

El síndrome del *burnout* y su incidencia en odontopediatras

M. LÓPEZ NICOLÁS, M. D. MARÍN GARCÍA¹, M. J. CAMPILLO CASCALES², L. PÉREZ LAJARÍN³, A. LUNA MALDONADO⁴

Profesor Titular de Ergonomía. Clínica Odontológica Universitaria. ¹Licenciada en Odontología. Clínica Odontológica Universitaria. ²Licenciada en Psicología. Departamento de Ciencias Sociosanitarias. ³Profesora Titular de O. Preventiva y Comunitaria. Clínica Odontológica Universitaria. ⁴Catedrático de Medicina Legal y Toxicología. Facultad de Medicina. Universidad de Murcia

RESUMEN

El síndrome de *burnout* o de desgaste profesional es una variante de estrés laboral que aparece con especial incidencia en colectivos profesionales denominados de “servicios humanos”, entre los que se incluye el dentista. Se trata de una forma de estrés laboral crónico que conlleva unas manifestaciones inespecíficas, que fundamentalmente se caracterizan por el agotamiento emocional, despersonalización o cinismo y una realización personal negativa.

Profesiones como la de odonto-estomatología que se ejercen en contacto directo con el paciente y en unas circunstancias muy particulares, hacen que este síndrome tenga una incidencia muy específica. Si a esto añadimos las particularidades que conlleva trabajar con niños, parece obvio pensar que el ejercicio de la odontopediatría puede desencadenar una especial incidencia de este cuadro.

El objetivo de nuestra investigación ha sido evaluar su incidencia estudiando una muestra de 194 odontopediatras españoles que contestaron una encuesta por correo (130 mujeres y 64 varones), con una edad media de 39,26 años.

Los resultados obtenidos ponen de manifiesto que la media obtenida en la subescala agotamiento emocional fue de 2,20 (DT= 1,34), para el cinismo o despersonalización fue de 1,68 (DT= 1,11) y para la eficacia profesional fue de 4,76 (DT= 0,76).

De nuestros resultados se desprende que la muestra de dentistas analizados presenta un nivel moderado de *burnout*, en sus tres dimensiones, con elevado agotamiento emocional y despersonalización y con una realización personal baja.

PALABRAS CLAVE: Estrés laboral. *Burnout*. Odontopediatras.

ABSTRACT

The burnout syndrome or syndrome of professional waste is a variant of job stress which appears with special incidence in those professional communities called as “human services”, in which the dentist is included. It is a variant of chronic job stress that bears some non-specific manifestations, basically characterized by emotional exhaustion, lost of personalization or cynicism and a negative personal realization.

Professions like that of dentist, which are developed in direct contact with patients and in some very particular circumstances, make this syndrome appears with a very specific incidence. Moreover, if we added the particularities of working with children, it seems obvious to think that the exercise of the pediatric odontology can produce a special incidence of this syndrome.

The objective of our research has been to evaluate its incidence, by studying a sample of 194 Spanish pediatric dentists (130 females and 64 males, with a 39.26 year-old average age), who answered a survey by mail.

Our results show that the mean value obtained in the emotional exhaustion subscale was 2.20 (DT = 1.34), for the cynicism or lost of personalization it was 1.68 (DT = 1.11), and for the professional effectiveness it was 4.76 (DT = 0.76).

From our results, it is derived that the sample of analyzed dentists presents a moderate level of burnout, in its three dimensions, with high emotional exhaustion and lost of personalization and with a low personal realization.

KEY WORDS: Occupational stress. Burnout. Pediatric dentists.

INTRODUCCIÓN

El síndrome de *Burnout*, también conocido como “estar quemado” o síndrome de desgaste profesional es un concepto amplio que fue introducido en la década de los setenta por Freudenberg (1) como un conjunto de

signos y síntomas inespecíficos, fruto de una demanda excesiva en el trabajo. En la década de los ochenta, este concepto fue ampliado, destacando los trabajos de la doctora Maslach (2), que relacionan directamente este cuadro con la situación de estrés mantenido durante el trabajo, encuadrándolo como una forma de estrés cróni-

co laboral que aparece, fundamentalmente, en colectivos de “servicios humanos”.

Este síndrome se encuentra integrado por la vivencia de encontrarse emocionalmente agotado, actitudes y sentimientos negativos hacia las personas con las que se trabaja (despersonalización o cinismo) y al propio rol profesional (realización personal). El profesional se siente exhausto como consecuencia directa de trabajar intensamente hasta el límite, sin tener en cuenta las necesidades personales.

El cuadro clínico del *burnout* se caracteriza por:

—Agotamiento emocional: debido a un agotamiento físico y/o psicológico. La persona presenta una pérdida de energía y vitalidad, que va aumentando progresivamente y que se asocia a una dificultad para concentrarse, pensar con agilidad. Aparece una falta de recursos emocionales.

—Despersonalización (cinismo): aparece una actitud negativa hacia los beneficiarios de su trabajo. El profesional se vuelve insensible y distante con el paciente. Termina tratando a los demás como objetos o números, más que como personas.

—Baja realización personal: se trata de un sentimiento de incapacidad y frustración que invade al profesional. El profesional se evalúa de forma negativa, apareciendo un sentimiento de fracaso, rechazo de sí mismo y baja autoestima. El profesional se siente descontento consigo mismo e insatisfecho con sus resultados laborales.

Este síndrome ocurre cuando el profesional no puede adaptarse a los niveles mantenidos y severos de estrés, entrando en una fase de agotamiento frente al mismo. Tiene una evolución insidiosa, no surge de forma súbita, sino paulatina y con un incremento progresivo de la severidad (3).

