

BURNOUT Y REACTIVIDAD AL ESTRÉS

C. De las Cuevas, J.L. González de Rivera, J.A. De la Fuente, M. Alviani, A. Ruiz-Benítez

Servicio Canario de Salud. Cátedra de Psiquiatría de la Universidad de La Laguna.

RESUMEN: A pesar de la gran atención suscitada por el fenómeno burnout en los últimos tiempos todavía persisten numerosas cuestiones por dilucidar en el mismo. Una de ellas es la relación existente entre los factores individuales y el desarrollo de desgaste profesional. Para una adecuada comprensión de los factores individuales subyacentes al burnout es imprescindible la valoración de la reactividad individual ante el estrés. En este artículo se analizan la presencia, distribución, y relación con la reactividad al estrés de las tres dimensiones reconocidas en el síndrome de desgaste profesional (agotamiento emocional, despersonalización y ausencia de logros personales) en una muestra representativa de los distintos profesionales involucrados en el Sistema de Atención Primaria a la Salud. Nuestros resultados son indicativos de que la reactividad al estrés puede ser una variable moduladora de la psicopatología padecida, siendo así mismo indicativa de una predisposición que incrementa la susceptibilidad general para el desarrollo de burnout.

SUMMARY: The recent flurry of attention to burnout syndrome still leaves numerous questions unanswered. One of them is the relationship between individual factors and the development of burnout. An understanding of the individual factors underlying burnout must include an assessment of the individual reactivity to stress. The occurrence, distribution and relationship with stress reactivity of the three dimensions of the burnout syndrome (emotional exhaustion, depersonalization and lowered feelings of personal accomplishment) were studied among a representative sample of the different professionals involved in the Primary Care Health System. Our results indicate that stress reactivity could be a variable that modulates the experienced psychopathology, suggesting a predisposition that increases the susceptibility to the development of burnout.

Palabras clave

Burnout, Desgaste Profesional, Reactividad al Estrés, Índice de Reactividad al Estrés, Atención Primaria.

Key words

Burnout, Stress Reactivity, Stress Reactivity Index, Primary Care Health System.

Correspondencia

Dr. C. De las Cuevas Castresana
c/. Santiago Sabina, 5 - 3º
38002 Santa Cruz de Tenerife

Introducción

La práctica de la medicina es inherentemente estresante y, aunque también ofrece muchas satisfacciones a los distintos profesionales del sistema sanitario, día tras día se ponen de manifiesto mayor número de fuentes de estrés, así como de signos indicativos de un aumento de problemas relacionados con el estrés en los trabajadores de los sistemas de salud (Farber, 1983).

El personal de Sistema de Atención Primaria invierte una gran cantidad de tiempo en una involucración intensa con los pacientes y compañeros de trabajo. Frecuentemente, la relación con el paciente conlleva problemas psicológicos y socioeconómicos que complican la solución del problema médico existente. El estrés es por tanto parte intrínseca del sistema de Atención Primaria de la Salud, y el trabajar con los aspectos emocionales más intensos del cuidado del paciente (sufrimiento, miedo, sexualidad y muerte) así como el trato con pacientes difíciles, con frecuencia afecta la tolerancia para la frustración y la ambigüedad del profesional. El estrés crónico que significa el estar continuamente bajo tales circunstancias

puede llegar a ser emocional y físicamente extenuante, pudiendo conducir a la presencia de signos del síndrome de estrés profesional.

En un amplio estudio epidemiológico llevado a cabo en Finlandia se puso de manifiesto que el consumo de alcohol entre los médicos generales era considerablemente mayor que en la población general (Juntunen y col., 1988), y que el patrón de bebida excesiva estaba en estrecha relación con el estrés. Las cifras de mortalidad del Registro General Británico (1978) muestran que los médicos tienen un mayor riesgo de fallecer por tres causas frecuentemente asociadas al estrés, como son el suicidio, la cirrosis hepática y envenenamiento accidental, y por accidentes. Rose y Roscow (1973), revisaron los certificados de defunción del estado de California entre 1959 y 1961 y encontraron que los médicos de cabecera se suicidaban el doble que la población general. Olkinoura y col. (1990) registran una mayor frecuencia de pensamientos suicidas entre los médicos generales con respecto a controles de la población general e incluso frente a facultativos con otras especialidades. Además, la incidencia y mortalidad por infarto de miocardio era cerca del doble más alta para los médicos de cabecera (edad 40-60) que en otros miembros de la profesión de edad comparable. Por otra parte, son múltiples los estudios que ponen de manifiesto un alto nivel de estrés, y la relación de éste con la psicopatología, soportado tanto por el personal de enfermería como por los trabajadores sociales del sistema público de salud (Lees y Ellis, 1990).

