

INVESTIGACIÓN

Instituto Nacional de Salud de los Trabajadores

ESTRÉS Y BURNOUT EN PROFESIONALES DE LA SALUD DE LOS NIVELES PRIMARIO Y SECUNDARIO DE ATENCIÓN

*Jorge Román Hernández*¹

RESUMEN: Se realizó un estudio transversal acerca de estrés y Burnout a 287 profesionales de la salud de un municipio de La Habana. Médicos y enfermeros de los niveles primero y segundo de atención, hombres y mujeres, respondieron tres cuestionarios: Cuestionario Breve de Burnout, de Moreno. Escala de Síntomas de Estrés, de Aro; e Inventario de Estrés para Profesionales de la Salud, de Wolfgang. Se estableció la hipótesis de que, así como el género y la profesión, el nivel de atención también diferenciaba significativamente las respuestas de estrés y Burnout. Una segunda hipótesis consistió en que el bajo reconocimiento profesional se asocia a respuestas de estrés y de Burnout. Ambas fueron confirmadas. La prevalencia de Burnout fue ligeramente superior a 30 % y la de síntomas de estrés de 50 %. El Burnout afectó fundamentalmente a las mujeres médicas de atención primaria, y el estrés a las enfermeras del mismo nivel de atención.

DeCS: ESTRES/epidemiología; AGOTAMIENTO PROFESIONAL/epidemiología; PERSONAL DE SALUD; ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD; ATENCIÓN SECUNDARIA DE SALUD.

INTRODUCCIÓN

Una especial atención se presta en la actualidad a las manifestaciones de estrés en las profesiones de servicios públicos. Su explicación se encuentra probablemente en el auge del sector de los servicios en las economías nacionales. Son cada vez más las profesiones que se desarrollan en el contacto humano con un público que impone demandas, tareas y habilidades específicas, aunque también malestares. Tal es el caso de las que se hallan vinculadas a los servicios médicos.

En la esfera de la salud no solamente los médicos están expuestos a estrés de origen asistencial. Como evidencia el trabajo de *Anderson, Cooper y Willmott*,¹ otras profesiones vinculadas a la asistencia de salud también lo están. Estos autores así lo apreciaron en un estudio realizado acerca de fuentes de estrés en el que incluyeron, junto a médicos y a enfermeros, científicos, técnicos, obreros de mantenimiento y a otros trabajadores del sistema nacional de salud de Gran Bretaña.

Ciertos estudios relacionados con el estrés en los profesionales de la salud han revelado cómo sus conse-

cuencias se revierten en un desempeño profesional inadecuado en relación con las personas que reciben sus cuidados. *Richardson y Burke*² encontraron en médicos canadienses que el estrés elevado se relacionaba con menos satisfacción en la práctica médica y con actitudes negativas hacia el cuidado de la salud de los pacientes.

El estudio de las profesiones asistenciales, y de modo muy particular las profesiones de la salud, han revelado que las altas demandas del trabajo generan no solo un cuadro general de tensión emocional que tiende a generar malestar subjetivo y a expresarse en síntomas somáticos; sino un síndrome que transcurre y se instala por etapas, cuyos efectos parciales constituyen sus componentes: el síndrome de Burnout.

Desde su enunciación por *Herbert Freudenberger* en 1974, el síndrome de Burnout ha sido un concepto ampliamente empleado en la literatura científica sobre estrés laboral. *Catherine Maslach y Susana Jackson* lo han descrito como un proceso que se inicia con una carga emocional y su correspondiente tensión que conduce al agotamiento del sujeto, quien comienza a exhibir conductas de distanciamiento y actitudes cínicas respecto a las personas

¹ Doctor en Ciencias Psicológicas.

que atiende, lo cual crea dudas con respecto a la competencia y realización profesional. Se trata de un concepto multidimensional, acompañado de síntomas físicos cuyos componentes fueron identificados por estas autoras: agotamiento emocional, despersonalización y reducida realización profesional. Su modelo teórico ha conducido a la elaboración del *Maslach Burnout Inventory* (MBI).³

Las propias autoras del MBI en sus datos normativos obtenidos en una población norteamericana identifican a los profesionales de la salud como uno de los grupos con medias más altas en los diferentes componentes del síndrome, y de hecho constituye uno de los grupos profesionales más estudiados bajo este concepto.⁴ Sus consecuencias van desde una reducción de la calidad del trabajo y conflictos laborales hasta el desarrollo de trastornos mentales, problemas psicósomáticos y aun el suicidio.⁵