Una vez instaurado el cuadro de *burnout*, nos podemos encontrar con un marco clínico caracterizado por (4):

—Índices emocionales: sentimientos de soledad, ansiedad, sentimientos de impotencia, sentimientos de omnipotencia.

—Índices actitudinales: no verbalizar, cinismo, apatía, hostilidad, suspicacia.

—Índices conductuales: agresividad, aislamiento, cambios bruscos de humor, enfado frecuente, irritabilidad.

—Índices psicósomáticos: dolor precordial, palpitaciones, cefaleas, hipertensión, crisis asmáticas, mayor frecuencia de infecciones, aparición de alergias, dolores musculoesqueléticos, fatiga, alteraciones menstruales, úlcera gastroduodenal, diarrea e insomnio.

Sintetizando, el profesional “quemado” se presentaría como un individuo con agotamiento desproporcionado, con desprecio por los demás, miedo a tomar decisiones, irritable y sin interés y con un sentimiento de avanzar poco en su trabajo.

El síndrome de *burnout* se desarrolla por la interacción de características del entorno laboral y características personales, apareciendo en un individuo que desarrollaba su trabajo satisfactoriamente hasta ese momento.

Entre los factores desencadenantes destacamos cuatro grupos fundamentales (5):

—Ambiente físico de trabajo: ruido, iluminación, vibraciones, espacio físico, sobrecarga laboral, etc.

—Estrés por desempeño de roles, relaciones interpersonales: destacamos los conflictos entre los compañeros de trabajo y los pacientes.

—Estresores relacionados con las nuevas tecnologías y otros aspectos organizacionales: las innovaciones tecnológicas y la falta de participación en la toma de decisiones pueden facilitar la aparición de actitudes de despersonalización.

—Fuentes extraorganizacionales de estrés laboral: relaciones trabajo-familia.

Además de estos factores, tenemos que reparar en otros considerados como facilitadores y que engloban variables de carácter personal que pueden tener una función facilitadora o inhibidora de la acción que los estresores ejercen sobre el sujeto (4), en donde incluimos el sexo, la edad, estado civil, neuroticismo, personalidad tipo A, nivel de autoconfianza, si se trata de un profesional activo o pasivo, así como el apoyo social percibido en el trabajo.

El desarrollo profesional de la odontología, no cabe duda, que es capaz de generar el marco idóneo para que coincidan gran parte de estos factores desencadenantes o facilitadores. Como ejemplo citamos la sobrecarga laboral a que se ve sometido el profesional que tiene que lidiar con horarios muy ajustados (urgencias, complicaciones, etc.), retrasos en el cumplimiento horario de las citas, conflictos en el tratamiento con los pacientes, trabajar en solitario (no se puede compartir la responsabilidad), presiones económicas y administrativas, ambiente de trabajo inadecuado, conflictos con el resto de personal, ausencia de reconocimiento social, etc. A todos estos factores generales tenemos que añadir uno específico de la odontopediatría, el de trabajar con niños. Esto va a dar lugar a que los niveles de ansiedad, tensión, tiempo de ejecución, etc., sean mayores, creando un ambiente de trabajo más propenso al desgaste profesional.

En una primera etapa el *burnout* se estudia solamente entre los profesionales que prestan servicios humanos y se mide mediante el test de Maslach *Burnout Inventory* (MBI) (2) de 22 ítems.

En una segunda etapa, más reciente, se considera que el *burnout* también existe fuera del ámbito de los servicios humanos, no resultando oportuno el test inicialmente propuesto para estos casos (6). Para resolver este inconveniente se ha creado una nueva versión del MBI más genérica, denominada MBI-General Survey, que permite evaluar el síndrome en cualquier trabajador. Esta prueba evalúa una crisis del individuo con su trabajo y no se centra en la relación laboral que se establece entre el profesional y los usuarios.

El MBI-GS (7) parte de las tres dimensiones anteriores, modificadas en algunos aspectos, aunque sólo consta de 16 ítems. El agotamiento emocional se relaciona con la fatiga. La despersonalización aparece como cinismo o indiferencia hacia el trabajo y la competencia profesional engloba aspectos sociales y no sociales de los logros profesionales.

En nuestro estudio hemos decidido utilizar esta prueba (MBI-GS), pues nos permite contrastar los resultados con cualquier otro colectivo profesional.

Las consecuencias del *burnout*, especialmente las manifestaciones psicósomáticas, problemas en las relaciones conyugales o de pareja, absentismo laboral, deterioro de la calidad asistencial, etc., hacen que este riesgo derivado del trabajo cobre un gran protagonismo social en nuestros días, estando tipificado como accidente laboral y causa frecuente de bajas laborales. La Ley de Prevención de Riesgos Laborales (1995) proporciona el marco legislativo adecuado para actuar de forma preventiva en los riesgos psicosociales derivados del trabajo, propiciando estrategias preventivas para una mayor calidad de vida laboral.

Nuestro objetivo es evaluar la incidencia de *burnout* en un colectivo de dentistas, dedicados fundamentalmente a la odontopediatría y establecer su relación con las características biográficas y laborales generales.