Estas estadísticas de mortalidad y morbilidad son indicativas del alto riesgo de desarrollo de enfermedades y manifestaciones relacionadas con el estrés al que se encuentran expuestos los distintos profesionales del sistema de atención primaria.

El término burnout, que consideraremos equivalente al de desgaste profesional o el de profesional quemado, exhausto o sobrecargado, fue acuñado originalmente por Freudenberg (1974), un psicólogo clínico familiarizado con las respuestas al estrés de los miembros del staff de instituciones "alternativas" tales

como los hospitales de beneficencia y las casas a medio camino. Sin embargo, fue Maslach (1982) quien primero empleó públicamente este concepto para referirse a una situación que cada vez se hacía más frecuente entre aquellas personas que por la naturaleza de su trabajo debían mantener un contacto directo y continuado con la gente, y que después de meses o años de dedicación acababan por estar desgastados profesionalmente.

Debido a que el concepto de burnout ha urgido íntimamente relacionado con el de estrés, es difícil el establecer una clara diferencia entre ambos. La única diferencia, más aparente que real (Alvarez y Fernández, 1991), es que el burnout es un estrés crónico experimentado en el contexto laboral.

Cuando se dice que un profesional está "desgastado profesionalmente" se trata de reflejar que, como producto de una interacción negativa entre el lugar de trabajo, el equipo o staff y los "clientes", el trabajador se encuentra desbordado, estando agotada su capacidad de reacción adaptativa, no disponiendo de recursos adecuados para amortiguar el estrés que su trabajo implica y experimentando una constelación de síntomas ante las demandas de su entorno laboral.

El burnout se caracteriza por la presencia de agotamiento físico y psíquico, con sentimientos de impotencia y desesperanza, extenuación emocional y por el desarrollo tanto de un autoconcepto negativo como de actitudes negativas hacia el trabajo, la vida y los demás (Lemkau et al., 1988), que se reflejan en un trato frío y despersonalizado hacia los demás y en un sentimiento de inadecuación a las tareas que ha de realizar. El fenómeno del burnout es más un proceso continuo que un evento discreto, que constituye el paso final en una progresión de tentativas frustradas para afrontar distintas condiciones estresantes (Farber, 1983)

El rasgo fundamental del "burnout" es el cansancio emocional o lo que es lo mismo, la sensación de no poder dar más de sí mismo. Para protegerse de tal sentimiento negativo, el sujeto trata de aislarse de los demás desarrollando así una actitud impersonal hacia los

"clientes" y los miembros del equipo en el que está integrado, mostrándose cínico, distanciado, y utilizando etiquetas despectivas para aludir a los usuarios o bien tratando de hacer culpables a los demás de sus frustraciones, produciéndose un descenso de su compromiso laboral. Todos estos recursos suponen para él una forma de aliviar la tensión experimentada de manera que al restringir el grado o la intensidad de la relación con las demás personas, está tratando de adaptarse a la situación aunque lo haga por medio de mecanismos neuróticos. El tercer rasgo esencial es el sentimiento complejo de inadecuación personal y profesional al puesto de trabajo, que surge al comprobar que las demandas que se le hacen, exceden su capacidad para atenderlas debidamente. Este tercer componente puede estar presente o bien encubierto por una sensación paradójica de omnipotencia. Ante la amenaza inconsciente de sentirse incompetente, el profesional redobla sus esfuerzos para afrontar las situaciones dando la impresión a los que le observan de que su interés y dedicación son inagotables (Álvarez y Fernández, 1991).

Es necesario tener en cuenta que el estrés es una percepción individual, lo que para una persona supone un desafío excitante para otra puede representar un problema abrumador. Un individuo comienza a estar afectado de forma

adversa cuando su umbral de tolerancia al es-trés es sobrepasado de forma consistente. A pesar de la unanimidad de opinión existente en relación con muchas de las características del fenómeno burnout, la determinación de si un trabajador está o no desgastado profesionalmente no es fácil de realizar. El burnout no se presta a dicotomizaciones claras en forma por ejemplo de presente o ausente, en parte a causa de que el burnout es un proceso y no un suceso, además de que el proceso es diferente en cada individuo (Farber, 1983). Como Mattingly (1977) ha señalado, "el burnout es un sutil patrón de síntomas, conductas y actitudes que son únicos para cada persona". En general, el desgaste profesional puede conceptualizarse como una función de los estreses engendrados por la interacción de múltiples factores, entre los cuales cabe destacar factores culturales, educacionales, laborales y personales.

