burnout*.

Selye consideró entonces que varias enfermedades desconocidas como las cardíacas, la hipertensión arterial y los trastornos emocionales o mentales no eran sino la resultante de cambios fisiológicos resultantes de un prolongado *estrés* en los órganos de choque mencionados y que estas alteraciones podrían estar prede-terminadas genética y constitucionalmente.

Sin embargo, al continuar con sus investigaciones, integró a sus ideas que no solamente los agentes físicos nocivos actuando directamente sobre el organismo animal son productores de *estrés*, sino que, además, en el caso del hombre, las demandas de carácter social y las amenazas del entorno del individuo que requieren de capacidad de adaptación provocan el trastorno del *estrés*.

(1) Aceptaremos que **estrés** es “la respuesta fisiológica, psicológica y conductual de un individuo que intenta adaptarse y ajustarse a presiones internas y externas”. Un suceso, situación, persona u objeto puede percibirse como estresante e inducir la reacción de *estrés*. Los estresores pueden ser de naturaleza muy diversa, que varía desde fuentes psicosociales o conductuales, como frustración, ansiedad y sobrecarga, hasta fuentes bioecológicas y físicas como el ruido, la contaminación atmosférica y la temperatura. La expectativa y la imaginación también pueden actuar como estresores. El *estrés* es el resultado de la adaptación de nuestro organismo y nuestra mente al cambio, lo que exige un esfuerzo físico, psicológico y emocional.

Hay que señalar por tanto que el *estrés* es algo subjetivo y personal. El modo en que percibimos un suceso depende de la concepción que tenemos de nosotros mismos, de la fuerza del yo, del sistema de valores e incluso de la herencia.

Un cierto grado de *estrés* o de excitación es esencial para nuestra salud y rendimiento. El aburrimiento y la falta de estímulo pueden perjudicar nuestra salud.

CONSECUENCIAS DEL ESTRÉS

Enfermedades cardiovasculares: cardiopatía isquémica, HTA, arterioesclerosis;

Enfermedades metabólicas: obesidad, diabetes;

Afecciones cutáneas: el 40% de las enfermedades de la piel están asociadas al *estrés*, bien como factor causal directo o como factor agravante;

Úlcera péptica, conexión compleja pero indudable;

El *estrés* deprime el sistema inmunitario, lo cual explica los efectos del *estrés* sobre una gran diversidad de afecciones que van desde el resfriado común hasta el cáncer;

Trastornos mentales: el más frecuente, la depresión; también insomnio, abuso de alcohol, tabaco y medicamentos, cefaleas, lumbalgias, disfunciones sexuales. El *estrés* puede complicar o agravar la evolución de los trastornos psicóticos;

Fatiga mental y física: el *estrés* es un recurso motivador en niveles apropiados, pero superados esos niveles

origina ineficacia, baja productividad y deterioro de las relaciones humanas. La fatiga mental hace necesarios más esfuerzos para obtener el mismo rendimiento, con lo que consumimos un grado aún mayor de nuestros recursos físicos. Eso da como resultado una fatiga física. Los efectos sinérgicos de la fatiga física y mental producen más *estrés*, formando así un círculo vicioso que, si no se rompe, puede llegar a una situación en la que el individuo se “quemara”, es decir, se agota física y mentalmente.

DEFINICIÓN Y ANTECEDENTES HISTÓRICOS DEL BURNOUT

El *Burnout* es considerado como uno de los motivos principales del abandono de la profesión y absentismo dentro de dentro de los profesionales sanitarios, por ello se ha propuesto que sea considerado una enfermedad profesional.

Causas del Burnout

La explicación de por qué son las profesiones asistenciales las más afectadas está intrínsecamente unida a la etiología del *Burnout*. Por un lado, son las profesiones asistenciales las que presumiblemente tienen una filosofía humanística del trabajo, sin embargo estos profesionales se encuentran con un sistema deshumanizado y despersonalizado al que deben adaptarse, en esta situación hay una diferencia entre expectativas y realidad que genera *estrés*. Por otro lado, cabe destacar que a las profesiones asistenciales se les pide que empleen un tiempo considerable en intensa implicación con gente que a menudo se encuentra en una situación problemática y donde la relación está cargada de sentimientos de frustración, temor y desesperación: el *estrés* resultante puede tener un efecto de “deseccación emocional” que deja al profesional vacío y agotado (“*Burnout*”).

Historia del Burnout

(6) El primer autor que acuñó el término de “*Burnout*” fue Freudenberg (1974) con la finalidad de descubrir un tipo de *estrés* que surgía, generalmente, en profesionales vinculados a labores asistenciales o de servicios, al experimentar un agotamiento de energía debido a que se sentían sobrepasados por los problemas de los demás.