MATERIAL Y MÉTODOS

Hemos estudiado sobre un universo muestral de 400 odontopediatras, a 194, todos ellos miembros de la Sociedad Española de Odontopediatría, a los que se envió por correo una encuesta que recoge datos biográficos y laborales generales (Tabla I), junto con otro cuestionario que se corresponde con la adaptación al castellano del “*Maslach Burnout Inventory-General Survey*” (MBI-GS) (7) y que consta de 16 ítems, que se distribuyen en tres subescalas. La subescala de agotamiento emocional comprende 5 ítems (p. ej. “estoy emocionalmente agotado por mi trabajo”). La subescala de cinismo o despersonalización también comprende

TABLA I

DATOS BIOGRÁFICOS Y LABORALES GENERALES RECOGIDOS EN LA ENCUESTA

Edad
Sexo
Estado civil
Número de hijos
Años ejerciendo como dentista
Lugar de trabajo (privado, seguridad social, universidad, etc.)
Se desplaza en coche para ir al trabajo (número de km, todos los días, algunos días, etc.)
Horas de trabajo semanales
Dispone de alguna mañana o tarde libre
Trabaja los sábados
Número de consultas
Ubicación de la consulta principal (número de habitantes)
Consulta propia, asalariado o compartida
Trabaja con otro profesional al mismo tiempo
Número de personas que trabajan en la clínica
Cuánto tiempo dedica a cada paciente (aproximadamente)
Número de sillones dentales en la clínica
Se acumulan pacientes en la sala de espera
Trabaja en la consulta privada más de cuatro horas seguidas (siempre, nunca, algunos días)
Cuántas horas trabaja en la consulta privada a la semana

5 ítems (p. ej. “me he vuelto más cínico respecto a la utilidad de mi trabajo”). La subescala de eficacia profesional comprende 6 ítems (p. ej. “puedo resolver de manera eficaz los problemas que surgen en mi trabajo”). Los sujetos valoran cada ítem del cuestionario con una escala tipo Likert que va de “0” nunca a “6” siempre. Altas puntuaciones en agotamiento y cinismo y bajas puntuaciones en eficacia profesional son indicadoras de “*burnout*”. El estudio se realizó durante la primavera del 2004.

Se recibieron cumplimentados 194 cuestionarios (48% de la muestra seleccionada), aceptando participar de forma libre y voluntaria. Todos los datos han sido tratados de forma anónima y confidencial.

Por sexos, 130 son mujeres (67%) y 64 varones (33%). La edad media de la muestra fue de 39,26 años (mínima de 23 y máxima de 81) con una DT= 10,94.

Los profesionales han sido agrupados, entre otros, por rangos de edad, años de ejercicio profesional y horas de trabajo semanales. El grupo más numeroso (67) se corresponde con edades entre 41 y 50 años (34,5%), el 41,8% se encuentra entre los 11 y 20 años de ejercicio profesional (76) y la mayoría (96) trabaja entre 30 y 40 horas semanales (49,5%).

El análisis de los datos se realizó mediante el paquete estadístico SPSS 11.0 para Windows, realizando análisis descriptivos, análisis factorial para valorar la estructura del cuestionario y componentes principales con rotación varimax. Para asignar los ítems a los factores se consideran cargas factoriales iguales o mayores de 0,50.

RESULTADOS

En la tabla II, se recogen las características demográficas, más relevantes, de la muestra estudiada.

Destacamos de los encuestados, que 123 (63,4%) tenían un estado civil de casado, siendo 114 (68,8%) los que tenían hijos, de los que 91 tenían 3 o más (46,9%).

Solamente 38 (20,2%) trabajaban con más de 6 personas en la clínica, siendo 77 (41%) los que compartían el trabajo con menos de 3.

La mayoría (134; 71,3%) trabaja en un núcleo de población superior a los 100.000 habitantes y mantiene un régimen de consulta propia (114; 63,3%). Siendo 114 los profesionales que no tienen que desplazarse en coche para acudir a su centro de trabajo.

Sólo 81 profesionales (43,1%) trabajan con 3 o más sillones.

El tiempo que se dedica a cada paciente suele ser entre 30 y 40 minutos (106; 56,4%), siendo sólo 47 (25%) los que suelen dedicar más de 40 minutos a su actuación.

En la tabla III se recogen la media, desviación típica, correlaciones y el valor alpha de Crombach para las subescalas del MBI-GS. La media para la subescala agotamiento emocional fue de 2,20 (DT = 1,34), para el cinismo o despersonalización 1,68 (DT = 1,11) y para la eficacia profesional 4,76 (DT = 0,79). Al hacer el análisis de fiabilidad (α de Crombach) se pone de manifiesto que la consistencia interna de las tres subescalas es satisfactoria, pues en todas se alcanza el criterio de bon-

TABLA II
CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS MÁS RELEVANTES DE NUESTRA MUESTRA

	<i>n</i>	%		<i>n</i>	%
<i>Sexo</i>			<i>Años como dentista</i>		
Hombres	64	33,0	Menos de 5	28	15,4
Mujeres	130	67,0	Entre 5 y 10	44	24,2
			Entre 10 y 20	76	41,8
<i>Edad</i>			Entre 20 y 30	23	12,6
Menos de 30	48	24,7	Más de 30	11	6,0
Entre 30 y 40	55	28,4			
Entre 40 y 50	67	34,5	<i>Lugar de trabajo</i>		
Más de 50	24	12,4	Consulta privada	105	54,1
			Privada y Seguridad Social	28	14,4
<i>Estado civil</i>			Privada y prof. universitario	61	31,4
Soltero	57	29,4			
Casado o viven juntos	123	63,4	<i>Horas de trabajo semanales</i>		
Separado o divorciado	12	6,2	Menos de 20	18	9,3
Viudo	2	1,0	Entre 20 y 30	40	20,6
			Entre 30 y 40	96	49,5
<i>Hijos</i>			Entre 40 y 50	20	10,3
Sí	114	68,8	Más de 50	20	10,3
No	80	41,2			
			<i>Tamaño de la población</i>		
<i>Nº de personas que trabajan en la clínica</i>			Más de 100.000 hab.	134	71,3
Menos de 3	77	41,0	Entre 100.00 y 50.000 hab.	23	12,2
Entre 4 y 6	73	38,8	Entre 50.000 y 20.000 hab.	19	10,1
Más de 6	38	20,2	Menos de 20.000 hab.	12	6,4
			<i>Régimen</i>		
			Consulta propia	114	63,3
			Asalariado	44	23,4
			Asociado a otro profesional	25	13,3

