

ORIGINALES

Rasgos de personalidad y *burnout* en médicos de familia

J. Cebrià^{a,b}, J. Segura^b, S. Corbella^b, P. Sos^b, O. Comas^b, M. García^b, C. Rodríguez^b,
M.J. Pardo^a y J. Pérez^c

Grupo Comunicación y Salud. ^aCAP Sant Miquel. Granollers. ^bFacultat de Psicologia Blanquerna. URL. Barcelona. ^cFacultat de Ciències de la Salut i de la Vida. UPF. Barcelona

Objetivo. Investigar los rasgos de personalidad que podrían asociarse con puntuaciones altas en las escalas de *burnout* (Maslach Burnout Inventory) en médicos de atención primaria.

Diseño. Estudio observacional, descriptivo, transversal.

Emplazamiento. Noventa y tres centros de atención primaria de la ciudad de Barcelona y las comarcas del norte de la provincia: Vallès Oriental, Vallès Occidental, Maresme, Osona, Bages y Berguedà (región sanitaria centro).

Método. Encuesta directa por entrevista personal o grupal a 528 médicos de atención primaria. Se administraron 3 cuestionarios: uno de datos sociodemográficos generales, el Maslach Burnout Inventory (MBI) y el test de personalidad de Cattell 16 PF-5.

Resultados. Un 40% de los encuestados presentaba algún síntoma de *burnout* sin diferencia entre sexos. De éstos, un 12,4% manifestaba niveles muy altos de «quemazón» profesional. Los sujetos con criterios de *burnout* obtuvieron puntuaciones significativamente diferentes en los rasgos de estabilidad, tensión y vigilancia y en la dimensión ansiedad.

Conclusiones. Algunos rasgos de personalidad, como la baja estabilidad emocional, la tensión y la ansiedad, se asocian de manera significativa a puntuaciones altas de *burnout*. Existen algunas diferencias entre estos factores internos por sexo.

Palabras clave: Personalidad. «Quemazón» profesional. Médicos de atención primaria.

PERSONALITY TRAITS AND «BURNOUT» IN FAMILY DOCTORS

Objective. With this research we try to study personality traits that could be associated with high punctuation at burnout scales (Maslach Burnout Inventory) in primary care physicians.

Design. Observational descriptive transversal study

Setting. 93 primary care centres in Barcelona-city and the northern province's region: Vallès Oriental, Vallès Occidental, Maresme, Osona, Bages and Berguedà (centre sanitary region).

Method. Individual or collective direct interview to 528 primary care physicians. Three questioners were administrated: a sociodemographic items one, the Maslach Burnout Inventory (MBI) and the Cattell personality test 16-PF.

Results. The 40% of the interviewed physicians had some burnout symptom without any difference between sexes. The 12.4% of these ones showed very high burnout levels. Those subjects with burnout criteria punctuated different at stability, tension and vigilance traits and anxiety dimension.

Conclusion. Some personality traits like low stability, the tension and the anxiety are associated with high punctuation of burnout.

Key words: Personality. Burnout. Family physicians.

(*Aten Primaria* 2001; 27: 459-468)

El presente estudio ha recibido una ayuda del FIS (n.º 99/0946).

Correspondencia: J. Cebrià.
CAP Sant Miquel. Av. Francesc Macià, 154. 08400 Granollers (Barcelona).

Manuscrito aceptado para su publicación el 12-II-2001.

Introducción

El llamado síndrome de *burnout* en médicos de atención primaria ha sido objeto de numerosos estudios en los últimos años^{1,2}. Conceptualizado como una respuesta al estrés laboral crónico, parece afectar en mayor o menor medida a un colectivo profesional importante³. La desmotivación, el desinterés, el malestar interno o la insatisfacción laboral son algunos de los aspectos que caracterizan este síndrome. No hay un consenso global para la explicación del síndrome de *burnout*. Una de las teorías con más aceptación es la proporcionada por Maslach⁴ en la que el *burnout* estaría caracterizado por tres dimensiones interrelacionadas: a) el agotamiento emocional; b) la despersonalización, y c) realización personal. Se trataría de un conjunto de conductas (como el deterioro del rendimiento, la pérdida de responsabilidad, actitudes pasivo-agresivas con los pacientes y pérdida de la motivación, entre otros), en las que se implicarían tanto factores internos (valores individuales y sociales, rasgos de personalidad) como externos (organizacionales, laborales, grupales)^{5,6}.

El tema es motivo de preocupación por las repercusiones de ámbito personal y organizacional que se derivan, tales como absentismo laboral, disminución del nivel de satisfacción tanto de profesionales como de pacientes, riesgo de conductas adictivas, alta movilidad

laboral, repercusiones en otras esferas como la familiar, etc.^{7,8}. Aunque se han identificado numerosos factores estresantes crónicos del entorno laboral implicados con su producción, como la sobrecarga de trabajo^{9,10}, pacientes difíciles¹¹, poco tiempo por paciente, salario, calidad de las relaciones en el equipo, etc., y otros sociodemográficos, caso de antigüedad de más de 10 años en el puesto de trabajo^{12,13} y sexo femenino^{15,17}, éstos, por sí solos, no explican en su totalidad el fenómeno¹⁴.

Una amalgama de circunstancias pueden aliarse para producir estrés crónico en los profesionales, pero es la percepción personal y los mecanismos de afrontamiento lo que parecen marcar el grado de vulnerabilidad individual¹⁶, y que explicaría el porqué, a igualdad de condiciones de trabajo, unos iniciarían síntomas de *burnout* y otros no.

Las variables internas, y entre ellas los rasgos de personalidad, han sido mucho menos considerados¹⁸⁻²⁰. Los estudios existentes son contradictorios en sus conclusiones. Aunque parece asociarse a personalidades ansiosas, no están claros los diferentes factores de la personalidad que influirían más en el desarrollo de *burnout*.

El propósito de este estudio fue investigar los rasgos de personalidad que podrían estar asociados a un mayor riesgo de desarrollar *burnout* en médicos de atención primaria.

