

Desgaste profesional en los técnicos de emergencias sanitarias del soporte vital básico del País Vasco

SENDOA BALLESTEROS PEÑA¹, SERGIO LORRIO PALOMINO¹, JAVIER ROLLÁN VALLEJOS²

¹Bilbao SAMUR - Protección Civil. Ayuntamiento de Bilbao. España. ²Emergentziak-Osakidetza, España.

CORRESPONDENCIA:

Sendoa Ballesteros Peña
SAMUR - Protección Civil
Ayuntamiento de Bilbao, España
E-mail:
sendoa.ballesteros@gmail.com

FECHA DE RECEPCIÓN:

1-9-2011

FECHA DE ACEPTACIÓN:

14-9-2011

CONFLICTO DE INTERESES:

Ninguno

AGRADECIMIENTOS:

A la Unión de Técnicos en
Emergencias Sanitarias de
Euskadi (OSALATEK).

Objetivos: Cuantificar los niveles de desgaste profesional entre los técnicos en emergencias sanitarias (TES) de los recursos de soporte vital básico (SVB) del País Vasco y estudiar su asociación a las variables sociolaborales más habituales.

Métodos: Estudio exploratorio de corte transversal sobre una muestra representativa (intervalo de confianza del 95% y precisión del 9%) compuesta de 98 TES, obtenida mediante una técnica aleatoria estratificada por sector de trabajo, a los que se les administró una encuesta sobre las características sociolaborales y el *Maslach Burnout Inventory* (MBI) como test de evaluación psicométrica. Posteriormente se realizó la estadística descriptiva y el contraste de hipótesis para una significación del 95%.

Resultados: Presentaron puntuaciones en la escala MBI compatibles con síndrome de desgaste profesional (SDP) 87 trabajadores (88,8%; IC95% 80,9-94,3%), los niveles globales de afectación fueron considerados como elevados o muy elevados en 61 sujetos (62,2%; IC95% 51,9-71,8%) y moderados en 26 (26,5%; IC95% 18,1-36,4). Presentaron mayores proporciones de afectación global en grado elevado los TES con mayor experiencia laboral ($p < 0,05$). Los TES con un nivel académico más bajo presentaron menores puntuaciones en la subescala cansancio emocional ($p < 0,05$) y una mayor antigüedad en el sector se correlacionó con un mayor sentimiento de falta de logro profesional ($p < 0,05$).

Conclusiones: La prevalencia del SDP en los TES del SVB del País Vasco es muy elevada y es superior a la documentada en otros profesionales del ámbito sanitario. Una mayor antigüedad profesional se asocia a niveles elevados de SDP, sin embargo deben explorarse otras variables como posibles causas del síndrome en este colectivo. [Emergencias 2012;24:13-18]

Palabras clave: Agotamiento profesional. Servicios médicos de urgencia. Salud laboral.

Introducción

La salud laboral se construye en un ambiente de trabajo adecuado, con condiciones laborales justas, donde los trabajadores puedan desarrollar una actividad con dignidad y donde sea posible su participación para la mejora de las condiciones de salud y seguridad. El trabajo puede considerarse una fuente de salud porque, mediante él, las personas consiguen una serie de aspectos positivos y favorables para la misma. No obstante, el trabajo también puede causar diferentes daños a la salud de tipo psíquico, físico o emocional, según sean las condiciones sociales y materiales donde se realice¹. Entre los daños laborales de carácter psicosocial considerados como más importantes en la actualidad internacional, se encuentra el desgaste profesional, habitualmente conocido por el anglicismo de síndrome de *Burnout*².

El síndrome de desgaste profesional (SDP) puede definirse como una respuesta al estrés laboral crónico, integrado por actitudes y sentimientos negativos hacia las personas con las que se trabaja y hacia el propio rol profesional, así como por la vivencia de encontrarse emocionalmente agotado. Las personas que se encuentran en permanente contacto con los demás e interactúan cuidando de otros, con repercusión directa sobre la vida de las personas, dentro de organizaciones de logros evaluados y/o desbordados por las demandas de la población, son potenciales afectados por este SDP. Esta respuesta ocurre, por tanto, con gran frecuencia en los trabajadores de la salud, producto de la relación profesional-paciente y/o profesional-organización^{3,4}. Asociados al síndrome se describen alteraciones emocionales y conductuales, psicósomáticas y sociales, pérdida de la eficacia la-

boral y alteraciones de la vida familiar. Dentro del ámbito sanitario, el desgaste profesional puede afectar a la comunicación y a la toma de decisiones clínicas. Además, justificaría situaciones de absentismo laboral, motivadas por problemas en la salud tanto física como mental, y son frecuentes desde situaciones depresivas hasta la ingesta de psicofármacos o el aumento de hábitos tóxicos⁵⁻⁷. Asimismo, se ha observado una fuerte asociación⁸ entre el estrés psicosocial generado por el trabajo y un aumento del riesgo de desarrollar afecciones físicas o mentales. Trastornos de estrés emocional y físico o desgaste profesional son cuadros que también han sido documentados en estudios observacionales^{9,10} sobre trabajadores de los servicios de emergencias médicas (SEM) extrahospitalarios. Las condiciones y el ámbito laboral de estos profesionales, que responden ante situaciones de emergencia, hacen pensar que puedan ser un colectivo notablemente sensible a esta patología.