TABLA III
MEDIA, DESVIACIÓN TÍPICA, CORRELACIONES Y ALPHA DE CROMBACH (EN DIAGONAL) EN LAS TRES SUBESCALAS DE BURNOUT

	<i>Media</i>	<i>Desv. típ.</i>	<i>Agota. emocional</i>	<i>Cinismo</i>	<i>Eficacia profesional</i>
Agotamiento emocional	2,20	1,34	0,89		
Cinismo	1,68	1,11	0,054**	0,71	
Eficacia profesional	4,76	0,79	0,011	-0,116	0,70

p < 0,05; **p < 0,01

dad estadística exigido (0,70), resultando 0,89 para el agotamiento emocional, 0,71 para el cinismo y 0,70 para la eficacia profesional.

La matriz de correlación presentó un número de correlaciones superiores a 0,30 del 36,2%.

La medida de adecuación muestral fue de 0,805 en el test de Kaiser Meyer Olkin, con lo que consideramos la muestra adecuada para realizar un análisis factorial de la matriz de correlaciones.

Para el análisis factorial empleamos el método de componentes principales con rotación varimax. Como se aprecia en la tabla IV, se obtuvieron cuatro factores con *eigenvalue* mayor que 1, que explicaron el 62,1% de la varianza total.

En el factor I, que explica el 23,579% de la varianza, se agruparon los ítems 1, 2, 3, 4, 6 diseñados para medir el agotamiento emocional. En el factor II (14,324% de la varianza) se agruparon los ítems 5, 7, 10 y 16 que van a medir el cinismo o despersonalización. Los ítems que miden la eficacia profesional (8,9,11,12) aparecen agrupados en el factor III (12,144% de la varianza). Por último el factor IV (11,965% de la varianza) queda formado por los ítems 13, 14 y 15, diseñados para medir el cinismo, quedando la subescala de cinismo dividida en dos factores.

En un segundo paso se realizó un análisis factorial ajustando a tres el número de factores para ver en qué grado nuestros datos reproducían la distribución original de los ítems, propuesta por el manual de la prueba. En la

TABLA IV

ANÁLISIS FACTORIAL EMPLEANDO EL MÉTODO DE COMPONENTES PRINCIPALES CON ROTACIÓN VARIMAX. SE OBTIENEN CUATRO FACTORES CON EQUIVALENCIA MAYOR QUE 1, QUE EXPLICAN EL 62,1% DE LA VARIANZA TOTAL

	<i>Componentes</i>			
	<i>Factor 1</i>	<i>Factor 2</i>	<i>Factor 3</i>	<i>Factor 4</i>
Estoy emocionalmente agotado por mi trabajo	0,858			
Estoy consumido al final de un día de trabajo	0,847			
Estoy cansado cuando me levanto por la mañana y tengo que afrontar otro día de mi trabajo	0,837			
Trabajar todo el día es una tensión para mí	0,790			
Puedo resolver de manera eficaz los problemas que surgen en mi trabajo		0,686		
Estoy quemado por el trabajo	0,710			
Contribuyo efectivamente a lo que hace mi organización		0,448		
He perdido el interés por mi trabajo desde que empecé en este puesto			0,557	
He perdido entusiasmo por mi trabajo			0,666	
En mi opinión soy bueno en mi puesto		0,840		
Me estimula conseguir objetivos en mi trabajo			-0,702	
He conseguido cosas valiosas en este puesto			-0,594	
Quiero simplemente hacer mi trabajo y no ser molestado				0,715
Me he vuelto más cínico respecto a la utilidad de mi trabajo				0,805
Dudo de la trascendencia y valor de mi trabajo				0,558
En mi trabajo, tengo la seguridad de que soy eficaz en la financiación de las cosas		0,830		
<i>Varianza explicada</i>	23,58%	14,32%	12,14%	

tabla V quedan reflejados los resultados de este estudio de componentes principales con rotación varimax.

Los tres factores en conjunto explican el 55,121% de la varianza. El factor I (21,57%) queda integrado por los

TABLA V

ANÁLISIS FACTORIAL APLICADO A TRES FACTORES, QUE EN CONJUNTO EXPLICAN EL 55,121% DE LA VARIANZA. PONE DE MANIFIESTO QUE CADA UNA DE LAS SUBESCALAS FORMA UNA ÚNICA DIMENSIÓN

	<i>Componentes</i>		
	<i>Factor 1</i>	<i>Factor 2</i>	<i>Factor 3</i>
Estoy emocionalmente agotado por mi trabajo	0,819		
Estoy consumido al final de un día de trabajo	0,828		
Estoy cansado cuando me levanto por la mañana y tengo que afrontar otro día de mi trabajo	0,822		
Trabajar todo el día es una tensión para mí	0,770		
Puedo resolver de manera eficaz los problemas que surgen en mi trabajo			0,700
Estoy quemado por el trabajo	0,615		
Contribuyo efectivamente a lo que hace mi organización			0,497
He perdido el interés por mi trabajo desde que empecé en este puesto		0,736	
He perdido entusiasmo por mi trabajo		0,812	
En mi opinión soy bueno en mi puesto			0,800
Me estimula conseguir objetivos en mi trabajo			0,393
Quiero simplemente hacer mi trabajo y no ser molestado		0,336	
Me he vuelto más cínico respecto a la utilidad de mi trabajo		0,628	
Dudo de la trascendencia y valor de mi trabajo		0,483	
En mi trabajo, tengo la seguridad de que soy eficaz en la financiación de las cosas			0,822
<i>Varianza explicada</i>	21,57%	18,01%	15,54%

ítems de la subescala agotamiento emocional, el factor II (18,009%) lo determinan los ítems de la subescala cinismo, y el factor III (15,542%) queda configurado por los ítems de la eficacia profesional. Estos resultados ponen de manifiesto que cada una de las subescalas forma una única dimensión.