Material y método

Sujetos

En el estudio participaron 528 médicos, de los que 427 completaron correctamente los cuestionarios administrados. De ellos, 244 eran varones (57,1%) y 183 mujeres (42,9%).

Material

Los sujetos contestaron:

1. Un cuestionario de datos generales que contenía preguntas sobre la situa-

ción personal y profesional de cada persona entrevistada.

2. El Maslach Burnout Inventory (MBI). Este cuestionario fue validado por Maslach y Jackson apareciendo su versión definitiva en 1986. Se utilizó una versión traducida y validada de la original que ya ha sido utilizada en numerosos estudios realizados en el Estado español^{1-3,7,10,23}.

Se trata de un cuestionario de 22 ítems con 7 opciones de respuesta (escala Likert de 0 a 6), que contiene las siguientes subescalas:

- Cansancio emocional (CE): sentimiento del sujeto respecto a encontrarse saturado emocionalmente por el trabajo.
- Despersonalización (DP): respuesta fría e impersonal hacia los pacientes.
- Realización personal (RP): sentimientos de competencia y eficacia en la realización del trabajo.

Las puntuaciones de cada escala se obtienen al sumar los valores de los 22 ítems. Como puntos de corte se pensó en seguir los criterios seguidos por otros autores^{11,12}. Para ello se consideró que, en la escala CE, puntuaciones de 27 o superiores serían indicativas de un alto nivel de *burnout*, el intervalo 19-26 correspondería a puntuaciones intermedias, siendo las puntuaciones por debajo de 19 indicativas de niveles de *burnout* bajos o muy bajos. En la escala DP, puntuaciones superiores a 10 serían nivel alto, 6-9 medio y menos de 6 bajo grado de despersonalización. En contrapartida, la escala RP funciona en sentido opuesto a las anteriores, y así 0-33 puntos indicaría baja realización, 34-39 intermedia y más de 40 alta sensación de logro.

3. Cuestionario de personalidad 16 PF-5²². Este cuestionario fue editado por primera vez en 1949 por Cattell. La versión que se utilizó es la quinta edición del cuestionario (en su adaptación española) y está basada en el resultado de la cuarta revisión (1993), que recoge las mejores características psicométricas y atiende a los cambios culturales y profesionales. Para el trabajo utilizamos la versión de 1995.

Se trata de un cuestionario de 185 elementos, con tres opciones de respuesta, destinados a medir el índice MI (manipulación de la imagen o deseabilidad social) y los 16 factores primarios de personalidad: afabilidad, razonamiento, estabilidad, dominancia, animación,

atención a normas, atrevimiento, sensibilidad, vigilancia, abstracción, privacidad, aprensión, apertura al cambio, autosuficiencia, perfeccionismo y tensión. A su vez, el cuestionario permite recoger información de 4 factores secundarios o dimensiones: extraversión, ansiedad, dureza e independencia (anexo 1).

Procedimiento

Se realizó un estudio observacional, descriptivo, transversal. Para ello se llevó a cabo un trabajo de campo en 93 centros de atención primaria de la ciudad de Barcelona y de las comarcas del norte de la provincia: Vallès Oriental, Vallès Occidental, Maresme, Osona, Bages y Berguedà, que corresponden a la llamada Región Sanitaria Centro.

Los sujetos estudiados debían cumplir los requisitos de ser médicos de atención primaria con más de 3 años de antigüedad y estar en activo en el momento del estudio. Se excluyó a odontólogos y pediatras.

Se consideró que el método de encuesta por correo podía producir un sesgo en la respuesta que desvirtuase los resultados, por lo que se optó por la encuesta directa por entrevista personal o grupal. Para ello se entrenó previamente a un equipo de psicólogos y estudiantes de último año de licenciatura de la Facultad de Psicología Blanquerna de la Universidad Ramon Llull de Barcelona. Se acordó una cita con los directores de cada centro, normalmente en el horario de reunión de los médicos de los equipos de atención primaria. Los investigadores aprovecharon las reuniones para explicar el motivo del estudio y las instrucciones de respuesta de cada instrumento. En el caso de los centros no reformados, se hicieron reuniones especiales donde la asistencia era optativa. Los investigadores habían unificado los mensajes que debían dar a los encuestados y tenían instrucciones de no mencionar ciertas palabras (quemado, *burnout*, personalidad) que pudieran producir sesgos en la respuesta.

Se entregó un sobre en blanco con los 3 cuestionarios: datos sociodemográficos generales, MBI y 16 PF-5. Todos los sujetos contestaron las pruebas de forma anónima durante 45 minutos. Se repartieron 528 cuestionarios y 427 profesionales respondieron correctamente todas las pruebas, conformando la muestra del estudio.

En primer lugar, hicimos comparaciones entre sexos respecto los niveles de

burnout utilizando la prueba t de Student. En segundo lugar, determinamos para cada sexo el porcentaje de sujetos con problemas de burnout. Para establecer las relaciones entre personalidad y quemazón profesional, realizamos correlaciones de Pearson. Finalmente, comparamos los diferentes rasgos de personalidad entre las personas con altos niveles de burnout y aquellas que no presentaban dicho síndrome. Estas categorías se establecieron a partir de los puntos de corte comentados en el anterior apartado referente al material utilizado.

Los análisis estadísticos de los datos obtenidos se llevaron a cabo mediante el programa informático SPSS.

Resultados

La tabla 1 presenta las puntuaciones medias y desviaciones estándar en las 3 escalas de burnout en ambos sexos. No se detectaron diferencias entre géneros. Considerando las 3 agrupaciones realizadas a partir de los puntos de corte comentados, los sujetos se agrupaban mayoritariamente en las bandas de puntuación alta o baja. Pocos sujetos se ubicaban en las posiciones intermedias (fig. 1).

En la tabla 2 se muestra el número de personas que presentaban altos niveles de burnout en alguna de las 3 escalas. En ambos sexos, más de un 40% de los sujetos presentaba niveles elevados de cansancio emocional o de despersonalización. El porcentaje de sujetos con bajos niveles de realización personal era más bajo, en torno al 30%.