Desde entonces, de acuerdo con Schaufeli, Maslach y Marek (1993), en el estudio del *Burnout* se han producido dos periodos claramente diferenciados. El primero de ellos supuso una etapa en la que proliferaron distintas formulaciones y aproximaciones clínicas e intuitivas al fenómeno. El acontecimiento que dio paso al segundo periodo fue la aparición del Maslach Burnout Inventory (MBI) de Maslach y Jackson (1981)

como instrumento de evaluación, lo cual permitió la realización de diferentes tipos de investigaciones acerca del desarrollo del Burnout y los factores asociados al mismo.

Desde los años 60, Maslach estaba interesada en el estudio de los procesos emocionales vinculados a diferentes situaciones laborales. Maslach (1993) expone que, a partir de la revisión bibliográfica realizada en aquel tiempo, pudo registrar dos conceptos que podían resultar útiles para tal explicación. El primero era la noción de preocupación distanciada (Lief y Fox, 1963), relativa al comportamiento característico del profesional sanitario que debe tratar al paciente sin implicarse emocionalmente. El segundo era el concepto, propuesto por Zimbardo (1970), de deshumanización defensiva, relativo a un mecanismo de defensa frente a situaciones que ocasionan en el trabajador estados emocionales negativos debidos a una interacción prolongada con personas que demandan su ayuda, conduciéndole esa demanda continua a una actuación fría y distante respecto a esas personas.

Los resultados de estas primeras investigaciones mostraron la presencia de dos factores en el fenómeno de Burnout: *el cansancio emocional y la despersonalización*.

Sólo después de aplicar el programa de investigación en diferentes profesiones apareció el tercer factor que, actualmente, completa el modelo de *Burnout* propuesto por la autora: la falta de *realización personal* (Maslach y Jackson, 1978). Con el objetivo de evaluar estas tres variables se elaboró el primer formato del Maslach Burnout Inventory (MBI) de Maslach y Jackson (1981), que es, sin duda, el cuestionario más utilizado en la investigación realizada hasta el momento acerca del fenómeno.

Así pues, y a partir de las citadas investigaciones, Maslach y Jackson definieron Burnout como un síndrome compuesto por *cansancio emocional, despersonalización y baja realización personal* o reducción de los logros personales.

Una vez descritas las características del *Burnout*, la siguiente pregunta que cabe plantear es ¿cómo llega el trabajador a adquirir este síndrome?

Aunque algunos autores se manifiestan en la idea de *Burnout* como proceso, afirmando que un componente no es inevitablemente consecuencia de otro (Schwab y Wanicki, 1982), la mayoría de los investigadores están de acuerdo en establecer una secuencia en la adquisición y desarrollo del síndrome.

Así, Maslach (1978, 1982) sugirió que, debido a las demandas excesivas de trabajo, el primer factor que aparece es el *cansancio emocional*. Posteriormente, y como estrategia defensiva, los que sufren este cansancio intentan distanciarse de los demás psicológicamente, siendo éste el inicio del *factor despersonalización*.

Finalmente, cuando el profesional reconoce la discrepancia entre la actitud que mantiene en el presente y las expectativas optimistas que mantenía ante-

riormente con relación a su potencial contribución a la sociedad, experimenta una falta de adecuación a la hora de relacionarse con los demás y realizar su trabajo, es decir, experimentan una *falta de realización personal*. Esta secuencia viene a coincidir con el modelo que presenta Leiter (1989) para describir el proceso de Burnout. (8) Así, Tobajas Asensio, Bernués Vázquez y otros llegan a la siguiente conclusión en *Estrés en los profesionales de enfermería*: "se detecta un importante grupo de profesionales en los que el estrés laboral es máximo y que podemos relacionarlo como un estado de salud lábil, lo cual podría suponer un alto porcentaje de profesionales que por estar sometidos a grados de estrés importantes o a condiciones de trabajo desfavorables se convierten en candidatos a enfermar".

(2) De la misma forma, Caballero Martín, Bermejo Fernández y otros, en *Prevalencia y factores asociados al Burnout en un área de salud*, concluyen: "hemos visto que el Burnout no es, en absoluto, un síndrome exótico que apenas nos afecte. Es, muy al contrario, una patología con elevada prevalencia en nuestro medio y que, probablemente, esté detrás de muchos de los problemas que aquejan a nuestro sistema sanitario, no sólo en lo que se refiere a malestar psíquico o físico del trabajador, sino a sus consecuencias (empeoramiento de la relación médico-paciente, falta de interés por actividades docentes, incumplimiento de horarios...). Así, muchas de las medidas de gestión encaminadas a mejorar la calidad asistencial se ven, desgraciadamente, frenadas en sus resultados por no tener en cuenta también en su lucha los altos niveles de Burnout existentes".

Hipótesis de Trabajo

En la búsqueda bibliográfica que hemos realizado para encontrar trabajos de investigación donde se pusiera de manifiesto la relación existente entre el Burnout y la profesión de Fisioterapia hemos comprobado que no existen referencias sobre dicha relación, por lo cual, la **hipótesis general** de este estudio es la existencia del *Síndrome de Burnout* en Fisioterapia, ya que es una profesión en la que se establece relación directa con pacientes que sufren y que son tratados a diario, terminando el profesional implicado emocionalmente. Dentro de esta hipótesis general podemos distinguir tres:

- 1ª **hipótesis**: existencia de un alto nivel de cansancio emocional (CE).
- 2ª **hipótesis**: existencia de un alto nivel de despersonalización (DE).
- 3ª **hipótesis**: existencia de un bajo nivel de realización personal (RP).

