

## Burnout en fisioterapeutas españoles

M<sup>a</sup> Francisca Serrano Gisbert, Enrique Javier Garcés de Los Fayos y M<sup>a</sup> Dolores Hidalgo Montesinos  
Universidad de Murcia

Diversos trabajos en el área de la salud han puesto de relieve la existencia del burnout en determinadas profesiones, pero son pocas las investigaciones españolas que indaguen la existencia del denominado síndrome entre los fisioterapeutas. Los objetivos de este estudio fueron determinar la prevalencia del síndrome burnout entre fisioterapeutas y establecer las relaciones entre los grupos de fisioterapeutas con el mencionado síndrome y las características del puesto de trabajo. Se enviaron 462 cuestionarios a diferentes centros asistenciales. Se administró tanto el Cuestionario de valoración del puesto de trabajo como el Inventario de Burnout (MBI). Fueron devueltos 258 cuestionarios (55,8% de respuesta) de fisioterapeutas de las comunidades de Murcia y Valencia. En cuanto a los resultados, presentaron burnout severo 10 fisioterapeutas (4%) de la muestra estudiada. Se observaron diferencias estadísticamente significativas en relación a aspectos del puesto de trabajo. Aunque el porcentaje de fisioterapeutas con burnout severo es relativamente bajo, no es nada despreciable teniendo en cuenta que en este grado el síndrome requiere la presencia conjunta de sus tres dimensiones, lo cual indica una situación de deterioro mental muy relevante.

*Burnout in Spanish physiotherapists.* Diverse works on health sciences emphasise the importance of burnout in specific jobs. However, there is a lack of research about the presence of this syndrome in Spanish physiotherapists. The aims of this study were to determine the prevalence of burnout among physiotherapists and the relationship with work-related factors. 462 questionnaires were sent to health-centres. The questionnaire of work-related factors was administered, as well as the Maslach burnout inventory (MBI). 258 responses were received (55.8% response rate) from Murcia and Valencia. Regarding results 10 (4%) physiotherapists showed severe burnout. In relation to work-related factors, significant differences were observed. Although the percentage of physiotherapists with severe burnout was relatively low, it is important take into account that the syndrome requires the combined presence of three dimensions, which implies a very relevant situation of mental deterioration.

La mayoría de las personas que se dedican a profesiones de ayuda, como es el caso de los fisioterapeutas, presentan un alto grado de motivación por su trabajo, pero en ocasiones, cuando se producen frustraciones o sobrecarga laboral, sus reacciones iniciales consisten en aumentar sus esfuerzos para seguir asumiendo el reto de su trabajo, tratando de compensar con este sobreesfuerzo el «sufrimiento» psicológico. En algunos casos esta respuesta es inocua para su salud mental, pero en otros puede llegar a ser contraproducente y conducir, a largo plazo, al desarrollo de fatiga física y emocional, como una de las primeras manifestaciones del síndrome de burnout. Así lo reconoce Wolfe (1981), estudioso y autor del primer trabajo de este síndrome en fisioterapeutas, en el que elabora un estudio interpretativo del síndrome, sus antecedentes, manifestaciones y mecanismos de afrontamiento. Se considera burnout una enfermedad laboral que suele producirse en entornos de estrés laboral continuo, que afecta a los profesionales cuya labor exige

implicación emocional con las personas objeto de su trabajo (Cherniss, 1980; García, 1991; Maslach, 1981; Moreno, Oliver, y Aragonese, 1991; Nagy, 1985; Pines, Aronson, y Kafry, 1981).

Para Maslach y Jackson (1981) este síndrome se caracteriza por la presencia de tres dimensiones que se presentan simultáneamente: *cansancio emocional*, cuando el profesional siente una gran reducción de su capital físico y emocional; *despersonalización* con respuestas frías e impersonales hacia sus pacientes y sentimientos de *baja realización personal* que representa una tendencia a evaluarse negativamente, lo que supone la desaparición del idealismo e ilusión en la ejecución del trabajo. En estos casos, este profesional llega a sentirse infeliz y descontento, consigo mismo y con su trabajo profesional. En este sentido los resultados obtenidos por Deckard y Present (1989), en su investigación realizada en una muestra de 187 fisioterapeutas, apuntan a que la percepción inadecuada de tiempo, personal y recursos junto con la recepción de demandas incompatibles, son los estresores y predictores más significativos del decremento en el bienestar físico y emocional del profesional de la fisioterapia. Igualmente, Schuller, Nelson y Quirling (1984), en una muestra de 160 fisioterapeutas, señalan que aspectos de naturaleza personal y organizacional (tales como falta de comunicación y confianza entre compañeros y superiores, baja autoestima, excesivas demandas y alteraciones en la organización) son predictores significativos de síntomas relevantes del burnout

(actitudes negativas hacia los otros en el puesto de trabajo, insatisfacción en el trabajo y redirección de los intereses fuera del trabajo).

En esta línea, el estudio desarrollado por Donohoe, Nawawi, Wilker, Schindler y Jette (1993), en una muestra de 129 fisioterapeutas, obtienen que la comunicación y conexión con la gente en el puesto de trabajo, el éxito profesional y la presión el tiempo, son los factores asociados con el nivel moderado de burnout en fisioterapeutas. La importancia de la ambigüedad y el conflicto de funciones en el personal de enfermería ha sido puesto de relieve por Gil, Peiró y Valcárcel (1993), que destacan su correlación significativa con las tres dimensiones del burnout. De la revisión de los distintos estudios parece existir un claro consenso en que las variables organizacionales y personales son las más relevantes y anteceden a la ocurrencia del burnout. Consenso que se mantiene en los trabajos de investigación más recientes, donde se profundiza en aspectos específicos de dicha relación, como es el caso del análisis de la sintomatología psicósomática como consecuencia del clima laboral (Boada, De Diego, Agulló, y Mañas, 2005), la respuesta psicofisiológica en la jornada laboral (Moya-Albiol, Serrano, González-Bono, Rodríguez-Alarcón, y Salvador, 2005), o la personalidad resistente como variable moduladora (Moreno, Morett, Rodríguez, y Morante, 2006).