*Pines, Aronson y Kafry*⁶ consideran que el Burnout se deriva del tedio ocupacional y de sus correspondientes consecuencias emocionales debido a características internas del trabajo (ausencia de variedad, de autonomía y significación de éxito) y externas (ambiente de trabajo, relaciones laborales, apoyo). A *Bernardo Moreno* se debe otra solución instrumental para la evaluación del Burnout, el Cuestionario Breve de Burnout (Moreno B, Oliver C, Pastor JC, Aragonese A. Una teoría y una medida del estrés laboral asistencial [Actas del II Congreso del Colegio Oficial de Psicólogos] Valencia: 15-20 de abril, 1998). Este autor identifica tres componentes del síndrome del Burnout que son coincidentes con los descritos por *Maslach*; pero incluye variables para identificar las causas del síndrome, entre las que aparecen el tedio, las características de la tarea y la organización del trabajo, además de las consecuencias del Burnout. En este trabajo se empleó el Cuestionario de Moreno.⁷

Algunos estudios han permitido revelar la función de moderadora de ciertos factores, entre ellos: la retroalimentación, la claridad en la definición de las tareas, la autonomía, las oportunidades de promoción y el liderazgo social-emocional,⁸ la edad, la experiencia laboral y el género. En cuanto al apoyo social, se han aportado evidencias de su papel moderador del estrés y del Burnout.⁹ *Baruch-Feldman, Brondolo, Ben-Dayán y Schwartz*,¹⁰ en un estudio realizado con mujeres y hombres policías de tráfico, hallaron asociaciones negativas entre el apoyo emocional familiar y el agotamiento emocional propio del Bournout, sin encontrar diferencias relacionadas con el género.

Precisamente, en cuanto a otro aspecto de las relaciones sociales, el balance de los esfuerzos comprometidos en el trabajo y las recompensas de diversos tipos parecen condicionar la probabilidad de ocurrencia del estrés experimentado y de las manifestaciones de Burnout.¹¹ En este sentido, *Taris, Peeters, Le Blanc, Schreurs y Schaufeli*¹² en un estudio con maestros encontraron que la inequidad en las relaciones (altos esfuerzos y bajas recompensas), particularmente las establecidas con los receptores de sus servicios profesionales (en este caso los estudiantes), se asocia fuertemente a los estresores provenientes de estos últimos, así como a los com-

ponentes del síndrome de Burnout. En cierto modo, este enfoque confirma, en el caso del Burnout, la hipótesis subyacente al modelo de estrés del desbalance esfuerzo-recompensa, propuesto por *J. Siegrist* como aplicable no solo al estrés de las relaciones sociales, sino en general a la relación del hombre con el trabajo.¹³

Como se evidencia de un resultado comentado anteriormente, la condición de género ha sido objeto de atención en los estudios sobre estrés y Burnout. Específicamente en relación con las diferencias de género en profesionales de la salud, *Breilh*¹⁴ encontró en un estudio acerca de los efectos del trabajo hospitalario en internos de hospitales ecuatorianos, declaraciones de estrés en un 78,2 % de los casos analizados, con una mayor proporción en las mujeres (79,3 %) que en los hombres (74,0 %). Sin embargo, en el Burnout las asociaciones con el género no han sido muy consistentes.

En el propio caso de los profesionales de la salud, en cuanto a diferencias de profesión, *Schaufeli*⁴ afirma que en general los médicos y los enfermeros experimentan un nivel comparable de agotamiento emocional, pero los médicos tienen anotaciones mayores en despersonalización, y es en los enfermeros comparativamente mayor el sentido de reducción de la realización profesional.

Por su parte, *Allan Wolfgang* se ha orientado a la identificación de las fuentes de estrés en los diversos profesionales del sector de la salud. Diseñó el *Health Professions Stress Questionnaire*, con el cual ha encuestado a médicos, enfermeros, administrativos y farmacéuticos, y ha obtenido resultados que respaldan la fiabilidad y estructura de su instrumento.¹⁵⁻¹⁷ Una primera versión en idioma español de ese instrumento se emplea en el presente trabajo.

Algunos de los estudios sobre estrés y Burnout que han tenido en cuenta la condición de la profesión, la han relacionado también con el género de los profesionales y se han advertido –como ya se apreció– patrones propios de sus combinaciones; sin embargo, no se ha enfocado suficientemente el nivel de atención en que prestan sus servicios. La atención primaria de salud y la atención hospitalaria –por no incluir el tercer nivel– se diferencian por las características propias de sus respectivos contenidos de trabajo, organización de este, la relación que suele establecerse entre el profesional de la salud y los pacientes, así como –al menos en nuestras circunstancias actuales– en el prestigio social percibido, las posibilidades reales de promoción, y otras recompensas del trabajo.