Se hallaron 53 (12,4%) sujetos que puntuaron elevado en las escalas CE y DP y a la vez que puntuaron bajo en la RP (máximo nivel de quemazón), sin diferencias en cuanto a sexos (27 eran varones y 26 mujeres).

La tabla 3 presenta los coeficientes de correlación encontrados, para ambos sexos, entre las escalas del MBI y entre éstas y las diferentes variables de personalidad. Las correlaciones entre escalas del MBI son altas y significativas,

TABLA 1. Medias y desviaciones estándar en las escalas del MBI. Se presenta el valor de p resultante de la comparación entre grupos

Escala	Varones (n = 244)		Mujeres (n = 183)		p
	\bar{X}	DE	\bar{X}	DE	
CE	20,24	(11,7)	22,60	(10,5)	0,67 NS
DP	6,96	(4,8)	6,59	(5,8)	0,27 NS
RP	39,15	(7,9)	37,95	(8,7)	0,16 NS

CE: cansancio emocional; DP: despersonalización, y RP: realización personal.

TABLA 2. Número de sujetos y porcentaje de ellos con altos niveles de burnout en alguna de las 3 escalas del MBI (valores altos en CE o en DP y valores bajos en RP)

Escala	Varones	Mujeres
CE	116 (47,5%)	84 (45,9%)
DP	99 (40,6%)	79 (43,2%)
RP	69 (28,3%)	61 (33,3%)

CE: cansancio emocional; DP: despersonalización, y RP: realización personal.

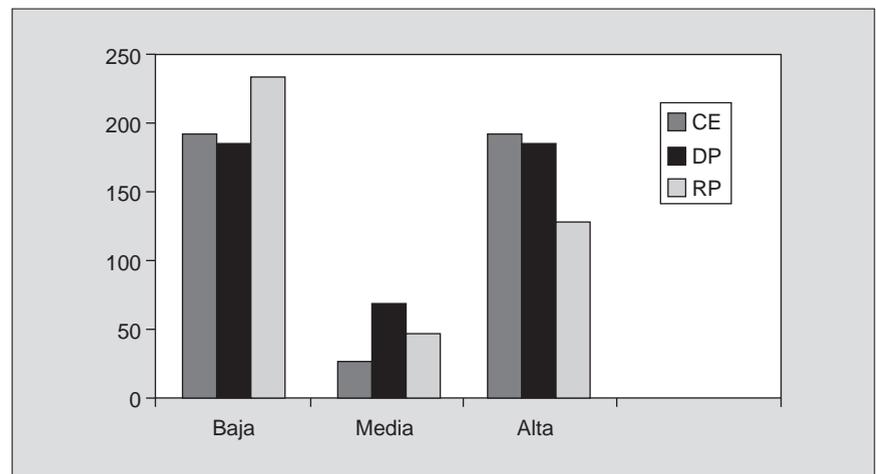


Figura 1. Puntuaciones de las 3 escalas del MBI, agrupadas por niveles de burnout. La escala de realización personal se ha invertido para homogeneizar el gráfico, CE: cansancio emocional; DP: despersonalización, y RP: realización personal.

siendo positivas entre CE y DP y negativas entre dichas escalas y RP.

Respecto a rasgos de personalidad, podemos observar que, en ambos sexos, la estabilidad se mostró asociada negativamente a CE y a DP y positivamente a RP. En sentido inverso, la tensión se relacionó positivamente con CE y con DP y negativamente con la RP. También podemos observar que la vigilancia apareció relacio-

nada positivamente con la CE y la DP. Así mismo, el rasgo de aprensión se mostró asociado al CE.

En la muestra de mujeres la aprensión también se relacionó con la DP de forma positiva y con la RP de forma negativa.

Respecto a las dimensiones, la ansiedad es la que apareció claramente asociada a CE y DP. En la muestra masculina, dicha dimensión también apareció relacionada negativamente con la RP. La

TABLA 3. Correlaciones (Pearson) entre las escalas del MBI y los factores del 16 PF

	Varones (n = 244)			Mujeres (n = 183)		
	MBI. CE	MBI. DP	MBI. RP	MBI. CE	MBI. DP	MBI. RP
MBI. CE	1	0,446 ^a	-0,256 ^a	1	0,372 ^a	-0,301 ^a
MBI. DP	0,446 ^a	1	-0,290 ^a	0,372 ^a	1	-0,293 ^a
MBI. RP	-0,259 ^a	-0,290 ^a	1	-0,301 ^a	-0,293 ^a	1
Afabilidad	-0,156 ^a	-0,092	0,166 ^a	-0,126	-0,055	0,339 ^a
Razonamiento	0,162 ^b	0,032	-0,017	-0,105	-0,074	0,001
Estabilidad	-0,362 ^a	-0,255 ^a	0,292 ^a	-0,468 ^a	-0,291 ^a	0,439 ^a
Dominancia	0,018	0,04	0,105	-0,146 ^b	0,007	0,124
Animación	-0,138 ^b	0,005	0,01	-0,046	0,001	0,182 ^b
Atención	-0,057	-0,112	0,188 ^a	0,089	0,074	0,002
Atravimiento	-0,088	-0,083	0,245 ^a	-0,195 ^a	-0,202 ^a	0,350 ^a
Sensibilidad	-0,012	-0,011	0,036	0,014	-0,063	0,156 ^b
Vigilancia	0,189 ^a	0,235 ^a	-0,097	0,162 ^b	0,232 ^a	-0,143
Abstracción	0,095	0,159 ^b	-0,096	0,157 ^b	0,107	-0,159 ^b
Privacidad	0,031	0,065	-0,047	0,079	0,051	-0,157 ^b
Aprensión	0,199 ^a	0,06	-0,130 ^b	0,431 ^a	0,277 ^a	-0,294 ^a
Apertura	0,037	-0,069	0,058	-0,121	-0,168 ^b	0,094
Autosuficiencia	0,058	0,068	-0,058	0,113	0,082	-0,112
Perfeccionismo	-0,019	-0,045	0,189 ^a	0,051	0,082	0,156 ^b
Tensión	0,326 ^a	0,234 ^a	-0,144 ^b	0,246 ^a	0,225 ^a	-0,183 ^b
Extraversión	-0,015	-0,020	0,103	-0,030	0,074	0,178 ^b
Ansiedad	0,278 ^a	0,210 ^a	-0,134 ^b	0,236 ^a	0,206 ^a	-0,062
Dureza	0,044	0,112	-0,156 ^b	0,152 ^b	0,101	0,129
Independencia	0,065	0,109	0,141	0,007	0,055	0,001
Autocontrol	0,046	-0,070	0,181 ^a	0,018	0,129	-0,023

^aLa correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

^bLa correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

dureza se asoció al CE en el grupo de mujeres.