Así, variables organizacionales, tales como *sobrecarga laboral, excesivas demandas, conflicto y ambigüedad de funciones, disfunciones organizacionales, falta de comunicación y retroalimentación e inadecuada plantilla o recursos*, están íntimamente relacionadas con el puesto de trabajo, y al interactuar con el trabajador pueden aumentar la probabilidad de que llegue a padecer el síndrome de burnout. Parece que el estrés que genera esta situación, junto con la exigencia personal de dotar a cada paciente de un tratamiento individualizado y adecuado, provoca fatiga física y emocional en los fisioterapeutas (Wolfe, 1981).

Aunque los *aspectos laborales y organizacionales* son, para la gran mayoría de los autores, los principales motivos por los que la persona puede desarrollar el síndrome de burnout, no se puede obviar la influencia aditiva o moderadora de las *variables personales*, tales como: *objetivos no realistas o disminución de logros o éxito laboral, escasa preparación profesional, falta de confianza en los superiores, baja autoestima inherentes a la persona, frustración relativa y relaciones negativas entre compañeros*, aspectos que responden a características de su personalidad, sentimientos y pensamientos, emociones y actitudes ante la vida en general. Por lo tanto, el fisioterapeuta asistencial es una persona que por sus circunstancias laborales está expuesto a padecer el síndrome de burnout. Dado que las consecuencias que puede tener para este profesional el sufrimiento del citado síndrome abarcan tanto el ámbito físico en forma de fatiga física y emocional, manifestaciones psicósomáticas y abuso de drogas (Deckard, 1989; Donohoe et al., 1993; Maslach y Jackson, 1982; Schuster et al., 1984; Wandling y Smith, 1997; Wolfe, 1981), como el laboral con decremento en la calidad de los cuidados prestados (Bravo, Zurriaga, Peiró, y González, 1993; Deckard, 1989; Donohoe et al., 1993; Schlenz, Guthrie, y Dudgeon, 1995; Schuster et al., 1984; Wolfe, 1981), y el contexto relacional presentando autoconcepto negativo y estrés familiar (Nagy, 1985; Wandling y Smith; Wolfe, 1981), es importante conocer en qué situación se encuentran los fisioterapeutas asistenciales.

Las investigaciones existentes sobre este tema giran en torno al ámbito de la enfermería y son escasos los trabajos disponibles so-

bre fisioterapeutas en el contexto internacional. Siendo excepción los trabajos de Wolfe (1981), Deckard (1989), Donohoe et al. (1993), Schlenz et al. (1995), Schuster et al. (1984), y Wandling y Smith (1997). Desde esta perspectiva, el objetivo de este trabajo fue analizar la prevalencia del *síndrome burnout* en fisioterapeutas españoles y la exploración de diferencias en cuanto a variables sociodemográficas y del puesto de trabajo entre los grupos con burnout y sin burnout, contrastando los resultados obtenidos con los autores mencionados, así como con otros más recientes que si bien no han analizado directamente la profesión objeto de nuestro estudio, sí han incidido en variables moduladoras entre nivel de burnout y ámbito laboral y personal, tales como la implicación en el trabajo (López, Araujo, Osca, y Peiró, 2007), nivel de compromiso con el paciente (Menezes de Lucena, Fernández, Hernández, Ramos, y Contador, 2006), o la conducta de afrontamiento en el trabajo (Salanova, Grau, y Martínez, 2005).

## Método

### Participantes

Para la selección de la muestra se ha elegido como población de interés la formada por los fisioterapeutas de los principales centros asistenciales de las comunidades autónomas de Murcia y Valencia. Estos fisioterapeutas prestan asistencia en hospitales, centros de salud, mutuas de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, funcionalmente están adscritos a los servicios de rehabilitación del hospital, al equipo de coordinación de Atención Primaria y a las especialidades médicas, respectivamente. En el caso de fisioterapeutas de consultas o centros privados, se trata de profesionales autónomos que ejercen su profesión de acuerdo con la legalidad vigente, admitiendo su responsabilidad profesional.

Se diseñó un estudio descriptivo, correlacional y transversal, realizado sobre 462 fisioterapeutas asistenciales. De los 462 cuestionarios enviados se obtuvo una respuesta del 56,49%, correspondiente a los 261 cuestionarios cumplimentados y devueltos, de los cuales 3 no contestaron al Inventario de Burnout, por lo que se desecharon, y el número total de fisioterapeutas para el estudio fue de 258 (166 mujeres [64%] y 92 varones [36%]). El 52,32% (n= 135) desarrollan su actividad en hospitales públicos, el 17,44% (n= 45) en centros de salud, el 2,7% (n= 7) en hospitales privados, el 21% (n= 55) en clínicas privadas, el 5% (n= 13) en mutuas laborales, y el 1,16% en hospitales-fundación. La edad media de los fisioterapeutas es de 34,67 (DT= 10,45).

### Procedimiento

Para la recogida de datos se efectuaron comunicaciones telefónicas con los responsables del centro para informar del estudio, contando con el consentimiento de los mismos, se procedió al envío por correo postal de los instrumentos.

### Instrumentos

*Cuestionario de valoración del puesto de trabajo.* Este cuestionario está formado por diez escalas que valoran aspectos generales y relacionales del contexto laboral del fisioterapeuta (Serrano, 2005). Con la denominación *aspectos generales* se agrupan seis escalas relacionadas con: *ambiente físico, factores de sobrecarga, disponibilidad de recursos, estresores organizacionales, factores organizacionales y factores personales*. En cuanto a los *aspectos*