OBJETIVOS

Por todo lo expuesto anteriormente nuestro **objetivo** es identificar si existe el *Síndrome de Burnout* en

profesionales de Fisioterapia. Si fuese positivo el dato anterior, determinar qué variables personales y laborales inciden en el desarrollo de dicho *Síndrome*.

MATERIAL Y MÉTODO

Para lograr los objetivos planteados se ha pedido a los profesionales de Fisioterapia que trabajan en centros públicos y privados su colaboración, rellenando un cuestionario donde está incluida la escala **MBI (Maslach Burnout Inventory)** para medir el nivel de *Burnout*, y se han considerado como variables independientes: sexo, edad, estado civil, número de hijos, número aproximado de pacientes por día, horario laboral, centro de trabajo y si se trabaja en más de un centro.

Tipo de estudio

Descriptivo, transversal y de prevalencia.

Instrumento

(5) Los datos sobre el *Burnout* fueron recogidos mediante el Inventario "Burnout" de Maslach (MIB; Maslach y Jackson, 1986; Maslach y Jackson, 1997, para la versión y adaptación española realizada por Seisdedos-TEA).

Esta escala tiene una alta consistencia interna y una fiabilidad cercana al 0.9. Se trata de un cuestionario autoadministrado, constituido por 22 ítems en forma de afirmaciones sobre los sentimientos y actitudes del profesional en su trabajo y hacia los pacientes. Existen tres subescalas bien definidas que se describen a continuación:

1. *subescala del agotamiento emocional*: consta de nueve afirmaciones. Valora la vivencia de estar exhausto emocionalmente por las demandas del trabajo.
2. *subescala de despersonalización*: formada por cinco ítems. Valora el grado en que cada uno reconoce actitudes de frialdad y distanciamiento.
3. *subescala de realización personal*: se compone de 8 ítems. Evalúa los sentimientos de autoeficacia y realización personal en el trabajo.

Estas tres escalas tienen una gran consistencia interna, considerándose el grado de agotamiento como una variable continua con diferentes grados de intensidad, y no como una variable dicotómica.

Las puntuaciones para las subescalas sobre *can-sancio emocional (CE)*, *despersonalización (DP)* y *realización personal (RP)*, pueden variar entre 0-54 (nueve ítems), 0-30 (seis ítems) y 0-48 (ocho ítems), respectivamente.

(4) Las categorías de la escala original son:

- **CE** bajo (puntuación menor o igual a 16), **CE** medio(17-26), **CE** alto (mayor o igual a 27);
- **DP** baja (puntuación menor o igual a 6), **DP** media (6-12), **DP** alta (mayor o igual a 13);
- **RP** baja (puntuación mayor o igual a 39), **RP** media (38-32), **RP** alta (menor o igual a 31). (Aquí la escala de puntuación es decreciente)

En el presente estudio se empleó la forma de frecuencia, según la cual los sujetos valoran cada ítem del cuestionario con una escala tipo Likert, en la que identifican la frecuencia con la que han experimentado la situación descrita durante el último año. Esta escala de frecuencia tiene siete puntos:

- 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.

También se ha considerado las variables de edad, sexo, estado civil, número de hijos, número aproximado de pacientes al día, horario laboral, centro de trabajo y si se trabaja en más de un centro.

Composición de la muestra

El presente estudio se realizó en varios centros, públicos y privados, de la Comunidad Autónoma de Murcia y provincia de Granada, durante el periodo Diciembre-Enero del año 2002. Los centros que colaboraron fueron los siguientes: H. U. Virgen del Arrixaca (Murcia), H. U. Morales Meseguer (Murcia), Clínica Nuestra Señora del Belén (Murcia), Club Deportivo El Pozo Murcia FS (Murcia), Clínica Campoy SL (Granada), Universidad Católica San Antonio Murcia-Departamento de Fisioterapia (Murcia).

Se obtuvo una muestra de 33 sujetos, todos fisioterapeutas de profesión.

Procedimiento

La encuesta fue entregada de forma personal a cada uno de los posibles sujetos de la muestra. Conforme se les iba entregando, se les explicaba una serie de puntos:

- Me fui presentando como autor, dando mis datos, tales como nombre, apellidos y escuela a la cual pertenezco.
- La importancia del tema de estudio y de la participación en él.
- El carácter confidencial de los datos. Al tratarse de un estudio en el que se trabaja con información confidencial buscamos garantizar en cada momen-

to la confidencialidad de las respuestas.

- La forma de contestar al cuestionario.
- Los cuestionarios los recogía antes de marcharme del centro, así, si surgían dudas, se las contestaba en el momento.
- El agradecimiento por participar.