Los sujetos con alto cansancio emocional puntuaron más bajo que el resto de la muestra en el factor de estabilidad, mientras que puntuaron más elevado en los factores de aprensión, tensión y ansiedad. En varones puntuaron más bajo en animación y más alto en vigilancia. En mujeres, las más cansadas emocionalmente puntuaron menos en atravimiento, abertura y más en dureza y autocontrol (tabla 4).

Las personas con mayor despersonalización puntuaron más bajo en estabilidad, más alto en vigilancia, tensión y ansiedad. Las mujeres, además, puntuaron menos en atravimiento, abertura y más alto en aprensión, dureza y autocontrol (tabla 5).

Finalmente, los sujetos que presentaban poca realización personal obtuvieron puntuaciones inferiores al resto de la muestra estudiada en los factores afabilidad, estabilidad, atravimiento, y puntuaciones más elevadas en dureza. En la muestra masculina, además, puntuaron menos en perfeccionismo y autocontrol. En el grupo femenino, las menos realizadas puntuaron más bajo en animación, sensibilidad y más alto en aprensión (tabla 6).

Discusión

En primer lugar, pensamos que el método de recogida de información utilizado es más útil que el de la invitación por correo, ya que permite un nivel de respuesta mayor y más aproximado y homo-

géneo a la población estudiada. Seleccionamos 528 profesionales para participar en el estudio, de los que 427 (81%) respondieron correctamente todas las pruebas. Si bien no podemos conocer las características de las personas que no contestaron o no lo hicieron correctamente, el alto porcentaje de respuestas y la similitud de las variables sociodemográficas de los sujetos del estudio con las de la población general de médicos de atención primaria en nuestro medio, permite tener una seguridad razonable respecto a la validez de los resultados obtenidos.

Las correlaciones entre las escalas del MBI positivas entre CE y DP y negativas con RP son similares a las encontradas en otros trabajos²⁵.

TABLA 4. Medias y desviaciones estándar en las variables de personalidad del 16 PF de los grupos con puntuaciones altas y bajas en la escala de cansancio emocional. Se presenta el valor de p resultante de la prueba t de Student

	Varones					Mujeres				
	CE bajo (n = 104)		CE alto (n = 116)		T	CE bajo (n = 78)		CE alto (n = 84)		T
	\bar{X}	DE	\bar{X}	DE		\bar{X}	DE	\bar{X}	DE	
Afabilidad	4,73	1,60	4,44	1,80	0,224	4,86	1,86	4,58	2,14	0,376
Razonamiento	5,48	1,91	5,83	1,94	0,175	6,22	2,06	5,82	1,98	0,207
Estabilidad	4,88	1,62	3,86	1,47	0,000	5,89	1,48	4,38	1,47	0,000
Dominancia	4,33	1,84	4,46	1,84	0,605	4,94	2,25	4,37	1,94	0,089
Animación	3,89	1,67	3,26	1,43	0,003	3,84	1,78	3,61	1,76	0,411
Atención	4,77	1,59	4,73	1,69	0,836	5,54	1,87	6,03	1,76	0,088
Atrevimiento	4,32	1,63	4,07	1,56	0,250	5,28	1,58	4,62	1,73	0,013
Sensibilidad	7,44	1,83	7,55	1,92	0,667	6,02	1,79	6,24	1,69	0,424
Vigilancia	5,28	1,76	5,91	1,65	0,007	4,07	1,36	4,42	1,34	0,100
Abstracción	6,35	1,65	6,63	1,70	0,215	4,90	1,46	5,37	1,40	0,040
Privacidad	6,16	2,06	6,31	1,88	0,582	5,29	1,94	5,35	2,04	0,845
Aprensión	6,45	1,61	6,94	1,60	0,023	5,23	1,58	6,65	1,51	0,000
Apertura	5,94	1,94	6,09	2,16	0,585	5,35	1,93	4,70	1,87	0,031
Autosuficiencia	7,24	1,82	7,35	1,83	0,648	6,23	1,94	6,51	2,04	0,382
Perfeccionismo	4,39	1,68	4,42	1,61	0,899	4,71	1,84	6,07	1,64	0,191
Tensión	6,27	1,73	7,23	1,60	0,000	5,44	1,74	6,30	1,57	0,001
Extraversión	4,02	1,93	3,96	1,89	0,812	4,40	2,27	4,70	2,41	0,418
Ansiedad	5,58	2,29	6,69	1,97	0,000	4,40	2,10	6,07	2,24	0,000
Dureza	4,33	2,31	4,45	2,63	0,720	4,80	2,26	5,84	2,24	0,004
Independencia	3,84	2,01	3,98	1,86	0,588	4,05	2,12	3,45	2,01	0,071
Autocontrol	5,06	1,94	5,43	1,94	0,155	5,22	2,13	6,26	2,15	0,002

Los médicos de nuestra muestra presentan puntuaciones del MBI similares a otras observaciones realizadas en nuestro medio^{1,11}. Utilizando el punto de corte usado en otros estudios^{14,31}, observamos que, tanto en varones como en mujeres, más de un 40% de los médicos presenta valores altos en cansancio emocional y en despersonalización. Asimismo, alrededor del 30% se presenta con una percepción de realización personal baja. Dichos resultados indican que el porcentaje de personas con algún criterio de burnout es notable en la atención primaria. Es llamativo que más de un 12% tenga criterios máximos de dicho síndrome. No se detectaron diferencias entre varones y mujeres en cuanto a las escalas del MBI. Algunos estudios³² habían detectado mayor grado de despersonalización

en los varones. Sin embargo, otros estudios detectaron el sexo femenino^{15,17} como factor de riesgo. En nuestro trabajo no se han confirmado los anteriores hallazgos, e incluso el grupo de médicos con un nivel de burnout más elevado es un grupo homogéneo en cuanto a sexos.