Precisamente entre los factores personales se encuentra la reactividad al estrés definida por González de Rivera (1981) como "el conjunto de pautas de respuestas neurovegetativas, cognitivas, conductuales y emocionales características del individuo ante situaciones de estrés o tensión nerviosa". La cuantificación de estas pautas mediante cuestionario constituye el Índice de Reactividad al Estrés (IRE), que se considera como un marcador inespecífico

TABLA I

Descripción de los centros participantes y uso de						
	C1	C2	C3	C4	C5	C6
Ubicación	Urbana	Urbana	Rural	Rural	Rural	Rural
Población asistida	23.79	15.39	24.35	14.33	12.04	4.948
	5	7	3	1	6	
Coefficiente de dispersión geográfica	2	2	3	4	4	4
Atención continuada	NO	NO	SI	NO	NO	SI
Docencia	NO	NO	SI	NO	NO	NO
Número de trabajadores	32	25	35	30	23	15
Relación fijos/interinos	1/2.2	1.5/1	1/1	1/2.75	1/1.5	1/1
Participantes	24	15	28	25	17	14
Tasa de respuesta	78.1%	60%	80%	83.3%	73.9%	93.3%

de vulnerabilidad ante el estrés (González de Rivera, 1989, 1991; Bulbena, 1993; Treserra, 1994).

El objetivo del presente estudio es valorar la relación existente entre la reactividad al estrés y la presencia de desgaste profesional en una muestra representativa de los distintos profesionales que trabajan en el Sistema de Atención Primaria de la provincia de Santa Cruz de Tenerife mediante un estudio de diseño transversal y de carácter analítico descriptivo.

Material y Método

Sujetos

La muestra objeto de nuestro estudio estuvo compuesta por el total de los profesionales pertenecientes a seis centros de salud de atención primaria de la provincia de Santa Cruz de Tenerife que tenían una antigüedad en su puesto de trabajo de al menos un año de desempeño del mismo. Los 160 constituyentes de la muestra pertenecían a siete categorías laborales (pediatras, médicos generales, DUE, auxiliares de enfermería, auxiliares administrativos, trabajadores sociales y celadores) y representaban el 16.86% del total de trabajadores del Sistema de Atención Primaria. Los seis centros de salud constituían el 15.7% del total de centros de la provincia y asistían a una población de derecho de 104.870 personas, lo cual representa el 17.77% del total de población de derecho asistido por el Sistema de Atención Primaria de Salud.

Los centros de salud seleccionados para el estudio recogen las posibilidades más comunes que se dan en nuestro medio y son representativos de las distintas variables a estudiar (ubicación urbana vs. rural, alta vs. baja, dispersión geográfica, con y sin atención continuada, docentes y no docentes, con mayor y con menor proporción de personal interino, cercanos y distantes de hospitales de alta tecnología de referencia).

La descripción de los centros estudiados y las características de los mismos figuran en la tabla I.

De los 160 profesionales de la muestra, 123

aceptaron participar y cumplieron adecuadamente todos los instrumentos administrados, suministrando una tasa de respuesta del 76.87% que consideramos excelente dadas las características del estudio y de los sujetos objeto del mismo. La variable sexo no produjo diferencias significativas en la tasa de respuesta, ya que varones y mujeres registraron valores similares. La condición de interino o propietario del puesto de trabajo desempeñado si registró diferencias significativas en la tasa de respuesta siendo ésta superior en los trabajadores interinos ($p < 0.05$, interinos = 85.5% vs. propietarios = 63.5%). Con respecto a la categoría laboral, los celadores fueron los que menor tasa de participación registraron (42.8%), mientras que la mayor fue la obtenida por los trabajadores sociales (100%). La tabla II muestra el grado de participación y la tasa de respuesta según centro y profesión.

Procedimiento

La aplicación fue individual en todos y cada uno de los casos, aunque previamente a la misma de forma colectiva y por centros de salud se llevó a cabo una reunión en la cual se les suministró información sobre los objetivos generales del estudio, el carácter confidencial y si querían anónimo del mismo, así como sobre la posibilidad de conocer sus resultados de forma personal. No se les comentó de forma directa los objetivos específicos del estudio para no sensibilizar a los encuestados al respecto. Casi la totalidad de los participantes en el estudio entregaron el dossier cumplimentado antes de que transcurriera una semana de su entrega.