relacionales integran cuatro escalas relativas a: *relaciones con superior*, *relaciones con iguales*, *relaciones con paciente* y *relaciones con familiares*. La escala de *ambiente físico* ofrece información de las características físicas generales del espacio laboral donde el fisioterapeuta asistencial desarrolla su actividad. Consta de 4 ítems cuyo formato de respuesta es un continuo de medida de frecuencia con la que el fisioterapeuta ha experimentado esa situación, existen cuatro opciones de respuesta (0= nunca o casi nunca, 1= de vez en cuando, 2= con frecuencia, 3= siempre o casi siempre). El rango de puntuaciones se encuentra entre 0 y 12. Los ítems hacen referencia a la iluminación, ruido, temperatura y distracciones en el ambiente de trabajo. La consistencia interna (coeficiente alfa de Cronbach) fue de 0,53. *Factores de sobrecarga* esta escala valora la carga laboral y emocional del fisioterapeuta en su trabajo. Está integrada por ocho ítems que evalúan la frecuencia con la que el fisioterapeuta ha experimentado esa situación (0= nunca o casi nunca, 1= de vez en cuando, 2= con frecuencia, 3= siempre o casi siempre). El rango de puntuaciones se encuentra entre 0 y 27. Se consideran cuestiones tales como la percepción de fatiga muscular, molestias, pacientes dependientes, posturas inadecuadas, tareas reiterativas y número de pacientes. La consistencia interna fue de 0,71. *Disponibilidad de recursos*, aspecto que hace referencia a recursos materiales y personales del profesional de la Fisioterapia. Esta escala está formada por 6 ítems en relación a disponibilidad de camilla de tratamiento regulable en altura, de tiempo suficiente para realizar el trabajo adecuadamente, descansos, cambio de procedimientos o técnicas, entrenamiento para prevenir lesiones, personal y material para no sobrecargar el trabajo. El rango de puntuaciones se encuentra entre 0 y 18. La consistencia interna fue de 0,33. *Estresores organizacionales* reúne un conjunto de variables que miden aspectos tales como la ambigüedad o conflicto de funciones, indefensión aprendida, demandas emocionales del profesional sanitario. Esta escala está formada por 6 ítems en relación al sentimiento de grandes responsabilidades, sobrecarga de actividades, incertidumbre en decisiones relativas a su tarea, inhibición en situaciones desagradables y excesiva exigencia profesional. El rango de puntuaciones se encuentra entre 0 y 18. La consistencia interna fue de 0,60. *Factores organizacionales* son variables en relación a su participación en la estructura organizativa de la empresa. Está formada por 4 ítems que manifiestan la participación en la toma de decisiones, el control sobre el trabajo efectuado, la comunicación de errores y el salario justo en comparación con otros profesionales del centro. El rango de puntuaciones se encuentra entre 0 y 12. La consistencia interna fue de 0,41. *Factores personales* abarca aspectos relativos a la percepción de excesiva carga laboral, ambiente laboral, personalidad resistente, autoeficiencia, autoconcepto y expectativas personales. Está formada por 9 ítems que muestran si trabaja próximo a sus límites físicos, si en caso de molestia o lesión continúa trabajando, si ha estado de baja laboral durante el último año, sentimiento de satisfacción al pensar que realiza la tarea igual o mejor que el más cualificado, superación sin ayuda ante cambios laborales, familiares o sociales, sentimiento de solucionar problemas de salud de sus pacientes, trabaja con rigor esforzándose por el éxito, se considera buen profesional en su categoría, estima que sus proyectos laborales, de vida, familiares, sociales y económicos se van cumpliendo. El rango de puntuaciones se encuentra entre 0 y 27. La consistencia interna fue de 0,55.

Los aspectos relacionales agrupan variables que informan sobre las interacciones del fisioterapeuta en el ambiente laboral y las influencias que ejercen los superiores, pares, paciente y familiares

respecto a su trabajo. Las *relaciones con superior* nos aportan conocimientos sobre las relaciones con su superior, sus apoyos y recompensas. Está formada por 4 ítems: puede opinar y ser tenido en cuenta por su superior/médico, le apoya su superior ante conflictos laborales, le recompensa verbal/materialmente por buen trabajo o trabajo extra. El rango de puntuaciones se encuentra entre 0 y 12. La consistencia interna fue de 0,69. *Relaciones con iguales* nos informan sobre las relaciones laborales con sus compañeros. Consta de 3 ítems: sus compañeros le comprenden, apoyan y ayudan, habla y bromea con sus compañeros fisioterapeutas, habla y bromea con otros compañeros. El rango de puntuaciones se encuentra entre 0 y 9. La consistencia interna fue de 0,47. *Relaciones con paciente* nos ofrece datos referentes a las relaciones y compromisos con el objeto de su trabajo. Está formada por 5 ítems: tutea a su paciente, habla con su paciente de temas ajenos a su patología, le exige a su paciente rigor en la realización de las actividades terapéuticas ordenadas por usted, trata a su paciente sin delegar en nadie. El rango de puntuaciones se encuentra entre 0 y 15. La consistencia interna fue de 0,42. *Relaciones con familiares* que estiman las influencias familiares y locus de control externo en el trabajo. Está formada por 3 ítems: sus familiares y amigos le comprenden y ayudan en temas laborales, su familia le facilita soluciones a problemas laborales que le preocupan, ante situación difícil/novedosa busca consejo/ayuda de alguien con autoridad en la materia. El rango de puntuaciones se encuentra entre 0 y 9. La consistencia interna fue de 0,45.

*Inventario de Burnout (MBI)*. Se utilizó la versión española (Maslach y Jackson, 1997), que incluye 22 ítems destinados a medir el estrés laboral asistencial, mediante la valoración de las tres dimensiones contempladas: *cansancio emocional (AE)*, *despersonalización (DP)* y *realización personal (RP)*. Se contesta sobre un continuo de medida de frecuencia de los sentimientos, en las que existen 7 opciones de respuesta probable desde: nunca (0), pocas veces al año o menos (1), una vez al mes o menos (2), pocas veces al mes (3), una vez a la semana (4), pocas veces a la semana (5), y todos los días (6). En las tres subescalas, la puntuación mínima alcanzada es de 0, mientras que la máxima es de 54 para cansancio emocional, 30 para despersonalización y 48 para realización personal.