Los resultados se polarizan en 2 bandas de puntuación (fig. 1), con un número de sujetos en posiciones intermedias muy pequeño. La interpretación de este dato es difícil. Una de las posibles teorías explicativas sería la consideración del burnout como una dimensión continua, pero sin guardar una relación gradual o proporcionada con los niveles de estrés a los que el sujeto es sometido. Por lo tanto, podemos encontrar puntuaciones bajas en el MBI de sujetos con una carga asistencial

considerable y explicable por el perfil de personalidad del médico que actúa como mecanismo protector. Se puede hipotetizar que, cuando existe una presión externa mayor a la resistencia personal, el umbral de presentación del síndrome del burnout se rebaja de forma considerable, incrementando repentinamente la puntuación en el MBI. De este modo detectamos bien diferenciados aquellos médicos sin sintomatología del burnout y aquellos que presentan características distintivas del síndrome. Es necesario un análisis más detallado de los datos que permita descartar que las puntuaciones bajas de burnout se asocien a factores externos, como mejores condiciones de trabajo, aunque esta hipótesis parece altamente improbable por las características de la muestra.

TABLA 5. Medias y desviaciones estándar en las variables de personalidad del 16 PF de los grupos con puntuaciones altas y bajas en la escala de despersonalización. Se presenta el valor de p resultante de la prueba t de Student

	Varones					Mujeres				
	DP bajo (n = 105)		DP alto (n = 99)		T	DP bajo (n = 75)		DP alto (n = 79)		T
	\bar{X}	DE	\bar{X}	DE	p	\bar{X}	DE	\bar{X}	DE	p
Afabilidad	4,81	1,65	4,37	1,72	0,061	4,88	1,83	4,56	1,99	0,316
Razonamiento	5,53	1,86	5,57	2,04	0,890	6,28	2,19	5,97	1,92	0,360
Estabilidad	4,73	1,61	,01	1,56	0,001	5,62	1,62	4,70	1,65	0,001
Dominancia	4,24	1,74	4,41	1,79	0,502	4,68	2,02	4,67	2,17	0,979
Animación	3,62	1,69	3,61	1,58	0,957	3,93	1,95	3,68	1,61	0,387
Atención	5,00	1,63	4,53	1,47	0,035	5,37	1,96	5,96	1,65	0,046
Atrevimiento	4,31	1,47	4,08	1,63	0,285	5,38	1,74	4,62	1,62	0,005
Sensibilidad	7,62	1,77	7,49	1,94	0,609	6,34	1,68	6,27	1,64	0,806
Vigilancia	5,17	1,65	6,10	1,68	0,000	3,78	1,26	4,50	1,40	0,001
Abstracción	6,21	1,66	6,78	1,61	0,014	4,88	1,43	5,30	1,38	0,064
Privacidad	6,06	1,97	6,44	1,97	0,173	5,04	1,96	5,43	1,87	0,208
Aprensión	6,66	1,57	6,70	1,66	0,859	5,36	1,64	6,39	1,57	0,000
Apertura	6,20	1,88	5,86	2,20	0,249	5,58	2,24	4,92	1,70	0,041
Autosuficiencia	7,13	1,84	7,38	1,91	0,342	6,18	1,97	6,53	2,08	0,294
Perfeccionismo	4,54	1,75	4,51	1,56	0,906	4,60	1,74	5,10	1,55	0,062
Tensión	6,32	1,76	7,06	1,57	0,002	5,62	1,82	6,25	1,69	0,029
Extraversión	4,09	1,74	3,88	2,01	0,429	4,58	2,29	4,60	2,22	0,968
Ansiedad	5,73	2,23	6,53	2,12	0,010	4,48	2,24	5,83	2,34	0,000
Dureza	4,11	2,33	4,64	2,50	0,120	4,73	2,38	5,59	2,36	0,027
Independencia	3,59	1,79	4,14	2,00	0,039	3,72	2,04	3,71	2,08	0,996
Autocontrol	5,51	1,96	5,14	1,90	0,173	5,03	2,27	1,14	2,03	0,002

Respecto a la comparación con otros colectivos de profesionales, los médicos de atención primaria estudiados mostraron superior cansancio emocional, similar despersonalización y superior realización personal que profesores de educación primaria y secundaria de Barcelona²⁹. También los médicos de atención primaria estudiados se muestran con mayor cansancio emocional y mayor despersonalización que el personal de enfermería de dos grandes hospitales de Terrassa²⁵ y Castellón³⁰. Sin embargo, los profesionales de nuestro estudio presentan mayor realización personal que los enfermeros citados. En los trabajos más recientes publicados de médicos de atención primaria en nuestro medio^{1,2}, los resultados son coincidentes en cuanto a los porcentajes de las 3 escalas con el presente estudio, situándose siempre en más de un 40% el

número de afectados por algún criterio de *burnout*.

Respecto al objetivo principal del estudio, hemos observado que ciertas variables de personalidad se mostraban relacionadas con puntuaciones altas en las dos primeras escalas del MBI. Así, las personas con mayor cansancio emocional eran menos estables, más aprensivas y más tensas que aquellas con poco cansancio emocional. Los sujetos con mayor despersonalización eran menos estables, más tensos y más vigilantes que sus colegas poco despersonalizados. Asimismo, los médicos menos realizados eran menos afables y mostraban menor atrevimiento. Se aprecian diferencias en cuanto al perfil de personalidad de los varones y mujeres con criterios de *burnout*. El perfil de la médica «quemada» incluiría una mayor aprensión y menor atrevimiento que su colega masculino en igual-

dad de circunstancias, aunque la dimensión ansiedad estaría presente por igual en ambos sexos.