Al realizar un análisis de la varianza en función de la edad, que previamente hemos dividido en 4 grupos (< 30 años, de 30 a 40 años, de 40 a 50 y un grupo de más de 50 años) (Fig. 1), los resultados muestran diferencias significativas para los mayores de 50 años, que presentan mayor cinismo o despersonalización ($F = 2.849$; $p = 0,039$).

En la figura 2 se muestran los resultados obtenidos en relación con el sexo, evidenciando que existe una relación estadísticamente significativa con el sexo, presentando los varones un mayor cinismo o despersonalización ($T = -2,17$; $p = 0,031$).

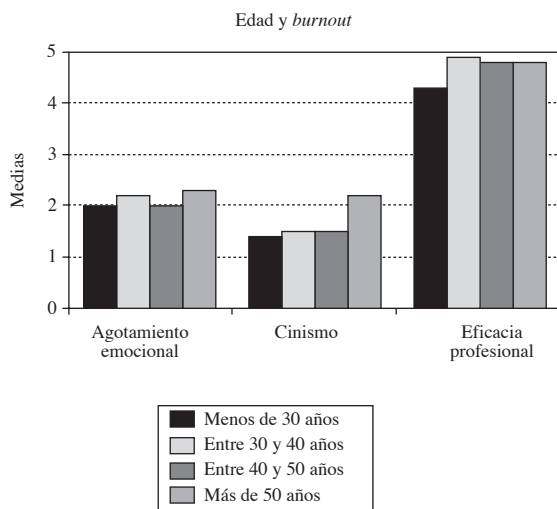


Fig. 1. Figura que representa los valores medios obtenidos en cada una de las dimensiones del burnout, según los distintos grupos de edad diferenciados en nuestro estudio.

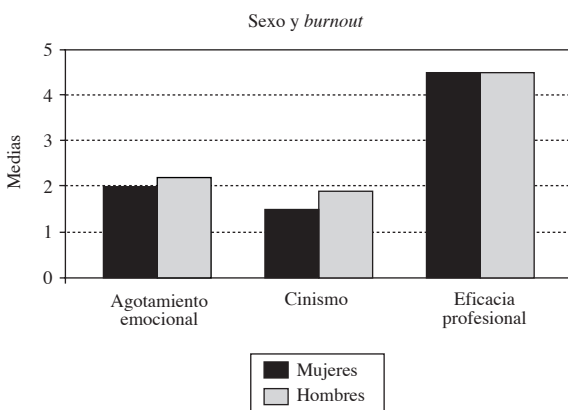


Fig. 2. Figura que representa los valores medios obtenidos en cada uno de las subescalas de burnout, según el sexo.

Esto sugiere un análisis más detallado que tenga en cuenta la relación existente entre el sexo y la edad ($r = 0,421$; $p = 0,0001$; $n = 194$) y los años de ejercicio profesional y el sexo ($r = 0,384$; $p = 0,0001$; $n = 194$), pues pudiera ocurrir que existiera una interacción entre el tiempo de ejercicio profesional, la edad y el sexo, que determi-

nara unos resultados precedentes, no de la relación directa entre el cinismo y el sexo, sino de las interferencias que pudiera suscitar el sexo. Por ello hemos realizado un estudio de Chi cuadrado, cruzando las variables intervalo de edad y sexo, que muestra una alta significación estadística ($\chi^2 = 38,709$; $gl = 3$; $p = 0,0001$).

Se aprecia que el 25% (6 casos) de los mayores de 50 años son mujeres, mientras que un 75% (18 casos) se corresponden con varones. Este perfil es totalmente opuesto a los intervalos más jóvenes de edad de nuestra muestra, donde se invierte el porcentaje (Tabla VI).

TABLA VI

TABLA DE FRECUENCIAS SEGÚN SEXO Y GRUPOS DE EDAD

	Mujer	Hombre	Total
Menor de 30 años	38 (79,2%)	10 (20,8%)	48
Entre 30 y 40 años	49 (89,1%)	6 (10,9%)	55
Entre 41 y 50 años	37 (55,2%)	30 (44,8%)	67
Mayor de 50 años	6 (25%)	18 (75%)	24
			194

De acuerdo con el manual del MBI-GS los sujetos que puntúan por encima del último cuartil de la escala de agotamiento emocional ($> 3,20$), por encima del último cuartil de la escala de cinismo ($> 2,20$) y por debajo del primer cuartil de la escala de eficacia profesional ($< 4,33$) son llamados sujetos con quejas de burnout. Podemos distinguir dos niveles de burnout entre estos sujetos. Un primer nivel de sujetos con síntomas de burnout y que pueden ser considerados casos probables de burnout y un segundo nivel de sujetos que pueden ser llamados casos clínicos de burnout por la severidad de sus quejas. Los sujetos que puntúan por encima del percentil 95 de la escala de agotamiento emocional ($> 4,80$), los que puntúan superior al percentil 95 en la escala de cinismo ($> 3,80$) y los que puntúan inferior al percentil 5 de la escala de eficacia profesional ($< 3,33$) son etiquetados como sujetos con burnout clínico. Los resultados encontrados en nuestra muestra quedan reflejados en la tabla VII.