Análisis estadístico

Se llevó a cabo con el programa **Excel**, de Microsoft Office, obteniendo los datos de Media, Mediana y Desviación Típica, para aquellas variables cuantitativas.

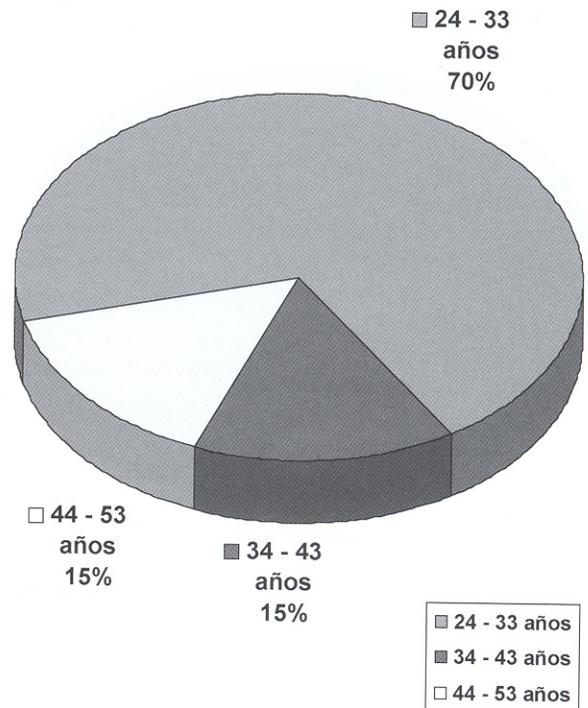
RESULTADOS

El perfil de la muestra es un sujeto varón, con una edad comprendida entre 24-34 años, de estado civil casado, sin hijos, con un horario laboral de 5-7 horas, un número de 15-34 pacientes diarios aproximadamente, que trabaja en un solo centro, generalmente privado.

Los 33 sujetos encuestados son profesionales de Fisioterapia, de los cuales:

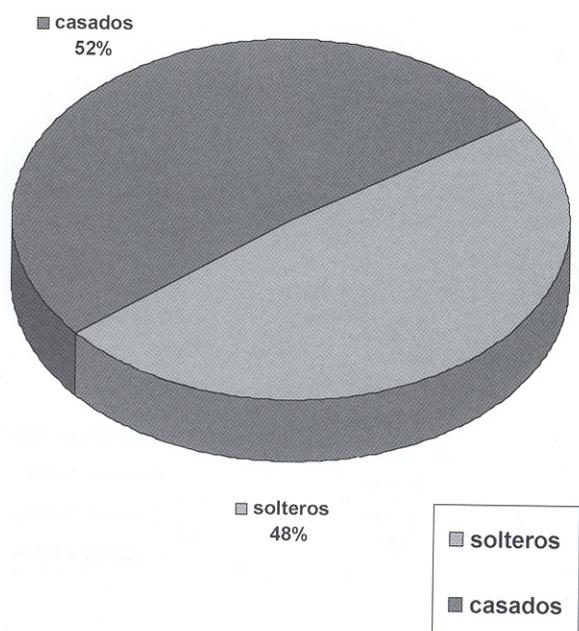
- Un 70% tienen la edad comprendida entre 24 y 33 años, un 15% entre 34 y 43 años y un 15% entre 43 y 53 años (Dt = 0.742, Md = 1.31, Mn = 1) (gráfico 1)*.
- El 52% están casados y el 48% son solteros (gráfico 2)*
- El 61% son hombres y el 39% son mujeres (gráfico 3)*
- El 82% de los sujetos no tienen hijos, el resto tienen: 1 hijo el 6%, 2 hijos el 6% y 3 hijos el 6% (Dt = 0.80, Md = 1.197, Mn = 1) (gráfico 4)*
- El horario laboral que realiza el 49% es de 5 a 7 horas, el 42% trabaja de 8 a 10 horas y el 9% de 11 a 13 horas (Dt = 0.64, Md = 1.48, Mn = 2). (gráfico 5)*
- El número aprox. de pacientes que tratan al día es de 15 a 34 para un 61%, de 35 a 54 para un 27%, de 55 a 74 para un 6% y más de 75 pacientes/día un 6%. (Dt = 0.85, Md = 1.4, Mn = 1) (gráfico 6)*
- Trabajan en más de un centro el 39% de la muestra, por tanto el 61% restante trabajan en un solo centro (gráfico 7)*.
- El 36% de la muestra trabaja en centros públicos, un 40% en privados y un 24% en centros públicos y privados (gráfico 8)*