De todos los resultados podemos extraer una clara conclusión: las variables relacionadas con un grado elevado de ansiedad (los rasgos: poca estabilidad, vigilancia y tensión o la dimensión ansiedad) se muestran asociadas positivamente al cansancio emocional y a la despersonalización. Es importante destacar la correlación entre la dimensión ansiedad y niveles elevados de *burnout*. Los componentes principales de esta dimensión son estabilidad, vigilancia, aprensión y tensión. Los cuatro correlacionan de forma significativa (nivel, 0,001) con al menos dos de las 3 escalas del MBI. Los datos obtenidos confirman otros estudios que encontraron que los sujetos con *burnout* eran emocionalmente más inestables²⁰.

TABLA 6. Medias y desviaciones estándar en las variables de personalidad del 16 PF de los grupos con puntuaciones altas y bajas en la escala de realización personal. Se presenta el valor de p resultante de la prueba t de Student

	Varones					Mujeres				
	RP bajo (n = 69)		RP alto (n = 145)		T	RP bajo (n = 61)		RP alto (n = 96)		T
	\bar{X}	DE	\bar{X}	DE	p	\bar{X}	DE	\bar{X}	DE	p
Afabilidad	4,17	1,55	4,86	1,74	0,006	4,03	1,62	5,14	1,99	0,000
Razonamiento	5,57	1,95	5,71	1,94	0,616	5,83	1,84	5,99	2,24	0,651
Estabilidad	3,79	1,48	4,69	1,56	1,000	4,54	1,54	5,68	1,63	0,000
Dominancia	4,21	1,96	4,56	1,80	0,203	4,47	1,92	4,93	2,15	0,174
Animación	3,56	1,50	3,61	1,68	0,839	3,36	1,51	4,01	1,84	0,023
Atención	4,47	1,49	4,86	1,65	0,098	5,86	1,65	5,81	1,87	0,848
Atrevimiento	3,68	1,57	4,47	1,59	0,001	4,27	1,57	5,41	1,69	0,000
Sensibilidad	7,34	1,99	7,51	1,87	0,545	5,83	1,79	6,44	1,54	0,025
Vigilancia	5,68	1,64	5,42	1,74	0,314	4,29	1,15	4,02	1,45	0,217
Abstracción	6,75	1,88	6,26	1,58	0,051	5,36	1,56	4,85	1,29	0,027
Privacidad	1,26	2,00	6,14	2,01	0,694	5,60	1,79	5,14	2,18	0,170
Aprensión	6,88	1,72	6,57	1,57	0,212	6,39	1,61	5,54	1,58	0,001
Apertura	5,72	2,14	6,13	1,98	0,160	5,06	1,85	5,27	2,03	0,525
Autosuficiencia	7,27	1,90	7,18	1,85	0,940	6,62	2,05	6,20	2,02	0,215
Perfeccionismo	4,10	1,70	4,68	1,66	0,019	4,78	1,57	5,14	1,82	0,207
Tensión	6,94	1,58	6,55	1,71	0,153	6,13	1,73	5,71	1,81	0,160
Extraversión	3,80	1,82	4,13	1,82	0,235	3,94	1,86	4,87	2,47	0,14
Ansiedad	6,43	2,12	5,74	2,13	0,121	5,52	2,28	5,04	2,30	0,202
Dureza	4,93	2,13	4,13	2,52	0,023	5,72	2,44	4,88	2,17	0,027
Independencia	3,76	2,05	3,93	1,95	0,434	3,51	1,81	3,90	1,95	0,204
Autocontrol	4,87	2,04	5,51	1,92	0,028	5,82	1,96	5,74	2,25	0,837

La sensación de presión y estrés es subjetiva a cada persona y parece depender de la capacidad de afrontamiento que tenga, del grado de vulnerabilidad al estrés (la llamada *hardiness*³¹ de la bibliografía anglosajona) y de los valores que asume^{33,34}. Sin embargo, parece clara la asociación entre estrés crónico y desarrollo de un mayor o menor grado de burnout³⁴. El estrés crónico en un contexto de atención primaria dependería básicamente de las cargas de trabajo, la presión de tiempo y la gestión de las emociones^{20,26}. Una personalidad «resistente» al estrés estaría ligada a una autoatribución en la responsabilidad de las cosas, un genuino y fuerte compromiso con el trabajo y la vida y una posición de apertura al cambio en términos de reto y no de amenaza, especialmente en situaciones de mayor demanda³⁵.

Los datos obtenidos apuntan a que algunos rasgos de personalidad (afabilidad, estabilidad, atrevimiento en nuestro estudio), optimismo, extraversión, en otros estudios¹⁹, serían protectores frente al estrés crónico en las escalas de cansancio emocional y despersonalización. En nuestro trabajo, la realización personal aparece asociada a la afabilidad, la estabilidad y el atrevimiento. En el estudio citado con enfermeras de Castellón³⁰, la realización personal se muestra relacionada con la variable extraversión. Recordemos que tanto la afabilidad como el atrevimiento serían rasgos característicos de la extraversión y, por tanto, podemos considerar los resultados de ambos estudios como coincidentes. Naturalmente, estos factores internos de protección serían útiles, siempre y cuando el nivel de es-

trés no sobrepase unos límites tolerables. Pasado ese dintel es probable que tengan poca utilidad. De ser cierta esta hipótesis, en este estudio encontraríamos una situación preocupante por el alto nivel de «quemazón», difícilmente atribuible a factores internos. Otro aspecto merecedor de estudios posteriores es la posibilidad de que nuestros hallazgos se enmarquen en un modelo circular, donde el estrés crónico sería causa pero también consecuencia de los perfiles de personalidad encontrados. Así, maneras de ser más inestables y ansiosas presentarían síntomas de estrés que a su vez retroalimentarían y agravarían los rasgos de personalidad más ligados a la ansiedad. En trabajos recientes^{36,37} se hallan relaciones entre estrés crónico y daño cerebral que se manifestaría en conductas desadaptativas y cam-

bios en la manera de ser, como la aparición de mayor aprensión, ansiedad, tensión y en estilos de afrontamiento más disfuncionales, tal como se ha definido el síndrome de *burnout* en los últimos años.