El procesamiento estadístico de las variables estudiadas se realizó mediante el paquete bioestadístico R-Sigma (Moreau et al., 1990). La estimación de parámetros de centralización y de medidas de dispersión se realizó con una probabilidad de error menor de 0.05. El estudio de correlación de variables cuantitativas fue llevado a cabo mediante el cálculo del coeficiente de correlación de Pearson. La asociación de caracteres cualitativos se realizó me-

TABLA II

	C1	C2	C3	C4	C5	C6	TOTAL
PEDIATRAS	2	2	4	3	3	1	15
	1	0	4	3	3	1	12
MEDICOS	50%	0	100%	100%	100%	100%	80%
	9	7	10	8	6	3	43
	7	5	8	6	3	3	32
DUE	77.7%	71.4%	80%	75%	50%	100%	74%
	12	7	11	10	7	5	52
	7	4	9	8	6	5	39
TRAB. SOCIAL	58.3%	57.1%	81.8%	80%	85.7%	100%	75%
	0	1	1	1	1	1	5
	0	1	1	1	1	1	5
AUX. ENFERM.	0	100%	100%	100%	100%	100%	100%
	2	3	1	1	1	2	10
	2	1	0	1	1	2	7
AUX. ADMINI.	100%	33.3%	0	100%	100%	100%	70%
	6	4	6	6	4	2	28
	6	3	6	6	2	2	25
CELADORES	100%	75%	100%	100%	50%	100%	89.2%
	1	1	2	1	1	1	7
	1	1	0	0	1	0	6
	100%	100%	0	0	100%	0	42.8

diante la prueba exacta de Fisher. Realizamos análisis de varianza para uno y dos factores. Cuando se pusieron de manifiesto diferencias estadísticamente significativas entre grupos, realizamos determinaciones particularizadas entre medias con el test de Newman Keuls. El nivel de significación estadística seleccionado para todas las pruebas fue de $p(0.05)$.

Instrumentos de medida

Tras la revisión de la bibliografía relacionada con el desgaste profesional, diseñamos un cuestionario sociodemográfico y laboral que incluyó aquellas variables más relevantes hasta el momento asociadas al fenómeno del burnout.

Los instrumentos de medida seleccionados fueron inventarios autoadministrados de fácil comprensión y cumplimentación. A continuación exponemos sus principales características.

1. El Maslach Burnout Inventory (MBI) es un inventario autoadministrado constituido por

22 ítems en forma de afirmaciones sobre los sentimientos personales y actitudes del profesional en su trabajo y hacia los pacientes. Fue desarrollado por Maslach y Jackson (1981), y su versión en castellano ha sido empleada en diversos profesionales de la salud mental (Alvarez y Fernández, 1991). Este instrumento fue diseñado para valorar tres aspectos fundamentales del síndrome de burnout o de desgaste profesional: el agotamiento emocional, la despersonalización y la ausencia de logros personales. La subescala de agotamiento emocional (EE), constituida por 9 ítems, valora la sensación de estar emocionalmente saturado o exhausto por el propio trabajo. La subescala de despersonalización (DP), integrada por 5 ítems, mide el grado en el cual la respuesta hacia los pacientes es fría, distante e impersonal. La subescala de logros personales (PA) consta de 8 ítems que valoran los sentimientos de competencia y eficacia en la realización del trabajo.

El burnout o desgaste profesional se concibe como una variable continua que se puede experimentar en bajo, moderado o alto grado, y no como una variable dicotomizada que está presente o ausente.

Altas puntuaciones en las subescalas de agotamiento emocional y de despersonalización y bajas puntuaciones en la subescala de logros personales son reflejo de un alto grado de burnout. Un grado medio es reflejo de puntuaciones medias en las tres subescalas. La presencia de bajas puntuaciones en las subescalas de EE y DP, y de altas puntuaciones en la de PA son indicativas de un bajo grado de burnout.

Valores medios Sector Sanitario

Baja	Media	Alta
EE (22.19±9.53)	=<18 19-26	>=27
DP (7.21±5.22)	=<5 6-9	>=10
PA (36.53±7.34)	=<33 34-39	>=40

2. El Índice de Reactividad al Estrés (IRE-32). Es un inventario autoadministrado de 32 items mediante los que el sujeto valora sus pautas habituales de respuesta ante las situaciones de estrés y tensión nerviosa. Ha sido desarrollado por González de Rivera (1983, 1990) como instrumento de medida de su constructo de reactividad al estrés, inicialmente como un cuestionario de 25 items, y en la actual versión revisada de 32. El cuestionario suministra un índice global de reactividad al estrés, y cuatro subíndices específicos (vegetativo, emocional, cognitivo y conductual). Ha sido empleado en múltiples estudios que incluyen tanto a la población general (González de Rivera, 1993) como a pacientes médicos (González de Rivera, 1984, 1989, Henry, 1991, Bulbena, 1993), y psiquiátricos (De las Cuevas, 1989; Henry, 1991, González de Rivera, 1995).

Resultados

Maslach Burnot Inventory (MBI)

Los valores medios obtenidos en las distintas subescalas del MBI en la muestra global de profesionales de atención primaria fue de:

20.33 (± 10.3) para la subescala de agotamiento emocional, 6.75 (± 5.4) para la subescala de despersonalización, y de 36.6 (± 7.9) para la de logros personales.