El objetivo de esta investigación fue determinar las diferencias en las manifestaciones de estrés laboral y Burnout condicionadas por el género, la profesión (médico y enfermero), y el nivel de atención (primario y secundario). Su hipótesis consiste en que ellas determinan diferencias entre niveles de riesgo de esos efectos negativos del trabajo profesional. Se establece también la hipótesis de que las fuentes de estrés asociadas al reconocimiento del trabajo tienen asociaciones fuertes con las manifestaciones de

estrés y el Burnout. Adicionalmente, se exponen de forma descriptiva las prevalencias de estrés y Burnout en los grupos estudiados y las fuentes de estrés más mencionadas.

MÉTODOS

Participantes: Médicos y enfermeros de consultorios comunitarios (médicos y enfermeros de familia del primer nivel de atención) y del hospital general clínico-quirúrgico (segundo nivel de atención), todos del mismo municipio (Plaza de la Revolución) de Ciudad de La Habana, con un total de 287 profesionales de la salud. El criterio de inclusión fue accidental, y se tomaron las opiniones entre los que se encontraban presentes en las reuniones periódicas mensuales en las cuales se recogió la información. La participación de los sujetos en el estudio fue voluntaria y respondieron anónimamente los cuestionarios entregados. En el hospital fueron incluidos los médicos de los servicios clínicos y quirúrgicos que atendían directa y frecuentemente a pacientes de Angiología, Anestesiología, Cirugía, Dermatología, Endocrinología, Medicina Interna, Ortopedia, Psiquiatría y de la Unidad de Cuidados Intermedios.

Instrumentos: Se utilizaron los instrumentos que a continuación se relacionan:

Cuestionario Breve de Burnout, de Moreno (CBB). Este instrumento consta de varias preguntas introductorias con datos generales. La parte fundamental del cuestionario la constituyen 22 proposiciones, y la última es una pregunta abierta no asociada a las variables que las anteriores representan. El CBB explora tres variables fundamentales: el síndrome de Burnout (SBO), las causas del Burnout (CBO) y las consecuencias del Burnout (CON). El SBO a su vez consta de tres subvariables que concuerdan con el modelo de *Maslach y Jackson*, y contienen tres proposiciones cada una: cansancio emocional (CE), despersonalización (DP) y realización profesional (RP). La variable CBO, a su vez, se analiza en sus componentes: tedio (TE), características de la tarea (CT), y organización (OR), cada uno con tres proposiciones. La variable CON no se divide en componentes; contiene tres proposiciones en total. El cuestionario se responde en una escala ordinal de 5 puntos (1 a 5) que expresan frecuencias crecientes de experimentar el contenido de la proposición de que se trate. Los valores mínimos y máximos posibles para cada subvariable y para la variable CON oscilan entre 3 y 15, valor que es promediado entre el número de ítems correspondientes, que es 3. El autor propuso el valor mayor de 3 como "afectado" en la variable que se trate, y mayor de 4 como "altamente afectado". En el presente trabajo se obtuvieron los coeficientes μ de Cronbach siguientes para cada una de sus tres principales variables: SBO, 0,65; CBO, 0,72 y CON, 0,65.

Escala de Síntomas de Estrés, de Seppo Aro (ESE). Esta escala contiene 18 síntomas comúnmente asociados a estados de estrés, de naturaleza psicósomática, emocional,

o conativa. Ejemplos de estos síntomas son las: "palpitaciones o latidos irregulares del corazón", "irritabilidad", "enfurecimientos", "fatiga o debilidad". Las respuestas se expresan en una escala ordinal de cuatro frecuencias, las cuales se valoran de 0 a 3, por lo cual las anotaciones posibles fluctúan entre 0 y 54. Un valor total superior a 10 puntos se considera como presencia de estrés. En el presente trabajo este instrumento tuvo un μ de Cronbach de 0,83.

Inventario de Estrés para Profesionales de la Salud, de Wolfgang (IEPS). Este cuestionario relaciona en sus 30 ítems diferentes fuentes de estrés de los profesionales de la salud. Sus variables son: reconocimiento profesional (IEPS-RP), 9 ítems, uno de ellos "ser poco respetado o reconocido por las personas que atiende"; responsabilidad por el cuidado de los pacientes (IEPS-RC), con 7 ítems, entre ellos "cuidar las necesidades emocionales de los pacientes"; conflictos en el trabajo (IEPS-CT), consta de 8 ítems, entre ellos "tener conflictos con los superiores"; e incertidumbre profesional (IEPS-IP), con 7 ítems, que incluyen el "disponer de inadecuada o insuficiente información acerca de la condición de salud del paciente". Una variable general IEPS es el promedio de las anteriores. Las respuestas reciben una puntuación entre 0 y 4 en una escala de frecuencia de 5 pasos. No se dispone de datos. Solo en su publicación original, el autor aporta algunos estadígrafos de las muestras encuestadas: profesionales de medicina, enfermería y farmacia, que llevadas a promedio del total de ítems resultan, respectivamente, de 1,56; 20,4 y 1,87, sin que se aporten datos por escala. El presente estudio mostró un alto coeficiente μ de Cronbach general (IEPS) de 0,83 y una correlación promedio ítems-total de 0,32. En cuanto a sus diferentes escalas, los coeficientes μ de Cronbach fueron desiguales: IEPS-RP, 0,86; IEPS-RC, 0,62; IEPS-CT, 0,52; IEPS-IP, 0,68. En realidad, la lectura de los ítems de cada escala deja dudas en ocasiones sobre su mejor clasificación, lo cual supone un perfeccionamiento ulterior del instrumento.