Dado que la ansiedad favorecerá la «quemazón» profesional, parece importante, tal como se ha señalado en otros estudios, mejorar las estrategias de afrontamiento de los profesionales de la salud que permitan optimizar la gestión emocional, especialmente la reducción de la ansiedad. Ello reduciría la disminución del riesgo de presentar malestar psicológico, y subsecuentemente la reducción de la «quemazón» profesional y de trastornos más severos derivados del riesgo profesional³⁸.

Agradecimientos

Es obligado agradecer la colaboración de los investigadores de campo que con su esfuerzo han hecho posible este trabajo. Igualmente a todos los médicos que de manera generosa han respondido con paciencia los cuestionarios. A todos los directores de los centros por preparar las reuniones, y especialmente a los directores de las DAP que nos han facilitado enormemente la labor. A los Dres. Joan Martí, Josep Costa, Josep M. Grego y Joan Farré, que han colaborado generosamente para que el trabajo de campo se pudiera efectuar. Al Dr. Sebastià Juncosa por su disposición y sus indicaciones metodológicas.

Bibliografía

1. De Pablo R, Suberviola J. Prevalencia del síndrome de *burnout* o desgaste profesional en los médicos de atención primaria. *Aten Primaria* 1998; 22: 580-584.
2. Olivar C, González S, Martínez MM. Factores relacionados con la satisfacción laboral y el desgaste profesional en los médicos de atención primaria de Asturias. *Aten Primaria* 1999; 22: 352-359.
3. Montalbán F, Bonilla J. Actitudes laborales y estrés asistencial: un modelo de relación secuencial. *Psicología del Trabajo y de las Organizaciones* 1996; 12: 81-88.
4. Maslach C. Understanding *burnout*. En: Payne S, editor. *Job stress and burnout*. Londres: Sage, 1982.
5. Leiter M. Coping patterns as predictors of *burnout*: the function of control and escapist patterns. *J Organization Behav* 1991; 12: 123-144.
6. Scarfone D. Le syndrome d'épuisement professionnel (*burnout*). Y aurait-il de la fumée sans feu? *Société Médico-Psychologique* 1985; 751-760.
7. De la Fuente L, De la Fuente E. *Burnout* y satisfacción laboral. Indicadores de salud laboral en el ámbito sanitario. *Cínica y Salud* 1997; 8: 481-494.
8. Olkinura M, Asp S, Juntunen J. Stress symptoms, *burnout* and suicidal thoughts in finnish physicians. *Soc Psychiatry Epidemiol* 1990; 25: 81-86.
9. Mira J, Vitaller J, Buil J. Satisfacción y estrés laboral en médicos generalistas del sistema público de salud. *Aten Primaria* 1994; 14: 1135-1140.
10. Orozco P, García E. Factores que influyen en el nivel de cansancio laboral de los médicos de atención primaria. *Aten Primaria* 1993; 12: 135-138.
11. De las Cuevas C. El desgaste profesional en atención primaria: presencia y distribución del síndrome de *burnout*. Madrid: Laboratorios Servier, 1994.
12. Luecken L, Edward C. Stress in employed women: impact of marital status and children at home on neurohormone output and home strain. *Psychosomat Med* 1997; 59: 352-359.
13. Swanson V, Power K, Simpson R. Occupational stress and family life. A comparison of male and female doctors. *J Occupation Organization Psychol* 1998; 71: 237-260.
14. Atance J. Aspectos epidemiológicos del síndrome de *burnout* en personal sanitario. *Rev Esp Salud Pública* 1999; 71: 305-315.
15. Thomson S. Stress and the female doctor. *Occupational Health* 1995; 344-345.
16. Zellars J, Kelly D, Lee C. Vulnerable to job *burnout*. The influence of personality, social support, role stressors, and moods. *Humanities and Social Sciences* 1999; 59: 2611.
17. Byone G. Stress in women doctors. *Br J Hosp Med* 1994; 51: 267-268.
18. Orman M. Physician stress: is it inevitable? *Missouri Medicine* 1989; 86: 21-25.
19. Schwab J. How to avoid *burnout* in medical practice. *KMA Journal* 1995; 93: 23-25.
20. Deary I, Agius R, Sadler A. Personality and stress in consultant psychiatrists. *Int J Soc Psychat* 1996; 42: 112-12.
21. Maslach C, Jackson SE. The Maslach *Burnout Inventory* (2.^a ed.) Palo Alto: Consulting Psychologists Press, 1986. (Versión española adaptada por Nicolás Seisdedos Cubero, TEA, 1987.)
22. Cattell RB, Cattell AKS, Cattell HEP. 16PF Fifth Edition, Administrator's Manual. Institute for Personality and Ability Testing, 1994. (Versión española adaptada por Nicolás Seisdedos Cubero, TEA, 1995.)
23. Hidalgo I, Díaz R. Estudio de la influencia de los factores laborales y sociodemográficos en el desarrollo del síndrome de agotamiento profesional en el área de medicina especializada del Insalud de Ávila. *Med Clin (Barc)* 1994; 103: 408-412.
24. Lloyd S, Streiner D. *Burnout*, depression life and job satisfaction among canadian emergency physicians. *J Emergen Med* 1994; 12: 559-565.
25. Martín MJ, Viñas J, Pérez J, Luque M, Soler-Insa PA. *Burnout* en personal de enfermería. *Rev Psiquiatría Fac Med Barna* 1997; 24: 113-118.
26. Schattner P. Stress in general practice. *Austral Fam Physic* 1998; 27: 993-998.
27. Toscano P, Ponterdolph M. The personality to buffer *burnout*. *Nursing Management* 1998; 29: 321.
28. Lebigot F, Lafont B. *Psychologie de l'épuisement professionnel*. *Société Médico-Psychologique* 1985; 769-775.
29. Ferrando J, Pérez J. Un instrumento para medir quemazón profesional en los docentes: adaptación catalana del MBI. *Rev Psiquiatr Fac Med Barna* 1996; 23: 11-18.
30. Pérez J, Peris P, Ávila C. Personalidad y quemazón profesional en trabajadores de sanidad. Ponencia presentada en el XXXIII Congreso de la Sociedad Española de Medicina Psicosomática. Girona, noviembre de 1997.
31. Fisher S. Hardiness and job fitness for the intensive family preservation specialist: a correlational study. *The Sciences-and-Engineering* 1999; 60: 31-36.
32. Ferrando J. Fuentes, manifestaciones y variables relacionadas con el estrés laboral en una muestra de docentes de Barcelona (tesis doctoral). Bellaterra: UAB, 1992.
33. Barnes A. On seeing people through