En la subescala de agotamiento emocional, el 41.5% de los participantes en el estudio registró puntuaciones que les ubicaba en el rango de puntuación baja de la escala, el 30.9% en el de puntuación media, y el 27.6% en el de puntuación alta. En la subescala de despersonalización, el 39.8% de los participantes obtuvo puntuaciones incluidas en el rango de puntuación baja de la escala, el 30.1% en el de puntuación media, y el 30.1% en el de puntuación alta.

En la subescala de logros personales, el 24.4% de los participantes registró puntuaciones bajas en la subescala, el 28.5% puntuaciones medias, y el 47.1% puntuaciones altas.

Las mujeres registraron menores valores que los varones en las subescalas de agotamiento emocional (19.9±10.0 vs. 21.4±11.1) y de logros personales (35.9±7.8 vs. 38.2±8.3), y mayores en la de despersonalización (6.8±5.6 vs. 6.6±5.0), aunque ninguna de estas diferencias resultó ser estadísticamente significativa.

Estas puntuaciones ubican a la muestra en el rango medio de las subescalas de agotamiento emocional, despersonalización y de logros personales, siendo por tanto indicativas de la presencia de un grado moderado de burnout o desgaste profesional en los trabajadores del Sistema de Atención Primaria de Salud.

Ni la variable edad, ni las de estado civil, tiempo desempeñando el actual puesto de trabajo, ni el tiempo en la profesión, así como tampoco el hecho de realizar guardias o la posesión o no en propiedad de la plaza desempeñada registraron una correlación estadísticamente significativa con ninguna de las subescalas del instrumento.

A1 considerar las distintas profesiones en el Sistema de Atención Primaria (tabla III), los médicos generales fueron quienes obtuvieron una mayor puntuación en la subescala de agotamiento emocional, seguidos a continuación de los pediatras y trabajadores sociales. Los celadores fueron quienes refirieron estar me-

TABLA III

PROFESION	MBI±EE	MBI±DP	MBI±PA	IRE Total
PEDIATRA	20.83	4.75	36.25	2.81±1.15
MEDICO GRAL.	24.71	7.34	36.37	2.59±1.04
DUE	17.43	5.64	37.66	3±1.26
TRAB. SOCIAL	19.52	9.48	33.48	2.93±0.9
AUX. ENFERM.	20.00	8.00	39.57	2.81±1.64
AUX. ADVO.	20.60	1.20	42.60	2.98±1.30
CELADOR	16.33	6.33	35.66	3.75±1.12

nos saturados emocionalmente por su actividad laboral ya que registraron la menor puntuación en esta subescala del MBI.

Con respecto a la subescala de despersonalización, que caracteriza una respuesta fría, distante e impersonal hacia los pacientes, los auxiliares administrativos fueron quienes registraron una mayor puntuación, seguidos a continuación de los auxiliares de enfermería, mientras que la menor puntuación en esta subescala fue la obtenida por los trabajadores sociales, seguidos éstos de los pediatras.

En relación con la subescala de logros personales, los trabajadores sociales fueron los que refirieron estar más satisfechos con su competencia profesional, mientras que los auxiliares administrativos y los celadores fueron los que registraron un menor valor en esta subescala.

Al tomar en consideración las tres subescalas del inventario de forma global, los trabajadores sociales resultaron ser la categoría profesional menos afectada de burnout o desgaste profesional, seguidos de los celadores y de los enfermeros, mientras que los auxiliares administrativos demostraron ser el colectivo profesional más desgastado profesionalmente, seguidos por los auxiliares de enfermería.

Al relacionar los distintos centros de salud participantes en el estudio con los resultados obtenidos en el MBI, encontramos que dos de los seis centros (núms. 5 y 6) registraron una baja puntuación global de burnout, mientras que el resto de los centros obtuvo puntuaciones medias de desgaste profesional. Los valo-

res correspondientes a las distintas subescalas del inventario en relación con los distintos centros figuran en la tabla IV.

Índice de reactividad al estrés

El índice medio de reactividad al estrés fue de 2.86 para la muestra global, con una desviación típica de 1.21 y un rango comprendido entre 0.3 y 6.25. Con respecto al sexo, los varones obtuvieron un menor valor que las mujeres (2.79±1.08 vs. 2.89±1.26) aunque dicha diferencia no fue estadísticamente significativa. Estos valores son similares a los descritos por González de Rivera (1993) en la población general.