Procedimiento: Se aplicaron los cuestionarios anteriormente descritos –un mismo examinador, de modo auto-administrado y bajo anonimato, en sesiones colectivas– en los policlínicos de la atención primaria y en los servicios de la atención secundaria correspondientes, previo consentimiento expreso de los participantes.

El procesamiento estadístico consistió en la aplicación de pruebas *t* de Student de diferencias de medias para grupos independientes y coeficientes de correlación de Pearson. Se estableció como nivel de error mínimo aceptable $p \leq 0,05$. Los datos fueron analizados en el programa Statistic, versión 4.2, 1993.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

En el grupo de sujetos estudiados, se destacan las características que se derivan de la observación de la tabla 1.

En cuanto a las profesiones analizadas se observó una proporción mayor de médicos que de enfermeros. Ambos niveles estuvieron representados por cantidades de profesionales casi semejantes. Hubo una cifra mayor de mujeres que de hombres. Las mujeres estuvieron más representadas entre los profesionales de la enfermería y entre los de la profesión médica, en el primer nivel de atención. La edad promedio y el tiempo de experiencia en el desempeño profesional son mayores en los médicos, y en particular, en el segundo nivel de atención –característica propia del sistema de salud en Cuba.

La tabla 2 ofrece estadísticas descriptivas de los instrumentos aplicados. Se presentan para el grupo total y para las profesiones estudiadas, separadas por una diagonal (/). En el caso del CBB, como se aprecia, los valores promedio en las diferentes variables y la casi totalidad de

los límites superiores de confianza (LC+95 %) no superan el valor de 3 puntos. En la escala sintomática de estrés, de *Aro* se obtuvieron valores promedio superiores a 10 puntos, lo que denota una alta presencia de estrés entre los sujetos estudiados. En cuanto al inventario de estrés de los profesionales de la salud, de *Wolfgang*, los valores promedio obtenidos en los sujetos fueron menores en las dos profesiones a los datos de la muestra original del autor de este instrumento, particularmente en el caso de los enfermeros.

Aunque no se establecieron cifras de prevalencia de Burnout en las poblaciones estudiadas, puede observarse en la tabla 3 que en todos los subgrupos formados por profesión, nivel de atención, género y sus respectivas combinaciones, es siempre superior al 20 % y de un 30 % en el total de los profesionales de la salud estudiados. En los

TABLA 1. Descripción de la muestra

Grupo	N	%	Media edad	DE Edad	Media Tiempo de experiencia	DE Tiempo de experiencia
Médicos	169	58,89	35,3	10,49	10,58	9,75
Médicos del primer nivel	89	52,66	29,17	4,59	4,97	4,33
Hombres	29	32,58	28,62	2,57	3,88	1,96
Mujeres	60	67,42	29,44	5,31	5,5	5,01
Médicos del segundo nivel	80	47,34	42,05	11,02	16,82	10,32
Hombres	52	65	45,25	11,1	19,63	10,38
Mujeres	28	35	36,11	8,13	11,61	8,02
Enfermeros	118	41,14	36,23	9,97	15,12	9,95
Enfermeros del primer nivel	55	46,61	36,65	9,38	16,3	8,63
Hombres	4	7,27	34,5	3,79	13	3,56
Mujeres	51	92,73	36,82	9,68	16,56	8,87
Enfermeros del segundo nivel	63	53,39	35,86	10,52	14,09	10,93
Hombres	21	33,33	32,33	8,96	10,29	9,67
Mujeres	42	66,67	37,62	10,89	15,99	11,14
Total	287	100	35,69	10,27	12,45	10,07

DE: Desviación estándar.