Gráfico 1: EDAD de los sujetos



- DESVIACIÓN TÍPICA: 0,742
- MEDIA: 1,31
- MEDIANA: 1

Gráfico 2: ESTADO CIVIL de los sujetos

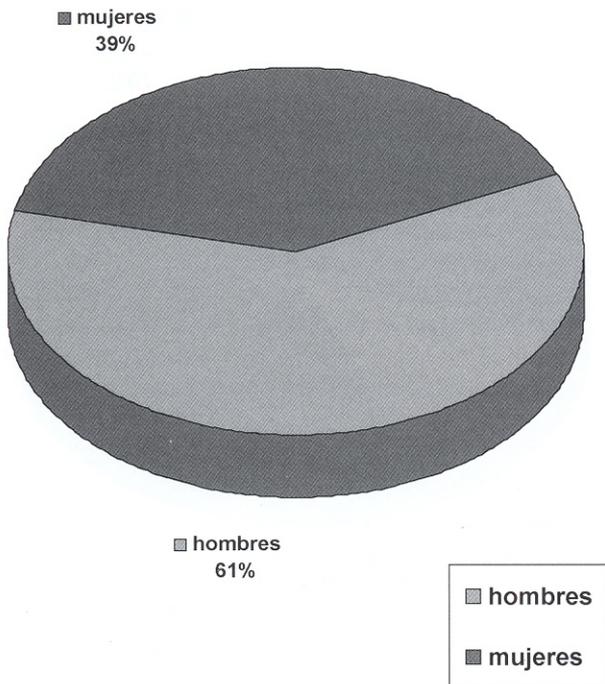


- SOLTEROS: 48%
- CASADOS: 52%

En lo que se refiere al **Maslach Burnout Inventory**:

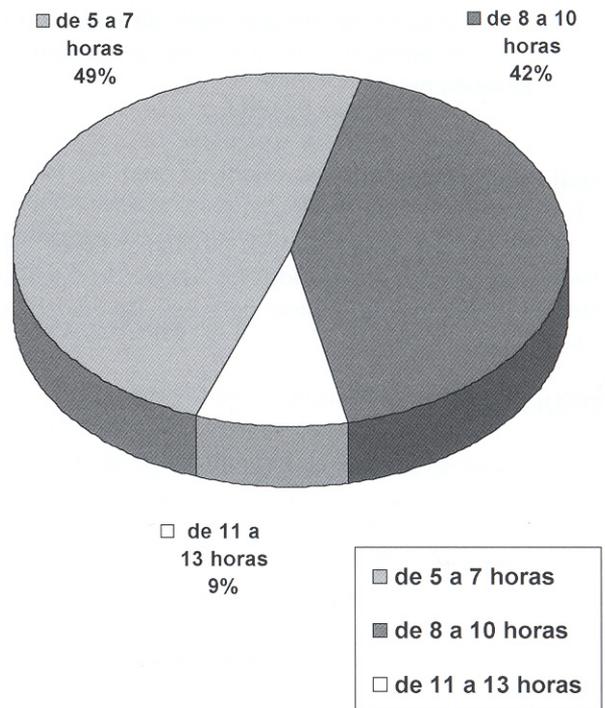
- Podemos decir que el 36.36% de los profesionales de Fisioterapia encuestados presentan un nivel de *cansancio emocional* (CE) bajo, el 21.21% poseen un nivel medio de CE y un 42.42% lo presentan alto (gráfico 8)*