No se obtuvo una correlación estadísticamente significativa entre el IRE Total y la edad, aunque el rango de edad de la muestra y la distribución por edades de la misma así lo hacían prever. Las variables realización de guardias o propiedad de la plaza tampoco produjeron variaciones estadísticamente significativas.

Los distintos profesionales implicados en la Atención Primaria a la Salud registraron diferentes valores en el Índice de Reactividad al Estrés que figuran en la tabla III, aunque dichas diferencias no fueron estadísticamente significativas. La tabla IV muestra los valores registrados en el IRE Total en los distintos centros participantes en el estudio.

Los items más frecuentemente experimentados por la muestra global ante situaciones de estrés o tensión nerviosa fueron los de: inquie-

TABLA IV

Estadística básica de las escalas constituyentes del Maslach Burnout Inventory y del Índice Global de Reactividad al estrés según centro de salud participante				
CENTROS	MBI±EE	MBI±DP	MBI±PA	IRE Total
CENTRO±1	21.29	6.70	36.58	3.15±1.25
CENTRO±2	22.20	8.13	34.53	2.66±1.46
CENTRO±3	22.64	8.61	36.89	2.9±1.12
CENTRO±4	20.7	7.39	36.65	2.54±1.08
CENTRO±5	17.68	3.75	38.06	3.04±1.39
CENTRO±6	14.28	4.00	36.50	2.80±1.04

tud e incapacidad para relajarse (ítem 1 experimentado por el 57.7%), esforzarse por razonar y mantener la calma (ítem 11 experimentado por el 56.91%), sentimientos de depresión y tristeza (ítem 6 experimentado por el 53.65%) y la presencia de dolores de cabeza (ítem 14 experimentado por el 52.03%). En cuanto a los menos experimentados fueron: entusiasmo, mayor energía o disfrutar con la situación (ítem 15), aumento del apetito sexual (ítem 28) y hormigueo o adormecimiento en las manos o en la cara (ítem 12), todos ellos experimentados por menos del 5% de la muestra.

Al someter a la prueba exacta de Fisher, para el estudio de la asociación de caracteres cualitativos en tablas 2 por 2, entre la variable sexo y la presencia o ausencia de cada uno de los 32 ítems constituyentes del IRE-32, registramos que en únicamente 5 de los ítems se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas entre varones y mujeres. Las mujeres refirieron los ítems 4 (ganas de suspirar, opresión en el pecho. y sensación de ahogo, $p < 0.01$), 6 (sentimientos de depresión y tristeza, $p < 0.001$) y 7 (mayor necesidad de comer, $p < 0.05$) con mayor frecuencia que los varones. Los varones refirieron con mayor frecuencia el experimentar los ítems 30 (tendencia a comprobar si todo está en orden, $p < 0.05$) y 31 (mayor dificultad para dormir, $p < 0.05$) en las situaciones de estrés o tensión nerviosa.

Al relacionar las puntuaciones globales del Índice de Reactividad al Estrés con los distintos rangos de puntuación de gravedad suministrados por la escala de Agotamiento Emocional del M.B.I. se pusieron de manifiesto diferencias estadísticamente significativas, como se muestra en la tabla V. Con objeto de conocer en que muestras concretas se encontraban las diferencias significativas, realizamos un contraste pormenorizado mediante la prueba de comparación múltiple de Newman Keuls cuyos resultados también figuran en la tabla V.

Ni la escala de despersonalización ni la de logros personales del MBI registraron variaciones estadísticamente significativas en función de las puntuaciones del IRE Total.

Discusión

Son múltiples los autores que consideran que las características del individuo y el estado en que se encuentra en el momento de responder a situaciones estresantes influyen de forma fundamental en la capacidad de adaptación ante tales situaciones (Lipowski, 1986; Lazarus y Folkman, 1984). Los factores personales también juegan un papel fundamental en desarrollo del burnout. Muldary (1983) considera como personas predispuestas a experimentar desgaste profesional a aquellos individuos orientados pero obsesivos, con tendencia a identificarse de forma excesiva con los receptores de su atención y que basan su autoestima únicamente en la consecución de metas. Estas personas tienen problemas para actuar con decisión ante problemas humanos complejos así como para ser indulgentes consigo mismos por los errores cometidos. Aunque este autor considera al estilo obsesivo-compulsivo como el más predispuesto al desarrollo de burnout, también refiere que aquellos profesionales de la salud con estilos de personalidad dependiente o pasivo-agresiva poseen riesgo considerable de desgastarse profesionalmente. Sea cual sea el tipo de personalidad del trabajador lo que parece claro es que son aquellos individuos más dedicados y entusiastas los que presentan un mayor riesgo. Los trabajadores vulnerables se caracterizan por: presiones autoimpuestas en relación con unas expectativas exageradas sobre el cometido del propio trabajo y de sí mismos; la identificación e involucración emocional excesivos con pacientes y familiares que expone al profesional a frecuentes experiencias de pérdida, así como a la concienciación de su propia muerte; la desilusión y disgusto al comprobar la diferencia existente entre los marcos ideal y real de su trabajo (Munley, 1980).