TABLA 2. Estadísticas descriptivas

Variables	Media	Total		DE	Médicos / enfermeros		DE	
		LC -95%	LC +95%		LC -95%	LC +95%		
BO-CE	2,37	2,27	2,47	0,82	2,50 / 2,18	2,38 / 2,02	2,62 / 2,33	0,79 / 0,84
BO-D	2,90	2,82	2,99	0,73	2,92 / 2,87	2,82 / 2,72	3,02 / 3,02	0,67 / 0,82
BO-RP	2,53	2,42	2,64	0,92	2,61 / 2,41	2,47 / 2,25	2,76 / 2,57	0,94 / 0,87
S-BO	2,60	2,53	2,67	0,62	2,68 / 2,49	2,58 / 2,38	2,77 / 2,59	0,62 / 0,59
BO-T	2,46	2,35	2,57	0,93	2,56 / 2,31	2,42 / 2,15	2,71 / 2,46	0,98 / 0,85
BO-CT	2,34	2,25	2,43	0,77	2,46 / 2,17	2,35 / 2,03	2,57 / 2,31	0,73 / 0,79
BO-O	1,98	1,89	2,07	0,79	1,94 / 2,04	1,83 / 1,88	2,05 / 2,20	0,72 / 0,88
C-BO	2,26	2,18	2,33	0,65	2,32 / 2,17	2,22 / 2,06	2,42 / 2,28	0,65 / 0,63
CBO	2,13	2,02	2,23	0,88	2,25 / 1,95	2,13 / 1,77	2,37 / 2,12	0,80 / 0,95
ESE	12,36	11,33	13,38	8,84	11,69 / 13,31	10,40 / 11,62	12,98 / 14,99	8,51 / 9,26
IEPS-RP	1,60	1,51	1,69	0,76	1,72 / 1,42	1,60 / 1,30	1,84 / 1,54	0,80 / 0,68
IEPS-RC	2,13	2,04	2,21	0,72	2,15 / 2,09	2,05 / 1,96	2,25 / 2,24	0,65 / 0,81
IEPS-CT	1,10	1,03	1,17	0,57	1,14 / 1,05	1,05 / 0,94	1,22 / 1,16	0,55 / 0,59
IEPS-IP	0,88	0,80	0,96	0,70	0,90 / 0,85	0,79 / 0,72	1,00 / 0,98	0,70 / 0,71
IEPS	1,43	1,37	1,48	0,51	1,48 / 1,35	1,40 / 1,26	1,55 / 1,44	0,52 / 0,49

LC: Límites de confianza.

DE: Desviación estándar.

TABLA 3. Prevalencias de Burnout y de síntomas de estrés

Grupo	Prevalencia (en %)	
	Burnout	Síntomas de estrés
Médicos	35,0	46,8
Médicos de primer nivel	43,8	52,8
Hombres	34,5	44,8
Mujeres	48,3	56,7
Médicos del segundo nivel	25,0	40,0
Hombres	25,0	34,6
Mujeres	25,0	50,0
Enfermeros	23,7	54,2
Enfermeros del primer nivel	27,3	63,6
Hombres	50,0	25,0
Mujeres	25,5	66,7
Enfermeros del segundo nivel	20,6	46,0
Hombres	19,0	42,9
Mujeres	21,4	47,6
Total	30,3	50,0

TABLA 4. Análisis de varianza

Condiciones	Lambda de Wilks	R de Rao	gl 1	gl 2	Nivel de p
Nivel de atención (1)	0,902946	3,200681	9	268	0,001065
Profesión (2)	0,930031	2,240265	9	268	0,019915
Género (3)	0,904071	3,159650	9	268	0,001212
1-2	0,915535	2,747225	9	268	0,004372
1-3	0,961210	1,201708	9	268	0,293925
2-3	0,964821	1,085756	9	268	0,373421
1-2-3	0,941566	1,848037	9	268	0,060006

médicos alcanzó un 35 % de los profesionales y fue superior en el primer nivel, fundamentalmente en las mujeres. En los médicos del segundo nivel de atención hubo una prevalencia similar en hombres y mujeres. En los enfermeros fue menor, es decir, de un 23,7 %. Aunque la prevalencia más alta se observó en los enfermeros hombres del primer nivel de atención, esto no debe tomarse en cuenta debido al escaso número de personas con esta condición (solo 4 profesionales), según se expresa en la tabla 1. Preferimos considerar como la más señalada entre los enfermeros la que se observa en el primer nivel de atención, que afecta a algo más de la cuarta parte de ellos.

En cuanto al estrés profesional, siguiendo los criterios originales de valoración de la prueba estudiada, se obtiene una prevalencia de un 50 % en el grupo total de profesionales de la salud. Las prevalencias más altas se obtienen en los enfermeros, en particular en los del primer nivel de atención. Entre los médicos, como sucede con el Burnout, es mayor en los que trabajan en el nivel primario, y particularmente en las mujeres.