Gráfico 3: SEXO de los sujetos



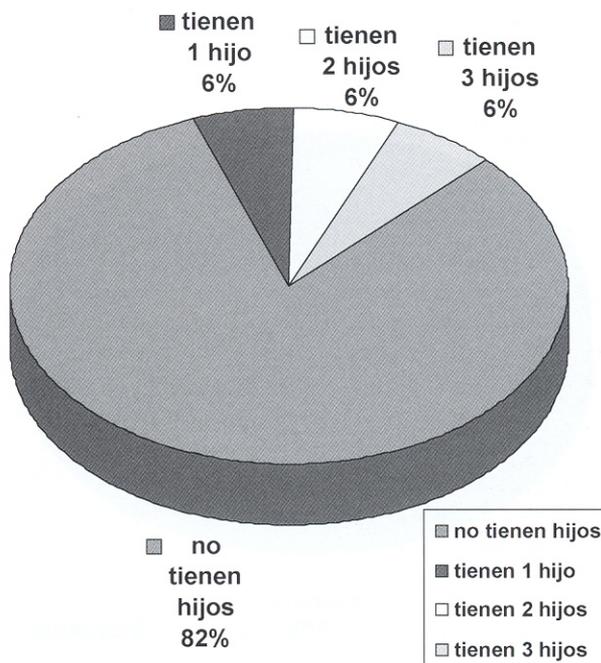
- HOMBRES: 61%
- MUJERES: 39%

Gráfico 5: HORARIO LABORAL de la muestra



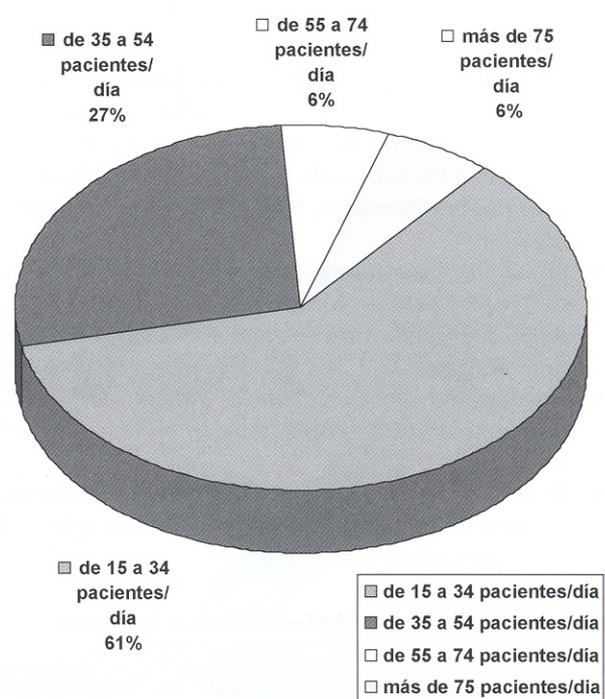
- DESVIACIÓN TÍPICA: 0,64
- MEDIA: 1,48
- MEDIANA: 2

Gráfico 4: NÚMERO DE HIJOS de la muestra



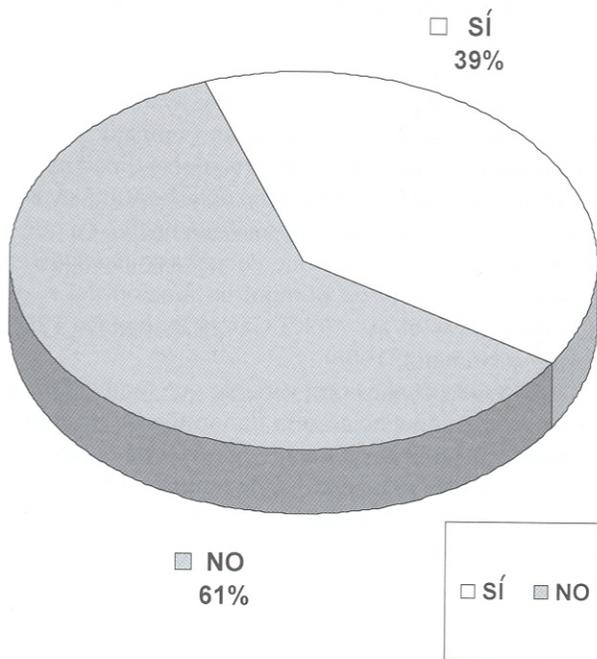
- DESVIACION TÍPICA: 0,80
- MEDIA: 1,197
- MEDIANA: 1

Gráfico 6: N° APROX. PACIENTES / DÍA que trata la muestra



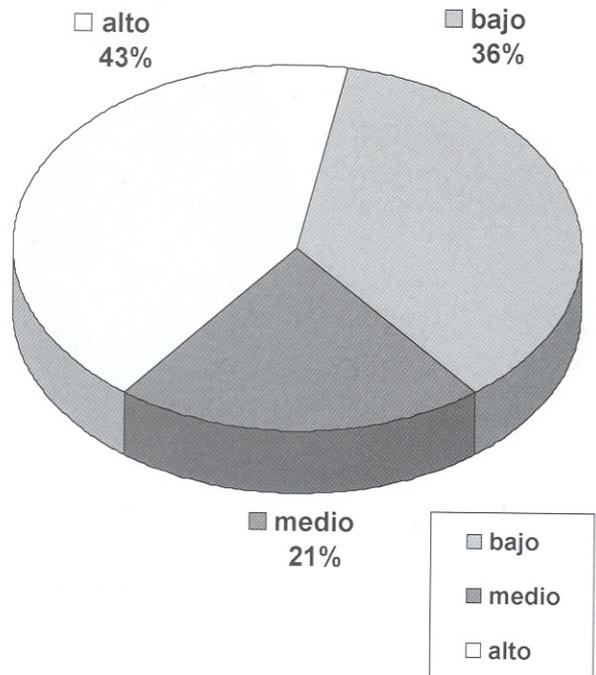
- DESVIACIÓN TÍPICA: 0,85
- MEDIA: 1,4
- MEDIANA: 1