En la adaptación española (Maslach y Jackson, 1997) se obtuvo una consistencia interna (coeficiente alfa de Cronbach) de 0,90 para la escala de AE; 0,79 para DP y 0,71 para RP. Además se encontró una fiabilidad test-retest (intervalo de 2 a 4 semanas) de 0,82 para AE, 0,60 para DP y 0,80 para RP. Para la versión española se encontró una relación positiva entre cansancio emocional y despersonalización. Esta relación varió a través de diferentes muestras de profesionales asistenciales, siendo de 0,61 en el ámbito sanitario. Por otro lado, las relaciones entre RP y las otras dos escalas son negativas. En la muestra obtenida de personal sanitario fue de -0,18 RP y AE y de -0,16 la encontrada entre RP y DP. Aunque estos valores varían bastante de unas muestras a otras.

Para identificar el burnout severo se consideran aquellos sujetos que obtienen altas puntuaciones en las subescalas de AE y DP (centiles de 67 a 99) y bajas en la subescala de RP (centiles de 1 a 33). De este modo, las puntuaciones medias de las tres dimensiones AE, DP y RP que ocupan el tercio central de una distribución normal (centiles de 34 a 66) reflejan niveles moderados de burnout. Y, por último, las bajas puntuaciones de las dimensiones AE, DP (centiles de 1 a 33) y altas en la dimensión de RP (centiles de

67 a 99) representan la ausencia del síndrome en los fisioterapeutas analizados. En esta investigación se consideró que una persona padecía burnout cuando sus puntuaciones en AE y en DP se situaban a partir del percentil 66, y las de RP por debajo del percentil 33. También se tuvo en cuenta a aquellos sujetos que presentaron puntuaciones extremas en algunas de las tres dimensiones del burnout.

### Resultados

Se encontró que el 4% (n= 10) de la muestra de fisioterapeutas presentó burnout severo. En la tabla 1 pueden observarse las características de la muestra estudiada, así como las frecuencias de

fisioterapeutas con y sin burnout severo en relación a las variables sociodemográficas.

### Burnout y variables sociodemográficas

Respecto al género, el síndrome del burnout se presenta con igual proporción entre mujeres 50% (5) y hombres 50% (5), pero dado que la composición de la muestra está formada por un número significativamente más alto de mujeres (próximo a la proporción de 2 a 1), obtenemos un 3% de mujeres fisioterapeutas con burnout, frente al 5,4% de varones fisioterapeutas con burnout.

En cuanto a la edad, *existe* una mayor frecuencia 70% (7) de fisioterapeutas con burnout en la franja de edad comprendida entre

Tabla 1 Características de la muestra, frecuencia de fisioterapeutas con y sin burnout severo en relación a las variables sociodemográficas						
	Frecuencia	No burnout	Alguna dimensión	Sí burnout	Sí burnout % del total	Sí burnout % parcial
<b>Género</b>						
Mujer	166	80	81	5	50%	3%
Varón	92	43	44	5	50%	5,4%
<b>Edad</b>						
21-35	167	75	85	7	70%	4.2%
36-45	31	20	11	0	0	0
46-62	60	28	29	3	30%	5%
<b>Comunidad</b>						
Murciana	138	60	73	5	50%	3.6%
Valenciana	120	63	52	5	50%	4.2%
<b>Sistema sanitario</b>						
Público	180	90	90	7	70%	3.9%
Privado	75	30	35	3	30%	4%
Fundación	3	3	0	0	0	0
<b>Centro asistencial</b>						
Hospital público	135	64	67	6	60%	4.4%
Centro de salud	45	24	21	1	10%	2.2
Hospital privado	7	2	4	0	0	0
Clínica privada	55	26	25	2	20%	3.6%
Mutua laboral	13	4	8	1	10%	7.7%
Hospital-Fundación	3	3	0	0	0	0
<b>Estudios</b>						
Sin estudios adicionales	179	80	92	9	90%	5%
Otra diplomatura	57	29	26	1	10%	1.8%
Licenciatura	4	4	0	0	0	0
Master o esp. universitario	9	5	2	0	0	0
Doctorado	0	0	0	0	0	0
Varios estudios	9	4	5	0	0	0
<b>Situación laboral</b>						
Fijo	131	62	65	3	30%	2.3%
Contratado	109	48	55	6	60%	5.5%
Otra situación (sustituto)	5	2	3	0	0	0
Autónomo	13	11	1	1	10%	7.7%
<b>nº horas trabajo/día</b>						
<7 horas	15	8	68	0	0	0
7 horas	165	7	25	7	70%	4.2%
>7 horas	78	3	32	3	30%	3.8%
<b>Tiempo en el actual trabajo</b>						
<1 año	60	34	25	1	10%	1.7%
1 a 3 años	49	20	26	3	30%	6.1%
3 a 10 años	75	34	38	3	30%	4%
10 a 20 años	32	17	15	0	0	0
>20 años	42	21	21	3	30%	7.1%

los 21 a 35 años, seguida del 30% (3) de las fisioterapeutas que oscilan entre 46 y 62 años y ausencia del síndrome para las fisioterapeutas de la muestra con edades comprendidas entre los 36 y 45 años. Sin embargo, teniendo en cuenta los distintos tamaños de las muestras correspondientes a las tres franjas de edad, cabe destacar que para las fisioterapeutas de 21 a 35 años la frecuencia del síndrome es del 4,2% y del 5% para las de edades comprendidas entre 46 y 62 años. Lo que viene a indicar que el burnout se presenta en los períodos laborales iniciales y finales, siendo su presencia ligeramente superior en la etapa laboral final del fisioterapeuta (46 y 62 años).

En relación a los estudios realizados, el 90% (9) de las fisioterapeutas con burnout no ha cursado otros estudios, lo que representa el 5% de su muestra respectiva (n= 179); el 10% (1) sí ha realizado otros estudios, lo que significa el 1,8% de su muestra correspondiente (n= 57).

Con relación al sistema sanitario, de las 10 fisioterapeutas con burnout, el 70% (7) trabajan en el sistema sanitario público, lo que representa el 3,9% del total de la muestra que trabajan en el sistema sanitario público (n= 180); el otro 30% (3) con burnout desarrollan su actividad en el sistema sanitario privado, lo que supone el 4% de las fisioterapeutas del estudio que trabajan en el sector privado (n= 75). Por lo tanto, el síndrome burnout se presenta con igualdad porcentual en ambos sistemas sanitarios.