El estudio de las diferencias entre los subgrupos, que incluyen a los profesionales de la salud según nivel de atención, profesión y género, se realizó mediante un análisis de varianza multivariado entre las variables de Burnout (S-BO, C-BO, CBO), de estrés (ESE) y de estrés en profesio-

sionales de la salud (IEPS, IEPS-RP, IEPS-RC, IEPS-CT, IEPS-IP). Para el ajuste del sistema de variables por edad y tiempo de experiencia se consideraron estas como covariantes en el análisis. La tabla 4 presenta los resultados de ese análisis.

Las tres condiciones tomadas en consideración en el análisis (nivel de atención, profesión y género) y una de las combinaciones (nivel de atención y profesión) fueron estadísticamente significativas al nivel preestablecido de $p \leq 0,05$. Este resultado da respuesta a la primera hipótesis planteada.

Para mayor detalle, se analizaron los efectos específicos en cada una de las condiciones anteriores para determinar el peso de cada variable en la diferenciación entre los grupos.

En la diferenciación entre los grupos por nivel de atención, las causas del Burnout (C-BO) y el estrés por incertidumbre profesional (IEPS-IP) fueron más altas en el primer nivel. Un análisis de varianza complementario en el cual se incluyeron solo las variables primarias del CBB, reveló efectos sobre el nivel de atención y la profesión. En cuanto al primero, la despersonalización, la falta de realización profesional, el tedio y las características de la tarea tuvieron promedio significativamente más elevados de sus efectos específicos en el primer nivel, mientras la despersonalización

fue más alta en el segundo nivel. Esto esclarece en mayor medida los componentes de Burnout más relevantes en un nivel de atención respecto al otro.

En cuanto a la condición de la profesión, resultaron significativamente mayores entre los médicos las medias del síndrome de Burnout (S-BO), el estrés de los profesionales de la salud en general (IEPS) y, en particular, el debido a la responsabilidad por el cuidado de pacientes (IEPS-RC). Como complemento, el análisis de varianza efectuado con los componentes del CBB reveló que la diferencia entre médicos y enfermeros se caracteriza por una despersonalización más elevada (BO-DP) en los primeros con respecto a los segundos.

Las diferencias entre mujeres y hombres aparecen explicadas por las consecuencias del Burnout (CBO) y los síntomas de estrés (ESE), con valores promedio significativamente mayores en las mujeres.

La interacción que resultó significativa debido a la combinación entre el nivel de atención y la profesión, favoreció a los médicos del primer nivel de atención con medias más elevadas en las variables de síndrome de Burnout (S-BO), estrés en profesionales de la salud (IEPS) y particularmente por el cuidado de pacientes (IEPS-RC).

De interés para la segunda hipótesis planteada es el análisis de la matriz de correlaciones que muestra la tabla 5. La variable de estrés de los profesionales de la salud cuyo contenido se relaciona más con las recompensas es el reconocimiento profesional (IEPS-RP). Se observa que es el que

tiene las asociaciones más fuertes con los síntomas de estrés (ESE) y los componentes del síndrome de Burnout, así como en las demás manifestaciones que se evalúan. En dos casos es igualado por los conflictos en el trabajo (IEPS-CT).

Solo se observan correlaciones que no alcanzan el nivel preestablecido de significación: las de la variable de estrés por responsabilidad con el cuidado de los pacientes (IEPS-RC), y la de estrés (ESE). En cuanto a la primera, no muestra asociación con la mayor parte de las variables de Burnout, ni con la de estrés; en relación con la segunda, no se asocia con la IEPS-RC, como ya se ha dicho, ni con la despersonalización propia del Burnout. En la variable de responsabilidad por el cuidado de los pacientes, dos ítems muestran una baja asociación con las restantes de la misma variable a que pertenecen: “estar en desacuerdo con otros profesionales de la salud acerca del tratamiento de un paciente” y “tener que tratar con pacientes difíciles”. No es evidente una explicación plausible sobre estos hechos.

Por último, se abordan los síntomas y las fuentes de estrés más frecuentes en los casos estudiados. Para su identificación se tuvieron en cuenta las anotaciones que recibieron, lo que está en función de su mención y de la intensidad (valores de frecuencia de manifestación) que les otorgaron los encuestados en sus respuestas.