Gráfico7: TRABAJA EN MÁS DE UN CENTRO



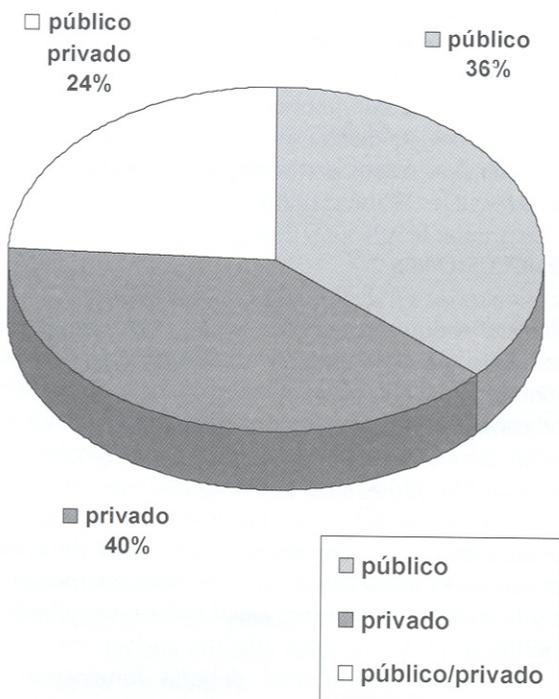
- SÍ: 39%
- NO: 61%

Gráfico 9: NIVEL DE CANSANCIO EMOCIONAL



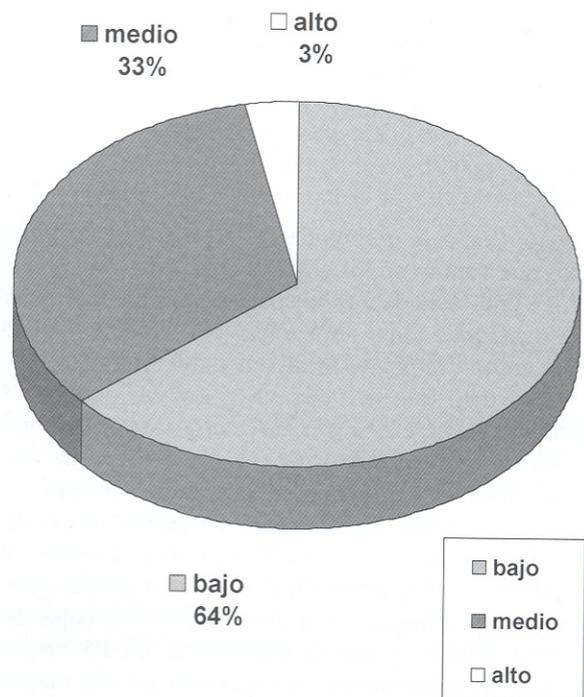
- DESVIACIÓN TÍPICA: 0.86
- MEDIA: 1.79
- MEDIANA: 2

Gráfico 8: CENTRO DE TRABAJO



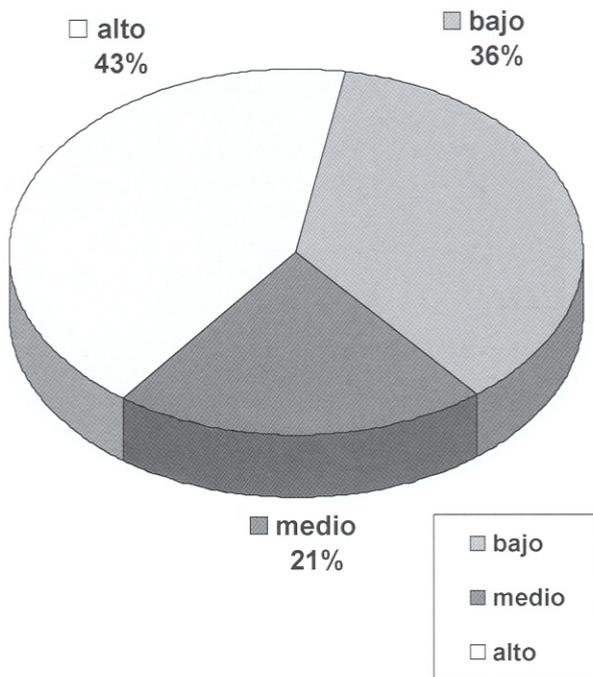
- PÚBLICO: 36%
- PRIVADO: 40%
- PÚBLICO/ PRIVADO: 24%

Gráfico 10: NIVEL DE DESPERSONALIZACIÓN



- DESVIACIÓN TÍPICA: 0,53
- MEDIA: 1,29
- MEDIANA: 1

Gráfico 11: NIVEL DE REALIZACIÓN PERSONAL



- DESVIACIÓN TÍPICA: 0,57
- MEDIA: 1,23
- MEDIANA: 1
- El 63.63% muestran un nivel de despersonalización (DP) bajo, el 33.33% lo posee medio y un 3.03% lo tiene alto (gráfico 9)*
- El 72.72% de los encuestados presentan un nivel de realización personal (RP) bajo, el 21.21% medio y un 6.06% alto (gráfico 10)*

DISCUSIÓN

(6) Como se desprende de la observación de los datos que figuran en los gráficos anteriores, no coinciden en gran medida con los datos aportados por otras investigaciones tanto españolas (Gil-Monte y Peiró, 1999) como extranjeras (Maslach y Jackson, 1986).

Un dato que nos llevaría a aceptar nuestra **1ª hipótesis** es el alto nivel de *cansancio emocional* (42.42%), teniendo en cuenta que el 70% de los encuestados tiene una edad comprendida entre 24 y 33 años. Esta argumentación sería, en parte, coherente con las afirmaciones realizadas por Cordes y Dougherty (1993), autores que defienden que la veterania en el trabajo conlleva unos niveles más bajos de *Burnout*, debido a que la experiencia les ha hecho cambiar las expectativas, consiguiendo así una mayor adaptación a la realidad laboral cotidiana.