Aun cuando la mayor puntuación obtenida en la subescala de cinismo en nuestra muestra se corresponde con una mujer, nuestros resultados evidencian que el grupo de varones son los que mantienen una relación estadísticamente significativa con el mismo ($T = -2,17$; $p = 0,031$).

Los niveles medio-altos de burnout (puntuaciones superiores al percentil 75 para agotamiento emocional y cinismo, y por debajo del percentil 25 para la eficacia profesional) se corresponden más con el sexo femenino, pero los niveles altos y considerados con relevancia clínica se corresponden más con los varones (13 varones y 8 mujeres) (Tabla VII).

En relación con el estado civil de los encuestados, se aprecia que los separados presentan una mayor eficacia profesional al compararlos con los solteros y casados ($F = 3,918$; $p = 0,022$).

TABLA VII

VALORES MEDIOS DE *BURNOUT* EN LOS PERCENTILES 75 Y 95 PARA EL AGOTAMIENTO EMOCIONAL Y EL CINISMO Y PERCENTILES 25 Y 5 PARA LA EFICACIA PROFESIONAL. CASOS POSIBLES Y CLÍNICOS EN CADA SUBESCALA DIFERENCIANDO EL NÚMERO DE CASOS SEGÚN EL SEXO

	Percentil 75	Percentil 95	Casos posibles	Casos clínicos
Agotamiento emocional	3,20	4,80	42 (27M, 15V) 21,6%	7 (2M, 5V) 3,6%
Cinismo	2,20	3,80	43 (27M, 16V) 22,2%	8 (3M, 5V) 4,1%
	Percentil 25	Percentil 5		
Eficacia profesional	4,33	3,33	46 (31M, 5V) 23,7%	6 (3M, 3V) 3,1%
Total casos (> agot. em + > cinism. + < efíc. prof)			5 (4M, 1V) 2,6%	—

M= mujer; V= varón.

VARIABLES estudiadas, como número de hijos, años de ejercicio profesional, desplazamiento en coche al lugar de trabajo, si dispone de algún medio día libre a la semana, etc. no presentan diferencias estadísticamente significativas en ninguna de las subescalas valoradas.

Si se considera la variable “número de horas que trabajas a la semana” podemos apreciar que los profesionales que trabajan más de 50 horas semanales, presentan un mayor agotamiento emocional, de forma estadísticamente significativa ($F = 2,901$; $p = 0,023$) que el resto.

Los resultados de ANOVA en eficacia profesional, mostraron diferencias significativas ($F = 2,576$; $p = 0,038$). Se aplicó posteriormente la prueba HSD de Tukey, que evidenció una mayor eficacia profesional de los profesionales ubicados en poblaciones de menos de 20.000 habitantes, frente a los ubicados en núcleos de población mayores de 100.000 habitantes.

Al explorar el *burnout* en relación con el tipo de vinculación mercantil que mantiene el profesional en la consulta (consulta propia, asalariado o asociado con otros profesionales) se ponen de manifiesto diferencias significativas en eficacia profesional (en el estudio ANOVA). Ante la existencia de estas, se procedió a realizar un análisis de comparaciones múltiples (prueba *post hoc*) a través del test HSD de Tukey, con el objetivo de ahondar en las diferencias existentes. En este sentido observamos que las diferencias se dan entre asalariados y aquellos que trabajan asociados a otro profesional ($F = 3,625$; $p = 0,029$). Para las otras dimensiones no aparecen diferencias significativas.

Los profesionales que dedican entre 15 y 30 minutos por paciente, muestran niveles significativamente mayores en la subescala de cinismo ($F = 3,233$; $p = 0,042$), frente a los que dedican 30 ó 40 minutos o más de 40 minutos por actuación.

Al explorar la relación entre los niveles de *burnout* y la variable “acumulación de pacientes en la sala de espera”, los resultados muestran que a los profesionales que se les acumulan los pacientes, presentan un nivel de agotamiento emocional significativamente superior que los que no ($T = 4,82$; $p = 0,0001$).

DISCUSIÓN

Como se desprende de los resultados obtenidos tras el análisis estadístico (Tablas II-V), esta nueva versión del MBI denominada *Maslach Burnout Inventory-General Survey* (MBI-GS) (7), presenta una estructura factorial similar a la diseñada por los autores. Estos resultados pueden ser comparados con los encontrados en anteriores estudios y nos permiten afirmar que se trata de una encuesta fiable y adecuada para su utilización en diversos sectores laborales. Nos permite evaluar el *burnout* como una crisis entre el profesional y su trabajo (y no en relación con los individuos que atiende).

El análisis de fiabilidad pone de manifiesto que las tres subescalas tienen valores de una buena consistencia interna, en consonancia con lo referido por otros autores (8,9).

Los resultados indican, en general, que el nivel de *burnout* de la muestra analizada es medio en sus tres dimensiones. Destacando una mayor eficacia profesional en comparación con otros colectivos profesionales (Tabla VIII) aunque los niveles de agotamiento emocional y cinismo son superiores en nuestra muestra si se comparan con personal universitario (10,11).

Al referirnos al sexo, si valoramos de forma conjunta las tres subescalas del *burnout*, no encontramos diferencias concluyentes entre los sexos, pero comprobamos que los hombres presentan un mayor cinismo o despersonalización que las mujeres, de forma estadísticamente significativa, coincidiendo en este sentido con los resultados de numerosos estudios Cahoon y Rowney (1984) (12), Beck (1987) (13) y Brake y cols. (14). Otros autores opinan que las mujeres presentan más estrés laboral que los varones, por lo que son más susceptibles al *burnout* (15-18) y para otro grupo de autores no aparecen diferencias significativas respecto al sexo (19,20).