Los síntomas de estrés más frecuentemente referidos por los sujetos fueron, en ese orden: trastornos del sueño, cefaleas, ansiedad, irritabilidad, depresión, fatiga o debilidad y acidez o ardor estomacal. Exceptuando el primero y el

TABLA 5. Matriz de correlaciones

Variables	BO-CE	BO-D	BO-RP	S-BO	BO-T	BO-CT	BO-O	C-BO	CBO
BO-D	0,30								
BO-RP	0,41	0,27							
S-BO	0,77	0,67	0,79						
BO-T	0,54	0,25	0,53	0,60					
BO-CT	0,52	0,27	0,37	0,52	0,54				
BO-O	0,44	0,26	0,16	0,38	0,33	0,34			
C-BO	0,64	0,33	0,46	0,65	0,83	0,79	0,70		
CBO	0,57	0,21	0,27	0,48	0,31	0,23	0,27	0,35	
ESE	0,33	0,07	0,20	0,27	0,13	0,23	0,25	0,26	0,30
IEPS-RP	0,47	0,25	0,36	0,49	0,36	0,37	0,33	0,45	0,37
IEPS-RC	0,05	0,23	0,07	0,14	0,03	0,03	0,02	0,01	0,07
IEPS-CT	0,36	0,25	0,20	0,36	0,26	0,22	0,36	0,36	0,37
IEPS-IP	0,20	0,11	0,26	0,26	0,20	0,14	0,18	0,23	0,17
IEPS	0,37	0,28	0,30	0,43	0,27	0,26	0,30	0,35	0,33

Variables	ESE	IEPS-RP	IEPS-RCP	IEPS-CT	IEPS-IP
IEPS-RP	0,25				
IEPS-RC	0,08	0,30			
IEPS-CT	0,20	0,64	0,32		
IEPS-IP	0,15	0,49	0,26	0,41	
IEPS	0,24	0,84	0,63	0,79	0,70

Todos los coeficientes de correlación $r \geq 0,11$ son significativos al nivel de $p \leq 0,05$

último, los restantes síntomas relacionados fueron significativamente más frecuentes en los profesionales del nivel primario de atención, y no se hallaron diferencias relacionadas con la profesión desempeñada.

Las fuentes de estrés más frecuentemente identificadas fueron, en orden: necesidad de actualización de la información para mantener la competencia profesional, conflictos con superiores, sentir máxima responsabilidad en los resultados de la atención a los pacientes, bajo reconocimiento por parte de la población asistida, incertidumbre en el manejo de información con el paciente o sus familiares y cuidar de las necesidades emocionales de los pacientes.

La respuesta sobre bajo reconocimiento fue significativamente mayor en los enfermeros de atención primaria; el sentimiento de máxima responsabilidad con los pacientes y el manejo de la información con estos y sus familiares fue mayor en los médicos, sin distinción del nivel de atención.

Los resultados confirmaron las diferencias en las manifestaciones de estrés laboral y Burnout por las condiciones de género y de profesión, así como nuestra hipótesis respecto al mismo efecto debido al nivel de atención. Entre las combinaciones de condiciones sometidas a análisis, el nivel de atención obtuvo la mayor confiabilidad del sistema de condiciones. El primer nivel de atención fue el que favoreció la mayor prevalencia de estrés y Burnout.

La prevalencia del síndrome de Burnout en el grupo de profesionales de la salud estudiado es elevada; alcanza el 30 %, y la más alta es de 48,3 % en las mujeres de profesión médica de la atención primaria.

En el segundo nivel de atención pueden actuar como moderadores del síndrome no solamente ciertas características del régimen hospitalario, sino también la mayor edad y experiencia profesional que pueden proporcionar recursos de afrontamiento eficaces. Pero la dilucidación de los recursos de afrontamiento que pudieran estar vinculados a la edad, la experiencia profesional o al desempeño en el segundo nivel de atención de la salud, solo podría alcanzarse mediante un ulterior estudio orientado a este objetivo.

La prevalencia de síntomas de estrés en el grupo total es aún mayor (50 % de los casos) y es mayor en los profesionales de la atención primaria, particularmente en el personal de enfermería femenino, en que se alcanza la mayor prevalencia, que es de 66,7 %.

Los síntomas de estrés más frecuentes en los profesionales del primer nivel de atención fueron las cefaleas, ansiedad, irritabilidad, depresión y fatiga. Estos conforman el cuadro típico de los síntomas más significativos, los cuales son señalados como síntomas iniciales de deficiencia de la salud por la Organización Mundial de la Salud.¹⁹

De todo lo anterior resulta que el perfil de mayor riesgo del síndrome de Burnout queda caracterizado en las condiciones médicas de atención primaria, en tanto el correspondiente al estrés, en la enfermera de atención primaria.

Las fuentes de estrés propias de los profesionales de la salud fueron diversas; entre las más señaladas se encuentran la necesidad de actualización de la información especializada, relaciones con los superiores, responsabilidad en el cuidado de los pacientes, bajo reconocimiento de la población asistida (particularmente en enfermeros de nivel primario), incertidumbres éticas en el manejo de la información de los pacientes y el cuidado de las demandas emocionales de estos.

En relación con nuestra segunda hipótesis, aunque se requeriría una mayor representación de las recompensas y de su posible diversidad en los instrumentos utilizados, se encontró una asociación significativa entre el bajo reconocimiento profesional (expresión de recompensa) y los síntomas de estrés y las manifestaciones de Burnout. Esto coincide con la tesis de que la inequidad en las relaciones propicia las manifestaciones de estrés y Burnout.