Para la variable centro asistencial, de las 10 fisioterapeutas con burnout, el 60% (6) trabajan en hospitales públicos, el 20% (2) en clínicas privadas, el 10% (1) en centros de salud y el otro 10% (1) en mutuas laborales. Los hospitales públicos son los que mayor porcentaje de burnout presentan, lo que supone el 4,4% de su muestra.

Centrándonos en la situación laboral, el 60% (6) de las fisioterapeutas con burnout son trabajadores contratados, lo que supone el 5,5% de su muestra (n= 109); el 30% (3) son fijos de plantilla, lo que significa el 2,3% de su muestra (n= 131); y el 10% (1) restante se encuentra en la situación laboral de autónomo, lo que representa el 7,7% de su muestra (n= 13).

Con relación al número de horas de trabajo por día, el 70% (7) de las fisioterapeutas que manifiestan burnout trabajan 7 horas al día y el 30% (3) trabajan jornadas laborales superiores a 7 horas, lo que representa el 4,2% y el 3,8% de sus muestras respectivas.

Respecto a la antigüedad laboral, un 30% (3) de las fisioterapeutas con burnout tienen antigüedad laboral superior a 20 años, lo que representa el 7,1% de su muestra (n= 42); otro 30% (3) con el síndrome de burnout lleva de 1 a 3 años trabajando en su actual puesto, lo que supone el 6,1% de su muestra (n= 49); un 30% (3) de los que manifiestan el citado síndrome están entre 3 y 10 años

en su trabajo actual, lo que significa el 4% de su muestra (n= 75), y sólo el 10% (1) de los que sufren burnout lleva menos de un año en su trabajo actual, lo que supone el 1,7% de su muestra (n= 60). El porcentaje más elevado de burnout se da en fisioterapeutas con una antigüedad laboral superior a 20 años con el 7,1% de su muestra específica, seguido de las fisioterapeutas noveles que tienen antigüedades inferiores a 3 años con el 6,1% de su respectiva muestra.

En suma, los resultados de nuestro estudio señalan la tendencia de una mayor proporción de fisioterapeutas varones con burnout, entre los de edades maduras (46-62 años), que trabajan tanto en el sistema privado como en el público y con antigüedades laborales superiores a 20 años.

En relación a las dimensiones del burnout, en la tabla 2 se puede apreciar la distribución de porcentajes sobre la muestra total en cada una de las dimensiones del burnout, así como los promedios y desviaciones típicas obtenidas en cada una de las escalas del burnout y según los criterios de clasificación. Por último, para la muestra total de fisioterapeutas se encontró que la media total en cansancio emocional fue de 21,39 (DT= 11,05), en despersonalización fue de 5,74 (DT= 4,92), y en realización personal fue de 38,65 (DT= 7,52).

#### *Burnout y características del puesto de trabajo*

Para cada una de las variables del puesto de trabajo se realizó un ANOVA a fin de conocer la existencia de diferencias entre las fisioterapeutas que manifiestan el síndrome de burnout severo frente a las que manifiestan puntuaciones elevadas en alguna de las dimensiones del burnout y el resto de la muestra. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas para ambiente físico [ $F_{2,257}= 3,14$ ;  $p= 0,045$ ], y factores de sobrecarga [ $F_{2,256}= 9,46$ ;  $p= 0,000$ ], disponibilidad de recursos [ $F_{2,253}= 5,58$ ;  $p= 0,004$ ], [ $F_{2,257}= 3,14$ ;  $p= 0,045$ ], estresores organizacionales [ $F_{2,253}= 8,95$ ;  $p= 0,000$ ], factores organizacionales [ $F_{2,254}= 3,97$ ;  $p= 0,020$ ] y relaciones con superior [ $F_{2,257}= 4,08$ ;  $p= 0,018$ ]. Así, las fisioterapeutas que presentan burnout obtienen puntuaciones medias más elevadas en la percepción negativa del ambiente físico que los otros dos grupos (sin burnout y con alguna dimensión), también las fisioterapeutas con el citado síndrome presentan puntuaciones medias superiores en factores de sobrecarga laboral y estresores organizacionales en relación a los otros grupos. En cambio, las puntuaciones medias en disponibilidad de recursos, factores organizacionales y relaciones con superior son inferiores para las fisioterapeutas con burnout en relación a los grupos que no manifiestan el citado síndrome o presentan alguna de sus dimensiones (tabla 3).

Tabla 2

Resultados obtenidos en las tres subescalas del MBI, según la clasificación de Maslach y Jackson con los siguientes criterios: cansancio emocional (bajo <15; medio de 15 a 24; alto > 24); despersonalización (bajo <3; medio de 4 a 9; alto > 9); y realización personal (baja >39; medio de 33 a 39; alta <33)

Cansancio emocional		
Bajo (percentil de 1 a 33)	Medio (percentil de 34 a 66)	Alto (percentil >66)
34,11% Media= 9,25; DT= 3,87	30,59% Media= 19,7; DT= 2,84	35,3% Media= 33,67; DT= 6,46
Despersonalización		
Bajo (percentil de 1 a 33)	Medio (percentil de 34 a 66)	Alto (percentil >66)
50,9% Media= 1,11; DT= 1,05	27,8% Media= 6,33; DT= 1,59	21,3% Media= 13,20; DT= 3,34
Realización personal		
Baja (percentil de 1 a 33)	Medio (percentil de 34 a 66)	Alto (percentil >66)
50,4% Media= 43,99; DT= 3,03	30,2% Media= 36,00; DT= 1,83	19,4% Media= 26,96; DT= 5,65

En el resto de las escalas, factores personales, relaciones con iguales, relaciones con paciente y relaciones con familiares no se encontraron diferencias estadísticamente significativas.