Hunter et al. (1982) ven este fenómeno como una confirmación del "síndrome de estrés" de Selye con sus fases de alarma, resistencia y agotamiento como respuesta del individuo ante un estrés constante y excesivo al que es incapaz de adaptarse. Los modelos de estrés predi-

TABLA V

ANÁLISIS DE VARIANZA DE 1 FACTOR. IRE Total / MBI·EE (Agotamiento Emocional)					
MBI±EE	Media	Desv. Tip.	Tamaño	Mínimo	Máximo
BAJA	2.50	1.15	58	0.3	5
MEDIA	3.11	1.18	31	1.25	3.43
ALTA	3.24	1.19	34	1.56	6.25
Fuente Varianza	Varianza	G.L.	F.	Pr.	Significatividad
FACTOR	74.53	2	5.27	0.0063	P<0.01
ERROR	14.12	120			
TOTAL	15.11	122			

COMPARACIÓN MULTIPLE

V1	V2	DIF	Q. exper	R	Significatividad	Q. teor.
ALTA	BAJA	0.74	4.15	3	p<0.05	3.36
ALTA	MEDIA	0.13	0.63	2	no	2.8
MEDIA	BAJA	0.61	3.33	2	p<0.05	2.8

cen que bajos niveles de este mejoran la motivación y la ejecución, mientras que altos niveles los dificultarían. Cuanto más compleja y ambigua sea una tarea más bajo será el nivel de estrés necesario para ser disruptivo. Con un estrés persistente la persona llega a desmoralizarse al deteriorarse su capacidad de afrontamiento y resolución de problemas. Cherniss (1980) considera que la indefensión aprendida (Seligman, 1975) puede ser el mecanismo de mediación en el burnout. Los individuos expuestos a resultados no controlables pueden aprender que los acontecimientos o sucesos de su entorno son independientes de sus acciones y generalizar la creencia de que son incapaces de ser efectivos, conduciendo a un aislamiento apático.

La relación estadísticamente significativa puesta de manifiesto entre los mayores niveles de desgaste profesional y las más altas puntuaciones en el Índice de Reactividad al Estrés global podría interpretarse como indicativa de que la reactividad al estrés pueda ser una variable moduladora de la psicopatología padecida, siendo así mismo indicativa de una predisposición o diátesis que incrementa la suscepti-

bilidad general para el desarrollo de burnout.

Agradecimiento

Este trabajo ha sido posible gracias a una Ayuda a la Investigación de la **FUNDACION MAPFRE MEDICINA**.

BIBLIOGRAFIA

1. Álvarez Gallego, E y Fernández Ríos, L: El síndrome de burnout" o el desgaste profesional: Revisión de estudios. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiquitr., 1991, 21: 257-266>.
2. Álvarez Gallego, E. y Fernández Ríos, L.: El Síndrome "Burnout" o el Desgaste Profesional (II): Estudio Empírico de los Profesionales Gallegos del Área de Salud Mental. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq., 1991; 11 (39): 267-273.
3. Bulbena, A, Duró, JC, Mateo, A, Posta, M, Martín-Santos, R, Mateo, A, Molina, L, Vallescar, R y Vallejo, J: Anxiety disorders in the joint hypermobility syndrome. Psychiatry Research, 1993, 46:59-68
4. Cherniss, C.: Staff Burnout: Job Stress in the Human Services. Sage Publications. London, 1980.