AGRADECIMIENTOS

Al doctor Bernardo Moreno por su revisión del texto y por sus valiosas sugerencias.

Summary: A cross-sectional study on stress and Burnout is carried out on 287 health professionals in a munice of the city of Havana. Surveyed professionals were physicians and nurses from both first and second health care levels, and they answered to three questionnaires: the Moreno's Brief Burnout Questionnaire, the Aro's Stress Symptoms Scale and the Wolfgang's Health Professions Stress Questionnaire. It was hypothesized that health care level was positively associated with stress symptoms and Burnout. Another hypothesis was that low professional reward was associated with stress symptoms and Burnout. Both hypothesis were confirmed. The prevalence of Burnout in the totality of subjects was lightly higher than 30 % and the prevalence of stress symptoms, 50 %. Burnout was higher in female physicians of the primary care level while stress symptoms were more frequent among female nurses of the same care level.

Subject headings: **STRESS/epidemiology; BURNOUT, PROFESSIONAL/epidemiology; HEALTH PERSONNEL; PRIMARY HEALTH CARE; SECONDARY HEALTH CARE.**

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Anderson WJR, Cooper CL, Willmott M. Sources of stress in the national health service: A comparison of seven occupational groups. *Work and Stress* 1996;10 (1):88-95.
2. Richardsen AM, Burke RJ. Occupational stress and job satisfaction among physicians: sex differences. *Soc sci med* 1991;33 (10):1179-87.
3. Maslach C, Jackson SE, Leiter M. *Maslach Burnout Inventory. Manual*, 3rd. ed. Palo Alto (ca): Consulting Psychology Press; 1996.
4. Schaufeli W, Enzman D. *The Burnout companion to study & practice. A critical analysis*, Padstow, U.K.: Taylor and Francis International Ltd.; 1998.
5. Sonneck G, Wagner R. Suicide and Burnout of physicians. *Omega* 1996;255-62.
6. Pines A, Aronson E, Kafry D. *Burnout: from tedium to personal growth*. New york: free press;1981.
7. Moreno-Jiménez B, Bustos R, Matallana A, Miralles T. La evaluación del Burnout. *Problemas y alternativas: validación del cbb*. *Rev Psicol Trabajo Org* 1997;13(2):185-207.
8. Landeweerd JA, Boumans NPG- the effect of work dimensions and need for autonomy on nurses' work satisfaction and health. *J Occup Org Psychol* 1994;67:207-217.
9. Ogden J. *Health Psychology. A textbook*. 2nd ed. Buckingham, UK: Open University Press; 2000.
10. Baruch-Feldman C, Brondolo E, Ben-Dayana d, Schwartz, J. Sources of social support and burnout, Job satisfaction, and productivity. *J Occup Health Psychol* Jan 2002;7(1)84:93.
11. Van Dierendonck D, Schaufeli WB, Buunk BP. Burnout and inequity among human service professionals: a longitudinal study. *J Occup Health Psychol* Jan 2001;6(1)43:52.
12. Taris TW, Peeters MCW, Le Blanc PM, Schreurs PJG, Schaufeli, WB. From inequity to burnout: the role of job stress. *J Occup Health Psychol* oct 2001;6(4)303:23.
13. Siegrist J. Adverse health effects of high-effort/low-reward conditions. *J Occup Health Psychol* 1996; 1(1)27-41.
14. Breilh J: Trabajo hospitalario, estrés y sufrimiento mental. *Salud problema* 1993;23:21-37.
15. Wolfgang ap. The health professions stress inventory. *Psychol reports* 1988b;(62):220-2.
16. Wolfgang AP. Career satisfaction of physicians, nurses and pharmacists. *Psychol reports* 1988a; (62):938.
17. Wolfgang AP. Job stress and dissatisfaction among employee pharmacists: the role of coworker social support and powerlessness. *J Pharm Marketing Manag* 1994;9(1):19-32.
18. Gupchup GV, Wolfgang AP. The health professions stress inventory: factor structures for pharmacists. *Percep Motor Skills* 1994;79:515-9.
19. Kalimo R, Mejman T. Respuestas psicológicas y de conducta al estrés en el trabajo. En: R. Kalimo, M. El-Batawi y C.L. Cooper, los factores psicosociales en el trabajo y su relación con la salud. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 1988; p.23-36.

Recibido: 24 de enero del 2003. Aprobado: 28 de febrero del 2003
Jorge Román Hernández. Instituto Nacional de Salud de los Trabajadores. Apartado 9064. CP 10900. La Habana, Cuba. E-mail:insatpsi@infomed.sld.cu