Tabla 3

Medias y desviaciones típicas en las variables del puesto de trabajo en función de la presencia de burnout

	Media	Desviación típica	Sig.
<b>Ambiente físico</b>			
Sin burnout	7,98	2,16	,045
Alguna dimensión elevada	8,63	2,06	
Con burnout	8,70	1,57	
Total	8,33	2,11	
<b>Factores de sobrecarga</b>			
Sin burnout	11,74	4,28	,000
Alguna dimensión elevada	14,18	4,90	
Con burnout	14,90	4,93	
Total	13,04	4,76	
<b>Disponibilidad de recursos</b>			
Sin burnout	9,36	2,99	,004
Alguna dimensión elevada	8,16	2,97	
Con burnout	7,67	2,06	
Total	8,71	3,01	
<b>Estresores organizacionales</b>			
Sin burnout	6,69	2,62	,000
Alguna dimensión elevada	7,97	2,41	
Con burnout	8,44	1,81	
Total	7,37	2,57	
<b>Factores organizacionales</b>			
Sin burnout	5,68	2,73	,020
Alguna dimensión elevada	4,77	2,57	
Con burnout	4,56	1,33	
Total	5,20	2,65	
<b>Factores personales</b>			
Sin burnout	16,67	3,14	,567
Alguna dimensión elevada	16,24	3,33	
Con burnout	16,63	3,07	
Total	16,46	3,23	
<b>Relaciones con superior</b>			
Sin burnout	12,24	3,70	,018
Alguna dimensión elevada	10,98	3,91	
Con burnout	10,10	4,67	
Total	11,55	3,88	
<b>Relaciones con iguales</b>			
Sin burnout	6,49	2,08	,834
Alguna dimensión elevada	6,34	2,47	
Con burnout	6,60	2,50	
Total	6,42	2,29	
<b>Relaciones con paciente</b>			
Sin burnout	11,06	2,39	,352
Alguna dimensión elevada	11,44	2,05	
Con burnout	11,60	1,84	
Total	11,26	2,21	
<b>Relaciones con familiar</b>			
Sin burnout	6,28	1,85	,328
Alguna dimensión elevada	5,96	2,03	
Con burnout	6,60	1,78	
Total	6,13	1,94	

## Discusión y conclusiones

En nuestro trabajo detectamos un 4% de los fisioterapeutas estudiados con burnout. Como era de esperar, no son muchos los fisioterapeutas que sufren un síndrome tan intenso como el descrito. La práctica asistencial quizá no sea tan exigente con el fisioterapeuta como para provocar el síndrome de burnout severo; sin embargo, sí parece suficientemente intensa como para ocasionarle alguna de las alteraciones implicadas en sus dimensiones. De hecho se encontró que más de la tercera parte de los fisioterapeutas asistenciales padece agotamiento emocional y aproximadamente la quinta parte de la misma sufre las otras dos dimensiones del burnout.

En esta línea se encuentran los resultados obtenidos en otras investigaciones (Schlenz et al., 1995; Schuster et al., 1984; Wandling y Smith, 1997; y Castro et al., 2006). En relación al género son los varones fisioterapeutas de nuestro estudio los que presentan burnout en una proporción aproximada del doble con respecto a las mujeres. Este dato nos parece relevante y no coincidente con las escasas investigaciones (Schlenz et al., 1995; Schuster et al., 1984; Castro et al., 2006) que se han realizado acerca del estudio del burnout en fisioterapeutas. Existen otros estudios (Atance, 1997; MacMurray, Linzer, Honrad, Douglas, Shugerrman, y Nelson, 2000) en el ámbito sanitario que apuntan que el burnout en las mujeres está presente en mayor proporción que en sus compañeros masculinos. En general, las investigaciones consultadas no destacan como diferencia significativa del síndrome el género de la muestra.

Respecto a la edad del grupo de fisioterapeutas que presenta burnout cabría señalar dos tendencias: un porcentaje ligeramente superior de burnout para los fisioterapeutas con edades entre 46 y 62 años y un porcentaje menor entre los fisioterapeutas asistenciales de entre 21 y 35 años. Este dato también nos parece interesante considerando las edades de la muestra desde la perspectiva de la trayectoria laboral, en las que podemos diferenciar un primer período de 21 a 35 años desde que el fisioterapeuta finaliza sus estudios e inicia su primera etapa laboral (etapa en la que muchos fisioterapeutas continúan estudiando especialidades, becas en el extranjero, cursan otra diplomatura o licenciatura, otros fisioterapeutas consiguen sus primeros empleos, que cambian con frecuencia, por lo que consideramos este primer período como una primera fase formativa y de inicios en el mundo laboral); un segundo período de 36 a 45 años, en el que el profesional de la fisioterapia se encuentra asentado y estable en su puesto laboral; y, por último, el tercer período, que comprende desde los 46 a los 62 años y que se puede considerar como el período maduro y final del fisioterapeuta asistencial en su actividad laboral.

Algunas investigaciones (Atance, 1997; Schuster et al., 1984), no aportan consenso sobre este dato, en el sentido de que consideran la edad de más de 44 años como variable del perfil del personal sanitario con riesgo de burnout, en cambio otros trabajos obtuvieron que el grupo de fisioterapeutas con síntomas de burnout tenía una edad media de 32 años (DT= 7,7). Otros estudios (Bachman y Freeborn, 1999; Belloch, Renovell, Calabui, y Gómez, 2000; Graham, Ramírez, Field, y Richards, 2000; Guthrie, Black, Bagalkote, Shaw, y Campbell, 1998; Kapur, Appleton, y Neal, 1999; Moloney y MacDonald, 2000; Tyssen, Vaglum, Gronvold, y Ekerberg, 2000) ponen de manifiesto una mayor vulnerabilidad al estrés laboral en los primeros años de desarrollo de la carrera profesional, debido a la incertidumbre, percepción de carga de traba-

jo muy elevada y sentido de pérdida de control sobre el contexto de trabajo.

Con relación al sistema sanitario y centro asistencial, la igualdad porcentual de fisioterapeutas con el síndrome de burnout tanto en el sistema sanitario privado como en el sistema sanitario público apunta a la independencia de esta variable con respecto al padecimiento del burnout. Sin embargo, al observar los porcentajes de burnout de cada centro asistencial comprobamos un mayor nivel del síndrome en los fisioterapeutas que desarrollan su actividad profesional en centros asistenciales públicos, por lo que nuestros resultados son coincidentes con los resultados de Schuster et al. (1984), que señalan que la mitad de los fisioterapeutas que habían manifestado síntomas de burnout desarrollan su actividad asistencial en hospitales generales de cuidados agudos. No obstante, en la investigación de Wandling y Smith (1997) obtienen niveles menores de burnout para los 5 puestos de trabajo diferentes del fisioterapeuta asistencial.