Si diferenciamos entre niveles medio-altos y altos observamos cómo, en el primer grupo, predominan las mujeres que llegan a duplicar a los varones en todas las subescalas (27 mujeres de 42 casos en agotamiento emocional, 27 mujeres de 42 casos en cinismo y 31 muje-

TABLA VIII
ESTADÍSTICOS DESCRIPTIVOS Y COEFICIENTES DE FIABILIDAD PARA LAS ESCALAS DEL MBI-GS

Muestra	Agotamiento emocional			Cinismo			Eficacia profesional		
	Media	DT	α	Media	DT	α	Media	DT	α
Leiter y Schaufeli (1996) (n=3,312)	2,77	1,45	0,89	1,75	1,26	0,77	4,53	0,99	0,73
Taris et al. (1999) (n=284)	1,46	0,87	0,86	1,55	0,96	0,72	3,25	0,82	0,73
López et al. (2004) (n=194)	2,20	1,34	0,89	1,68	1,11	0,71	4,76	0,79	0,70

res de 46 casos en eficacia profesional), mientras que en los niveles altos, considerados con relevancia clínica, esta relación se invierte y predominan los varones. Esto nos hace pensar que los casos de *burnout* en varones lo sufren de una forma más intensa que las mujeres.

Queremos señalar que los 5 casos posibles de *burnout* (2,6%) detectados en el total de la muestra analizada (n= 194), 4 son mujeres y sólo uno es varón. No se ha detectado ningún caso que puntúe de forma conjunta en las tres subescalas de *burnout*, pero sí de forma aislada, con mayor predominio en los varones.

El hecho de que aparezca una mayor despersonalización (cinismo) en los varones puede ser explicado en que el varón es educado para asumir un rol masculino caracterizado por no expresar las emociones y no cuidar las relaciones interpersonales (4).

Lo cierto es que parece lógico pensar que las mujeres son un grupo más vulnerable pues van a tener que compaginar la práctica de su profesión con el añadido de la carga laboral doméstica, aunque en nuestro estudio no ha podido evidenciarse.

Si tenemos en cuenta la edad, los resultados de nuestro estudio, aunque no son concluyentes al estudiar el *burnout* en su conjunto, sí ponen de manifiesto que los profesionales con más de 50 años presentan valores más elevados en la subescala de cinismo o despersonalización de forma estadísticamente significativa. A diferencia de lo que consideran otros autores quienes opinan que a partir de los 40 años los niveles de *burnout* son mínimos (21).

Parece lógico pensar que este síndrome puede aparecer más fácilmente en los profesionales más jóvenes, en donde hay expectativas más idealistas e inalcanzables que los hacen más vulnerables al mismo (22,23), aunque nuestros resultados no lo ponen de manifiesto.

En cuanto al estado civil, no aparecen diferencias significativas al valor el *burnout* en su conjunto, pero sí se aprecia que los separados presentan una mayor eficacia profesional al compararlos con los solteros y casados. Estos resultados contrastan con los apuntados por otros autores que consideran que los casados tienen índices de *burnout* menores que los no casados (24), y otros que consideran que son los solteros los que experimentan menor *burnout* (25,26). Parece lógico pensar,

como apunta Gil-Monte (4), que más que el estado civil en sí, se ve influenciado por el apoyo sociofamiliar y la estabilidad afectiva que hace que los profesionales separados se encuentren más capacitados para afrontar problemas personales y emocionales, lo que puede traducirse en un índice más elevado de eficacia profesional.

Respecto al resto de las variables (número de hijos, años de ejercicio profesional, desplazamiento en coche al lugar de trabajo, si dispone de algún medio día libre a la semana, etc.), los resultados no son concluyentes, ya que no se aprecian diferencias significativas.

Los profesionales que trabajan más de 50 horas semanales presentan un mayor agotamiento emocional, lo que parece lógico por la mayor sobrecarga laboral a que se van a ver sometidos y una mayor incidencia de los estresores propios del ambiente de trabajo, coincidiendo con lo aportado por otros autores (4,27). La misma explicación puede servir para valorar los altos índices de agotamiento emocional que presentan los profesionales a los que se les acumulan los pacientes en la sala de espera, que se van a ver sometidos a una mayor sobrecarga laboral directamente relacionada con una inadecuada gestión y organización de la consulta.

El tratamiento odontológico del paciente pediátrico debe contemplar, entre otros factores, el adecuado manejo de la conducta, no sólo del niño, sino también de los familiares acompañantes, por lo que se requiere un tiempo adicional de consulta que alarga ostensiblemente los tiempos dedicados a cada tratamiento. De nuestros resultados se desprende que los profesionales que suelen dedicar entre 15 y 30 minutos por paciente presentan una alta puntuación en la subescala de cinismo, lo que puede interpretarse como una gestión del tiempo laboral que actuaría como un ambiente estresor, dificultando la comunicación con el niño y los padres, impidiendo así las adecuadas relaciones interpersonales y un ambiente relajado y cómodo durante el trabajo.

CONCLUSIONES

A pesar de las condiciones objetivas de trabajo de los odontopediatras, los niveles de *burnout* encontrados pueden ser considerados como moderados, aunque

siguiendo las puntuaciones del cuestionario MBI-GS, obtenemos 5 casos probables de *burnout* (2,6%) en el total de la muestra analizada (n = 194).