El objetivo de este trabajo se centra en estudiar los niveles y la prevalencia del desgaste profesional, así como su relación con determinadas variables personales y sociolaborales, entre los técnicos en emergencias sanitarias (TES) de las unidades de soporte vital básico (SPV) del País Vasco (CAPV).

Método

Se realizó un estudio exploratorio de corte transversal durante un periodo comprendido entre febrero y julio de 2011. Se establecieron como criterios de inclusión a todos los TES destinados, durante el periodo de estudio, en unidades de SVB de la Red de Transporte Sanitario Urgente del País Vasco. No se incluyeron en el estudio a los voluntarios del sector. Se aplicó un muestreo aleatorio estratificado proporcional por sector de trabajo (organización no gubernamental –ONG–, empresa privada o administración pública). El tamaño muestral fue determinado para un intervalo de confianza del 95% y una precisión del 9% para la situación más desfavorable ($p = q = 0,5$). Para la recogida de datos se diseñó un cuestionario anónimo en doble formato, en papel y en soporte electrónico, consistente en una encuesta de variables sociodemográficas y laborales diseñada *ad hoc* para la investigación y una prueba de estimación psicométrica para medir desgaste profesional. Los cuestionarios en papel fueron administrados directamente por el grupo investigador y su versión informatizada se administró utilizando el correo electrónico.

La encuesta sobre variables sociodemográficas y laborales registró datos referentes a edad, sexo,

estado civil, nivel académico, antigüedad profesional, situación laboral y centro de trabajo. Para la valoración psicométrica de desgaste profesional se aplicó la versión para servicios humanos del *Maslach Burnout Inventory* (MBI-HSS), en su adaptación española validada¹¹, orientada a quienes trabajan en la prestación de servicios asistenciales que implican involucrarse mucho con sus pacientes/clientes. El MBI mide la frecuencia e intensidad del SDP¹² y es la herramienta más utilizada en la mayor parte de los estudios, y se considera un instrumento válido para la medición del síndrome¹³. Consta de 22 ítems de respuesta múltiple (escala de Likert de 0 a 6) y en él se pueden diferenciar tres subescalas que valoran, a su vez, las tres dimensiones mayoritariamente aceptadas como definitorias del SDP: a) cansancio emocional (CE), conformado por 9 ítems, su puntuación se relaciona directamente a la intensidad del síndrome, es decir, a mayor puntuación, mayor es el grado de cansancio experimentado; b) despersonalización (DP), constituida por 5 ítems, su puntuación también guarda relación directa; y c) falta de realización personal (FRP), conformada por 8 ítems. En este caso, la puntuación obtenida muestra relación inversa a los niveles de desgaste.

Para categorizar las puntuaciones totales obtenidas en cada subescala en niveles de afectación, se utilizó los puntos de corte descritos en la literatura¹¹. Para ello se consideró que, en la subescala CE, puntuaciones de 27 o superiores serían indicativas de nivel elevado, el intervalo 19-26 correspondería a un nivel moderado y las puntuaciones por debajo de 19 indicativas de niveles de bajos. Para la dimensión DP, puntuaciones superiores o iguales a 10 serían nivel elevado, 6-9 moderado y menos de 6, bajo. En la subescala de FRP, puntuaciones iguales o inferiores a 33 indicarían una elevada sensación de falta de realización, entre 34 y 39 moderada y 40 o más una baja sensación de falta de logro.

Dado que la relación entre la puntuación obtenida y el grado de desgaste es dimensional¹⁴, se consideró la presencia de desgaste profesional el detectar una o más dimensiones alteradas en un trabajador, utilizando como base otros estudios^{15,16} que siguieron el mismo criterio. Asimismo, para cuantificar el grado global de afectación por SDP, se clasificaron a los participantes en cuatro niveles: a) grado bajo o sin afectación para trabajadores que en las puntuaciones de corte se encontraron dentro de los límites marcados como normales en las tres subescalas del MBI; b) grado moderado, si puntuaron con niveles moderados en al menos una subescala; c) grado elevado, si

presentaron en una subescala puntuaciones elevadas; y d) grado muy elevado, si fueron más de una las subescalas puntuadas como elevadas.

El análisis estadístico se realizó mediante los paquetes informáticos PASW 17 y EpiInfo 3.5.1. Los resultados de las variables categóricas se expresan en frecuencias absolutas y distribuciones porcentuales con intervalos de confianza del 95% (IC95%) obtenidos por el método exacto de Miettinen. Las variables cuantitativas se describen utilizando medidas de centralización, dispersión y rango. En el contraste de hipótesis se aplicó el test de ji al cuadrado o prueba exacta de Fisher; la prueba U de Mann Whitney o el test H de Kruskal Wallis y correlaciones de Pearson, y se consideró un nivel de significación bilateral de 95% ($p < 0,05$). La magnitud de la asociación al SDP en función de diferentes variables de exposición se evaluó mediante el cálculo de la *odds ratio* (OR) y sus intervalos de confianza del 95% (considerando variable de efecto "afectado-no afectado por SDP"). Para el cálculo de los niveles de consistencia interna de cada ítem dentro del cuestionario de evaluación MBI se empleó el estadístico α de Cronbach y se consideraron como aceptables los valores de $\alpha > 0,50$ ¹⁷. Las representaciones gráficas de los datos se realizaron mediante diagrama de barras con sus respectivas barras de error estándar (IC95%) y diagrama de cajas.