5. De las Cuevas Castresana, C.; Henry Benítez M.; Monterrey, A.L. y González de Rivera, J.L.: Reactividad al Estrés en Pacientes Psiquiátricos Ambulatorios. *Psiquis*, 10(9), 1989: 320-323.
6. Farber, B.A.: *Stress and Burnout in the Human Service Professions*. Pergamon. General Psychology Press. New York, 1983.
7. Freudenberg, H.J.: Staff Burn-out. *Journal of Social Issues*, 1974, 30: 159-165.
8. González de Rivera, J.L.: Stress Reactivity Patterns. VI Congreso del International College of Psychosomatic Medicine. Montreal, 1981.
9. González de Rivera, J.L., Morera, A., Sanchis, P. y Sánchez, A.: La reactividad al estrés. Valores medios en estudiantes de medicina. *Psiquis*, 1983, 4: 198-201
10. González de Rivera, J.L. y Morera, A.: Reactividad al estrés en pacientes ingresados en un hospital general. *Actas Luso-Esp. Neurol. Psiquiatr.*, 1984, 12: 207-213.
11. González de Rivera, J.L.: De las Cuevas, C.; Fernández, L. et al.: Stress Reactivity and Somatic Illness. VIII Congreso Mundial de Psiquiatría. Atenas, 1989.
12. González de Rivera, J.L., Morera, A., Monterrey, A.L.: El índice de reactividad al estrés como modulador del efecto sucesos vitales en la predisposición a patología médica. *Psiquis*, 1989, 10:20-27
13. González de Rivera, J.L.: Factores de Estrés y Enfermedad. *Actas Luso-Esp. Neurol. Psiquiatr.*, 1991, 19: 290-297.
14. González de Rivera, J.L.; De las Cuevas, C.; Monterrey, A.L. y col.: Stress Reactivity in the General Population. *European Journal of Psychiatry*, 1993, 7: 5-11.
15. González de Rivera, J.L.: Estrés y ansiedad. *Focus on Psychiatry*, 2, 1993.
16. González de Rivera, J.L., De las Cuevas, C y Monterrey, AL: Factores internos de estrés y esquizofrenia: Un estudio con el índice de reactividad al estrés en esquizofrénicos ambulatorios en remisión. *Psiquis*, 1995, 16:14-20
17. Henry, M.; De las Cuevas, C.; y González de Rivera, J.L.: Cuantificación de la reactividad al estrés en pacientes psiquiátricos ingresados en una unidad de agudos. *Actas Luso-Españolas de Neurología y Psiquiatría*, 1992, 20:76-80
18. Henry, M.; González de Rivera, J.L.; de las Cuevas, C; González I Gracia, R , Abreu, J , Ruperez, F y Garzón, E: El índice de reactividad al estrés en pacientes asmáticos crónicos. *Psiquis*, 1991, 13: 249-254
19. Hunter, K.; Jenkins, J.E. y Hampton, L.A.: Burnout. *Cris. Intervention*, 1982, 12: 141-150. .
20. Juntunen, J.; Asp. S.; Olkinoura. M. y col.: Doctors drinking habits and consumption of alcohol. *British Medical Journal*, 1988, 297 (6654): 951-954.
21. Lazarus, R.S. y Folkman, J.: *Stress, appraisal and coping*. Springer. New York, 1984.
22. Lees, S. y Ellis, N.: The design of stress management programme for nursing personnel. *J. Adv. Nurs.*, 1990, 15(8): 946-961.
23. Lemkau, J.P.; Purdy. R.P.; Rafferty, J.P. y Rudisill, J.R.: Correlates of burnout among family practice residents. *J. Med. Educ.*, 1988, 63(9): 682-91.
24. Lipowski, Zj.: *Psychosomatic Medicine: Past and Present*. *Can. J. Psychiatry*, 1986, 31: 8-13.
25. Maslach, C. y Jackson, S.E.: *Maslach Burnout Inventory Manual*. Palo Alto, CA. Consulting Psychologist Press, 1981.
26. Maslach, C.: *Burnout: The cost of caring*. Englewood Cliffs. N.J.. Prentice Hall, 1982.
27. Mattingly, M.A.: Sources of Stress and Burnout in Professional Child Care Work. *Child Care Quarterly*, 1977, 6: 127-137.
28. Moreu, E.; Molinero. L.M. y Fernández. E.: *Paquete Bioestadístico R Sigma*. Horus Harde\,are. 1990.
29. Muldary. T.: *Burnout and Health Professionals: Manifestations and Management*. Norwalk, Connecticut: Appleton-Century Crofts. 1983.
30. Munley, A.: Sources of Hospice Staff Stress and How to Cope with It. *Nursing Clinics of North America*, 1985; 20(2):343-

- 355.
31. Olkinouura, M.; Asp, S.; Juntunen, J. y col.: Stress symptoms, burnout and suicidal thoughts. *Soc. Psychiatrv Psychiatr. Epidemiol.*, 1990, 25(2): 81-85.
32. Registrar General: Decennial Supplement for England and Wales. London, HINISO. 1978.
33. Rose, K.D. y Roscow. I.: Physicians who kill themselves. *Arch. Gen. Psychiatry*. 1973. 29: 800.
34. Seligman. M.: Helplessness. Freeman ed. San Francisco. 1975.
35. Selye, H.: A syndrome produced by diverse nocivous agents. *Nature*, 1936, 138: 22-49.
36. Treserra, J, Udina. C, Catalán, R, Valles, V, Galindo F. y Marcos. E: Papel mediador del estrés y la hostilidad en la relación entre lípidos y psicopatología. *Psiquiatría Biológica*, 1994, 1:40--t5