Existe la duda sobre el sesgo que ha podido introducir el que sólo un 48% de la muestra haya contestado la encuesta. A pesar de que el número total de encuestados es lo suficientemente amplio (194 profesionales) para permitirnos plantearnos si este 48% representa al total de este colectivo. Al menos los perfiles obtenidos de edad, sexo, años de ejercicio profesional y resto de variables sociodemográficas y laborales, no presentan diferencias evidenciadas con los perfiles medios de estos profesionales, por lo que de existir un sesgo el error que podría introducir sería muy limitado.

En cualquier caso pensamos que la encuesta es suficiente para hacer una llamada de atención sobre la necesidad de profundizar en las repercusiones que unas condiciones de trabajo donde los estresores laborales pueden interferir, no sólo en la salud del profesional, sino, en el rendimiento y la calidad del trabajo realizado, ya que, se trata de factores controlables y modificables, en donde una intervención preventiva puede resultar muy eficaz al reducir un factor de riesgo para la salud y de interferencia en la eficiencia de los profesionales.

CORRESPONDENCIA:

Manuel López Nicolás
C/ Las Norias, 20, edificio Dalia
30009 Murcia

BIBLIOGRAFÍA

1. Freudenberger HJ. Staff burnout. *Journal of Social Issues* 1974; 30: 159-65.
2. Maslach C, Jackson SE. *Maslach Burnout Inventory*. Palo Alto, California: Consulting Psychologists Press, 1981.
3. Vega ED, Pérez Urdaniz A. *El síndrome de Burnout en el médico*. Madrid: Smith Kline Beechan, 1998.
4. Gil-Monte P, Peiró JM. *Desgaste psíquico en el trabajo: el síndrome de quemarse*. Madrid: Síntesis Psicología, 1997.
5. Peiró JM. *Desencadenantes del estrés laboral*. Madrid: Eudema, 1992.
6. Maslach C, Schaufeli WB. Historical and conceptual development of burnout. En: Schaufeli WB, Maslach C, Marek T. *Professional burnout: Recent developments in theory and research*. Londres: Taylos & Francis, 1993.
7. Schaufeli WB, Leiter MP, Maslach C, Jackson SE. The Maslach Burnout Inventory: General Survey (MBI-GS). En: Maslach C, Jackson SE, Leiter MP. *The Maslach Burnout Inventory-Test Manual*. Palo Alto, CA: Consulting Press, 1996.
8. Gil-Monte PR. Validez factorial de la adaptación al español del Maslach Burnout Inventory-General Survey. *Salud Pública de México* 2002; 44 (1):33-40.
9. Schutte N, Toppinen S, Kalimo R, Schaufeli WB. The factorial validity of the Maslach Burnout Inventory-General Survey (MBI-GS) across occupational groups and nations. *J Occup Organ Psychol* 2000; 73: 53-66.
10. Leiter MP, Schaufeli WB. Consistency of the burnout construct across occupations. *Anxiety Stress Coping* 1996; 9: 229-43.
11. Taris TW, Schreurs PJ, Schaufeli WB. Construct validity of the Maslach Burnout Inventory- General Survey: A two-sample examination of its factor structure and correlates. *Work Stress* 1999; 13(3): 223-37.
12. Cahonn AR, Rowney JIA. Managerial burnout: a comparison by sex and level responsibility. *Journal of Health and Human Resources Administration* 1984; 63: 249-63.
13. Beck DF. Counselors burnout in family services agencies. *Social Casework* 1987; 68 (1): 3-15.
14. Brake H, Bloemendal E, Hoogstraten J. Gender differences in burnout among Dutch dentists. *Community Dent Oral Epidemiol* 2003; 31: 321-7.
15. Poulin JE, Walter CA. Burnout in gerontological social work. *Social Work* 1993; 38: 305-310.
16. Golembiewski RT, Munzenreider RF, Stevenson JG. *Stress in organizations: toward a phase model of burnout*. Nueva York: Praeger, 1986.
17. Etzion D, Pines A. Sex and cultura in burnout and doping among human service professionals: A social psychological perspectiva. *Journal of Cross-Cultural Psychology* 1986; 17 (2): 191-209.
18. Mingoten Adan JC, Pérez Corral F. *El estrés del médico*. Madrid: Díaz de Santos, SA, 1999.
19. Maslach C, Jackson SE. Burnout in health professions: a social psychological analysis. En: Sanders GS, Suls J. *Social psychology of health and illness*. Hillsdale: LEA, 1982.
20. García M. Burnout en profesionales de enfermería de Centros Hospitalarios. *Revista de Psicología del trabajo y las organizaciones* 1991; 7(18): 3-12.
21. Farber BA. Stress and burnout in suburban teachers. *Journal of Educational Research* 1984; 77 (6): 325-31.
22. Zabel RH, Zabel MK. "Factors in burnout among teachers of exceptional Children". *Exceptional Children* 1982; 49 (3): 261-3.
23. Gorter RC, Albrecht G, Hoogstraten J, Eijkman M. Profesional burnout among Dutch dentists. *Community dentistry and oral epidemiology* 1999; 27: 109-116.
24. Leiter MP. The impact of family resources, control coping and skill utilization on the development of burnout: a longitudinal study. *Human Relations* 1990; 43 (11): 1067-83.
25. Maslach C, Jackson S. The role of sex and family variables in burnout. *Sex Roles* 1985; 12: 837-51.
26. Kirkald BD, Siefen G. Occupational stress among mental health professionals. The relationship between work and recreational pursuits. *Soc Psychiatr Epidemiol* 1992; 26(5): 238-44.
27. Richardsen AM, Burke RJ, Leiter MP. Occupational demands, psychological burnout and anxiety among hospital personnel in Norway. *Anxiety, Stress and Coping* 1992; 5 (1): 55-68.