En cuanto a los estudios realizados, nuestros resultados apuntan la existencia de una gran mayoría de fisioterapeutas con burnout y sin otros estudios realizados. Probablemente la carencia de estudios adicionales pueda ser interpretada como escasez de recursos para el afrontamiento de las demandas laborales actuales. Otras investigaciones no hacen referencia explícita a la variable estudios, no obstante, el estudio de Schuster et al. (1984) señala la escasa preparación profesional del fisioterapeuta como una de las causas potenciales del burnout.

Respecto a la variable situación laboral, más de la mitad de los fisioterapeutas con síndrome de burnout son contratados. Pensamos que el hecho de no tener estabilidad en el trabajo (ser contratados) puede ser una fuente de estrés por incertidumbre en su puesto laboral.

En relación al número de horas de trabajo al día, nuestros resultados apuntan a que casi las tres cuartas partes de los fisioterapeutas que manifiestan burnout trabajan 7 horas al día. Por lo que no parece que la acumulación de horas de trabajo sea una variable relevante en la explicación de este síndrome.

Para la variable antigüedad laboral, casi una tercera parte de los fisioterapeutas con burnout tiene una antigüedad laboral superior a 20 años, otra tercera parte llevan de 1 a 3 años trabajando en su actual puesto, y el otro tercio tiene una antigüedad entre 3 y 10 años en su trabajo actual. Nuestros resultados coinciden con otras investigaciones (Atance, 1997; Schuster et al., 1984), que señalan que el grupo de fisioterapeutas con síntomas de burnout tienen una antigüedad laboral superior a 5 años. En el ámbito sanitario de atención primaria y atención especializada una de las variables del perfil del sanitario con burnout es llevar más de 11 años en su centro de atención especializada.

Las diferencias estadísticamente significativas encontradas del grupo de fisioterapeutas con burnout en relación a las variables laborales o del puesto de trabajo apuntan a una peor valoración del ambiente físico, mayor percepción de sobrecarga laboral y estresores organizacionales y un sentimiento de menor disponibilidad de recursos, factores organizacionales y relaciones con superior de dicho grupo con burnout respecto a los otros dos grupos (sin burnout y con alguna dimensión). Estos resultados son acordes con los resultados de Schuster et al. (1984) cuando señalan que factores tales como sobrecarga laboral, disfunciones organizacionales y excesivas demandas laborales son variables predictoras de actitudes negativas, insatisfacción en el puesto de trabajo y redirección de los intereses fuera del trabajo, que es lo que refleja el perfil anteriormente mencionado del grupo de fisioterapeutas con burnout. En esta línea también se sitúan los resultados de Deckard y Present (1989) al obtener que la percepción de demandas y recursos inadecuados son potentes estresores y predictores de la disminución del bienestar físico y emocional de los fisioterapeutas, que sin duda son aspectos nucleares del síndrome. Igualmente, Donohoe et al. (1993) destacan que aspectos relativos a factores organizacionales y disponibilidad de recursos explican un elevado porcentaje de la variabilidad de las dimensiones del burnout en fisioterapeutas asistenciales.

Por último, conviene destacar que aunque el porcentaje de fisioterapeutas con burnout aparentemente no es muy alto (4%), sin embargo, es un porcentaje destacable para un síndrome tan intenso que requiere la presencia conjunta de las tres dimensiones del mismo: cansancio emocional, despersonalización y reducida realización personal, que es indicativo de una situación de deterioro mental muy relevante.

Sin embargo, en este trabajo no se aborda la influencia que variables de personalidad, de carácter emocional, de implicación en el trabajo, compromiso con el paciente o de estrategias afrontamiento puedan tener en la presencia de burnout en fisioterapeutas, y que han resultado relevantes en otro tipo de población (Garcés de los Fayos, 1999; López Araujo et al., 2007; Menezes de Lucena et al., 2006; Moreno et al., 2006; Salanova et al., 2005).

En este sentido, futuras investigaciones en este ámbito sanitario deberían analizar la influencia de estos factores internos sobre la incidencia del burnout en fisioterapeutas, en la línea de los modelos transaccionales que plantean la existencia del burnout como una confluencia de variables estresantes de índole laboral y/o personal y su interacción con variables de personalidad (Gil y Peiró, 1997; Moreno, González, y Garrosa, 2001), así como el de investigar potenciales líneas de intervención y prevención que se muestren eficaces ante el burnout en fisioterapeutas.

## Referencias

- Atance, J.C. (1997). Aspectos epidemiológicos del síndrome de burnout en personal sanitario. *Revista Española de Salud Pública*, 71, 293-303.
- Bachean, K.H., y Freeborn, D.K. (2000). HMO physicians' use of referrals. *Society Scientific Medical*, 48, 547-57.
- Belloch, S.L., Renovell, V., Calabuig, J.R., y Gómez, L. (2000). Síndrome de agotamiento profesional en médicos residentes de especialidades médicas hospitalarias. *Anales de Medicina Interna*, 17, 118-122.
- Boada, J., De Diego, R., y Agulló, E. (2004). El burnout y las manifestaciones psicósomáticas como consecuentes del clima organizacional y de la motivación laboral. *Psicothema*, 16(1), 125-131.
- Bravo, M.J., Zurriaga, R., Peiró, J.M., y González, P. (1993). Un modelo causal sobre los antecedentes y consecuentes del estrés de rol en profesionales de la salud. *Psicología de la Salud*, 5, 19-36.
- Castro, A.M., Rodríguez, M.L., Moreno, C., Vicente, C., Arroyo, M., y Fernández, M.J. (2006). Prevalencia del síndrome de burnout en fisioterapia. *Fisioterapia*, 28(1), 17-22.
- Cherniss, C. (1980). *Staff burnout*. Londres: Sage publications.
- Deckard, G.J., y Present, R.M. (1989). Impact of role stress on physical therapists emotional and physical well-being. *Physical Therapy*, 69, 713-718.