Nos llama la atención que en la subescala *despersonalización* el 63.63% de los sujetos presenten niveles bajos, lo que nos llevaría a rechazar nuestra **2ª**

hipótesis. Esta variable está relacionada con el sexo y el estado civil. Según los datos de nuestro estudio el 61% de los sujetos son hombres y el 52% de la muestra son casados. Por tanto nuestro estudio no coincide en este aspecto con otros (como los realizados por Maslach y Jackson (1985) o Schwab e Iwanichi (1982)), que muestran que los hombres, en comparación con las mujeres, son los que tienen una probabilidad mayor de generar una actitud *despersonalizada*. Aunque cabe decir que no siempre se confirma este hecho, ya que a veces no se manifiestan diferencias significativas en ningún componente de *Burnout* en función del sexo. (De las Cuevas et al., 1997; García Izquierdo, 1991; Selzter y Numerof, 1988).

El estado civil es otra variable que también parece ejercer su influencia en la dimensión de *despersonalización* y no en los restantes factores que componen el *Burnout*. Golembiewski, Munzenrider y Stevenson (1986) y Slezter y Numerof (1988) afirman que, entre los casados, la presencia del *Síndrome de Burnout* es menor, justificando tal hecho en la idea de que las personas que cuentan con apoyo social tienen una menor necesidad de poner en marcha estrategias como la *despersonalización* para hacer frente a las emociones negativas causadas por el estrés.

Una variable predictiva respecto a la *realización personal* es el hecho de tener hijos. En nuestro estudio nos parece altamente significativo que el número de hijos sea ninguno para el 82% de la muestra, por lo que es coherente el nivel de *realización personal* bajo, 72.72%, de la muestra (recordemos que aquí la escala de puntuación es decreciente), lo cual nos hace aceptar nuestra **3ª hipótesis**. En algunos trabajos sobre *Burnout* se argumenta que la existencia de hijos hace que las personas puedan ser más resistentes a este síndrome, debido a que frecuentemente se encuentra en los padres una tendencia a ser personas más estables, realistas y con mayor capacidad para afrontar problemas personales (Ramos, 1999).

CONCLUSIONES

Por todo ello, viendo que existe un grado medio/alto de *Síndrome de Burnout*, consideramos importante que al profesional se le ayude a evitar dicho Síndrome con programas de pre/postgrado. Es fundamental la orientación a los nuevos profesionales que empiezan la titulación, pues suelen presentar una negación parcial del riesgo que padecen debido a la inexperiencia y al optimismo de controlar la situación. Son asimismo importantes las relaciones interpersonales y la mejora del soporte social entre compañeros y superiores.

A escala institucional debería fomentarse el soporte real al profesional afectado, constituyendo grupos de expertos afectados capaces de ofrecer la ayuda necesaria. En todos los casos es fundamental establecer cursos de formación continuada, mejora de recursos

instrumentales y aumentar la competencia psicosocial del profesional.

Por lo tanto, considero necesario formar al futuro profesional en las diversas técnicas:

Técnicas de relajación, reestructuración cognitiva, musicoterapia, sesiones clínicas con equipo multidisciplinar, comentar casos especialmente difíciles.

(6) Un ejemplo sistematizado de este tipo de programas lo proponen Daniel y Pérez (1999), autores que recogen toda una serie de medidas laborales útiles para prevenir o disminuir los niveles de *Burnout*.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) Buendía, J. *Estrés Laboral y Salud*. Madrid: Biblioteca Nueva; 1998.
- (2) Caballero Martínez, F. "Prevalencia y factores asociados al Burnout en un área de salud". En *Atención Primaria* 2001; 27 (5): 313-317.
- (3) De Pablo González, R.; Suberniola González, J.F. "Prevalencia del Síndrome de Burnout o desgaste profesional en los médicos de Atención Primaria". En *Atención Primaria* 1998; 22 (9): 78-82.
- (4) Fagoaga Gimeno ML, Lucas Imbernón FJ. "El Síndrome de Burnout y la Enfermería de Urgencias". *Revista de Enfermería* 2000;12: 6-12.
- (5) García Sánchez M, Sobrido Prieto N, García Martínez M, Raña Lama C, Saleta Canosa JL. *El Síndrome Burnout en Profesionales de Enfermería*. Enfermería Científica 1999; 202 – 203: 61-67.
- (6) Olmedo Montes, M., Santed Germán, M.A., Jiménez Tornero, R., Gómez Castillo, M^a.D. *El síndrome de Burnout: variables laborales, personales y psicopatológicas asociadas*. *Psiquis* 2001; 22 (3):117-129.
- (7) Ortega, J. *Estrés y trabajo*. MedSpain 1999 Enero; (7 pantallas). Disponible en: <http://www.MEDSPAIN.com>.
- (8) Tobajas Asensio, J.A, Bernués Vázquez, L., Tobajas Asensio, E., Boada Apilluelo, E., Pérez Trullén, J.M., Monzón Fernández, A. *Estrés en los profesionales de enfermería*. *Enfermería clínica* 1995; 5 (1): 15-25.