ANEXO 1. Descripción de los factores que componen el cuestionario de personalidad 16 PF

Escala primaria de personalidad (16 PF)	Características generales
Afabilidad	Es la capacidad de estar implicado cálidamente con los demás. Personas con puntuaciones bajas en esta escala son cautas en sus relaciones, reservadas y en el extremo, frías, impersonales y distantes
Razonamiento	Es la capacidad para resolver problemas. Puntuaciones altas indican una tendencia al pensamiento abstracto, y puntuaciones bajas la tendencia al pensamiento concreto
Estabilidad	Afrontamiento de los problemas cotidianos y sus retos. Puntuar alto implica ser emocionalmente estable, adaptado y maduro, frente a reactivos y emocionalmente cambiables
Dominancia	Es la tendencia a ejercer la voluntad de uno mismo sobre los demás. La persona con puntuaciones altas es dominante, asertiva y competitiva, y las puntuaciones bajas son características de personas deferentes, cooperativas y que evitan los conflictos
Animación	Autoexpresión y espontaneidad. En puntuaciones altas encontramos sujetos animosos, espontáneos activos y entusiastas, y en el otro extremo personas serias, reprimidas y cuidadosas
Atención a las normas	Integración de las normas culturales en cuanto a lo que es o no correcto. En el extremo positivo encontramos a personas atentas a las normas, cumplidoras y formales, y en el negativo inconformistas, indulgentes y muy suyas
Atrevimiento	Comodidad en contactos sociales y en situaciones nuevas. En el extremo positivo encontramos a personas atrevidas, seguras en lo social y emprendedoras, mientras que en el negativo son tímidas, temerosas y cohibidas
Sensibilidad	Aspecto sentimental de la persona. Individuos con puntuaciones altas son sensibles, estetas y sentimentales, y en puntuaciones bajas se describen personas objetivas, nada sentimentales y utilitarias
Vigilancia	Desconfianza ente los motivos e intenciones de los demás. En el extremo positivo encontramos a personas vigilantes, suspicaces, escépticas y precavidas, y en el extremo negativo confiadas, sin sospechas y adaptables
Abstracción	Temas hacia los que una persona dirige su atención y pensamiento. En el extremo positivo los sujetos son abstraídos, imaginativos e idealistas, y en el negativo encontramos a sujetos con personalidad práctica, con los pies en la tierra y realistas
Privacidad	Tendencia al cierre y a la no naturalidad. Personas con puntuaciones altas tienden a ser privadas, calculadoras, discretas y que no se abren, y con puntuaciones bajas son abiertas, genuinas, llanas y naturales
Aprensión	Inseguridad, preocupación por las cosas y sentimiento de inadecuación. Puntuaciones bajas muestran personas seguras, despreocupadas y satisfechas
Apertura al cambio	Capacidad de experimentar nuevas maneras de hacer. Personas con puntuaciones altas son abiertas al cambio, experimentales y analíticas, mientras que aquellas con puntuaciones bajas son tradicionales y apegadas a lo familiar
Autosuficiencia	Desapego en el contacto o no proximidad con los otros. Con puntuaciones altas las personas son autosuficientes, individualistas y solitarias, y en el otro extremo seguidoras y que se integran en el grupo
Perfeccionismo	La persona con puntuación alta quiere hacer bien las cosas, es organizada y disciplinada, y la persona con puntuación baja es más flexible y tolerante con el desorden y las faltas
Tensión	Esta escala se asocia con la tensión nerviosa. En puntuaciones altas los sujetos son enérgicos, impacientes e intranquilos; en el extremo negativo son relajados, plácidos e impacientes
Extraversión	Orientación hacia la participación social. El extrovertido busca relacionarse con otros, mientras que el introvertido es menos sociable y abierto y dedica más tiempo a estar con él mismo que con los demás
Ansiedad	La persona ansiosa suele ser reactiva, suspicaz, apreensiva y tensa. Quienes obtienen puntuaciones bajas tienden a ser emocionalmente estables, confiados, seguros y relajados
Dureza	Estado de alerta y disposición a ver los problemas desde una perspectiva fría y cognitiva. Puntuaciones elevadas indican inflexibilidad, cierre y dificultad para aceptar nuevos puntos de vista frente a la apertura al cambio y sensibilidad del que obtiene puntuaciones bajas
Independencia	Tendencia a ser activo y enérgicamente determinado en los pensamientos y acciones de uno mismo. Puntuaciones bajas apuntan a personas acomodaticias, tímidas, confiadas y tradicionales
Autocontrol	Capacidad de control ante las urgencias y deseos personales. La persona autocontrolada se muestra seria, atenta a las normas, perfeccionista y práctica; la desinhibida es espontánea, inconformista y con dificultades para reprimirse

- «rust-colored glasses»: a study of practitioners perceptions of clients. *J Apl Soc Scien* 1999; 23: 13-20.
34. Chang EC, Rand KL, Strunk DR. Optimism and risk for job burnout among working college students. Stress as a mediator. *Personality and Individual Differences* 2000; 29: 255-263.
35. Nowalk K, Hanson A. The relationship between stress, job performance, and burnout in college student resident assistants. *J Coll Student Person* 1983; 545-550.
36. Jensen T, Genefke I, Hyldebrant N. Cerebral atrophy in young torture victims. *N Eng J Med* 1992; 307: 1341.
37. Sapolsky R. Glucocorticoid toxicity in the hippocampus: reversal by supplementation with brain fuels. *J Neuroscien* 1986; 6: 2240-2244.
38. McCraine EW, Brandsma JM. Personality antecedents of burnout among middle aged physicians. *Behav Med* 1988; 14: 30-36.