- Donohoe, E., Nawawi, A., Wilker, L., Schindler, T., y Jette, D. (1993). Factors associated with burnout of physical therapists in Massachusetts rehabilitation hospitals. *Physical Therapy*, 73, 750-761.
- Garcés de Los Fayos, E.J. (1999). *Burnout en deportistas: un estudio de la influencia de variables de personalidad, sociodemográficas y deportivas en el síndrome*. Tesis doctoral no publicada. Murcia: Universidad de Murcia.
- García, M. (1991). Burnout en profesionales de enfermería de centros hospitalarios. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 7, 3-12.
- Gil, P.R., y Peiró, J.M. (1997). *Desgaste psíquico en el trabajo: el síndrome de quemarse*. Madrid: Síntesis.
- Gil, P.R., Peiró, J.M., y Valcárcel P. (1993). Estrés de rol y autoconfianza como variables antecedentes en el síndrome de burnout en profesionales de enfermería. En L. Munduate y M. Barón: *Gestión de recursos humanos y calidad de vida laboral*. Sevilla: Eudema.
- Gram, J., Ramírez, A.J., Field S., y Richards, M.A. (2000). Job stress and satisfaction among clinical radiologists. *Clinical Radiology*, 55, 182-185.
- Guthrie, E., Black, D., Bagalkote, H., Shaw, C., y Campbell, M. (1998). Psychological stress and burnout in medical students: A five-year prospective longitudinal study. *Journal Research Society Medical*, 91, 237-243.
- Kapur, N., Appleton, K., y Neal, R.D. (1999). Sources of job satisfaction and psychological distress in GPs and medical house officers. *Family Practice*, 16, 600-601.
- López Araujo, B., Osca, A., y Peiró, J.M. (2007). El papel modulador de la implicación con el trabajo en la relación entre el estrés y la satisfacción laboral. *Psicothema*, 19, 81-87.
- MacMurray, J.E., Linzer, M., Honrad, T.R., Douglas, J., Shugerman, R., y Nelson, K. (2000). The work lives of women physicians results from the physician work life study. The SGIM Career Satisfaction Study Group. *Journal General Internal Medical*, 15, 372-380.
- Maslach, C. (1976). Burned out. *Human Behaviour*, 9, 16-22.
- Maslach, C. (1981). Understanding burnout: Definitional issues in analyzing a complex phenomenon. En W.S. Paine (ed.): *Job, stress and burnout: Research, theory and intervention perspectives*. Beverly Hills: Sage Publications.
- Maslach, C., y Jackson, S.E. (1982). Burnout in health professions: A social psychological analysis. En G. Sanders y J. Suls (ed.): *Social psychology of health and illness*. Nueva Jersey: Lawrence Erlbaum.
- Maslach, C., y Jackson, S.E. (1986). *Maslach Burnout Inventory*, 2<sup>a</sup> ed. California: Consulting Psychologist Press.
- Maslach, C., y Jackson, S.E. (1997). *MBI: Inventario «Burnout» de Maslach. Síndrome del «quemado» por estrés laboral asistencial*. Madrid: Ediciones TEA.
- Menezes de Lucena, V.A., Fernández, B., Hernández, L., Ramos, F., y Contador, I. (2006). Resiliencia y el modelo burnout-engagement en cuidadores formales de ancianos. *Psicothema*, 18(4), 791-796.
- Molones, J., y MacDonald, J. (2000). Psychiatric training in New Zealand. Psychiatric training in New Zealand. *Australian and New Zealand Journal Psychiatry*, 34, 146-153.
- Moreno, B., González, J.L., y Garrosa, E. (2001). Desgaste profesional (burnout), personalidad y salud percibida. En J. Buendía y F. Ramos (comp.): *Empleo, estrés y salud*. Madrid: Pirámide.
- Moreno, B., Morett, N.I., Rodríguez, A., y Morante, M.E. (2006). La personalidad resistente como variable moduladora del síndrome de burnout en una muestra de bomberos. *Psicothema*, 18(3), 413-418.
- Moreno, B., Oliver, C., y Aragoneses, A. (1991). El burnout, una forma específica de estrés laboral. En G. Buela-Casal y V.E. Caballo (comp.): *Manual de psicología aplicada*. Madrid: Siglo XXI.
- Moya-Albiol, L., Serrano, M.A., González-Bono, E., y Rodríguez-Alarcón, G. (2005). Respuestas psicofisiológicas de estrés en una jornada laboral. *Psicothema*, 17(2), 205-211.
- Nagy, S. (1985). Burnout and selected variables as components of occupational stress. *Psychological Reports*, 56, 195-200.
- Pines, A., Aronson, E., y Kafry D. (1981). Burnout: From tedium to personal growth. En C. Cherniss (ed.): *Staff burnout: Job stress in the human services*. Nueva York: The Free Press.
- Salanova, M., Grau, R.M., y Martínez, I.M. (2005). Demandas laborales y conductas de afrontamiento: el rol modulador de la autoeficacia profesional. *Psicothema*, 17(3), 390-395.
- Schlenz, K.C., Guthrie, M.R., y Dudgeon, B. (1995). Burnout in occupational therapists and physical therapists working in head injury rehabilitation. *American Journal of Occupational Therapy*, 49, 986-993.
- Schuster, N.D., Nelson, D.L., y Quisling, C. (1984). Burnout among physical therapists. *Physical Therapy*, 64, 299-303.
- Serrano, M.F. (2005). *Riesgos por demandas físicas y sociolaborales en fisioterapeutas asistenciales*. Tesis doctoral no publicada. Murcia: Universidad de Murcia.
- Tysen, R., Vaglum, P., Gronvold, N.T., y Ekeberg, O. (2000). The impact of job stress and working conditions on mental health problems among junior house officers. A nationwide Norwegian prospective cohort study. *Medical Education*, 34, 374-384.
- Wandling, B.J., y Smith, B.S. (1997). Burnout in orthopaedic physical therapists. *Journal Orthopaedic Sports Physical Therapy*, 26, 124-130.
- Wolfe, G.A. (1981). Burnout of therapists. *Physical Therapy*, 61, 1046-1050.