Resultados

Participaron en el estudio 98 TES (46 pertenientes a ONG/asociaciones sin ánimo de lucro, 47 a empresas privadas y 5 a la administración pública), donde 79 (80,6%) fueron hombres con una edad media de 34,1 años (desviación estándar -DE-: 7,2; rango: 20-52) y 19 (19,4%) mujeres con una edad media de 33,7 años (DE: 4,8; rango: 26-4). La antigüedad laboral media en el sector fue de 9,8 años (DE: 5,7). Presentaron puntuaciones en la escala MBI-HSS compatibles con SDP 87 trabajadores (88,8%; IC95% 80,8-94,3%) y los niveles globales de afectación fueron considerados como elevados o muy elevados en 61 sujetos (62,2%; IC95% 51,9-71,8%) y moderados en 26 (26,5%; IC95% 18,1-36,4) (Figura 1).

La dimensión que presentó un mayor número de afectados fue la DP, con 67 trabajadores (68,4%; IC95% 58,2-77,4%), seguida de la FRP con 61 (62,2%; IC95% 51,9-71,8%) y el CE con 37 (37,7%; IC95% 28,2-5,12%) (Figura 2). Las puntuaciones mediana obtenidas en cada subescala se representan en la Figura 3.

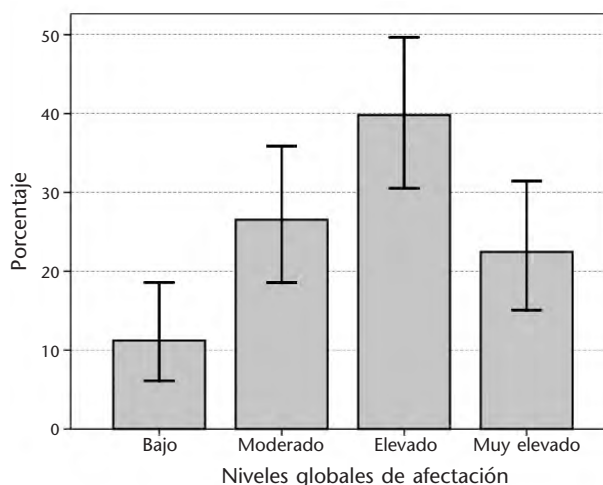


Figura 1. Distribución porcentual según el grado de afectación por el síndrome de desgaste profesional acorde a las puntuaciones del *Burnout Maslach Inventory* (MBI-HSS).

Treinta y tres técnicos (33,7%; IC95% 24,4-43,9%) presentaron puntuaciones sugestivas de afectación en una única subescala, frente a 30 profesionales (30,6%; IC95% 21,7-40,7%) con 2 y 24 (24,5%; IC95% 16,3-34,2%) con 3 dimensiones alteradas. Se objetivó una correlación positiva entre las puntuaciones obtenidas en CE y DP ($r = 0,517$; $p < 0,001$) y negativa entre CE y FRP ($r = -0,307$; $p < 0,01$).

El nivel de consistencia interna de cada subescala calculado mediante el coeficiente α de Cronbach, arrojó los siguientes valores: $\alpha = 0,901$ para CE; $\alpha = 0,625$ para DP y $\alpha = 0,777$ para FRP.

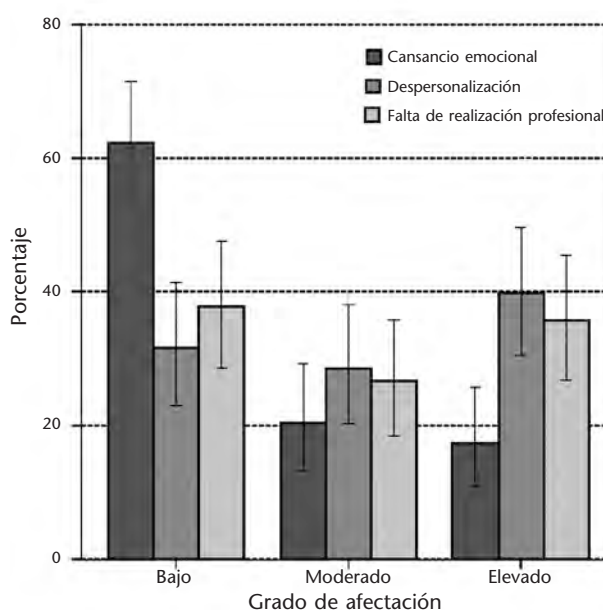


Figura 2. Distribución porcentual según grado de afectación en cada dimensión definitoria del síndrome de desgaste profesional.

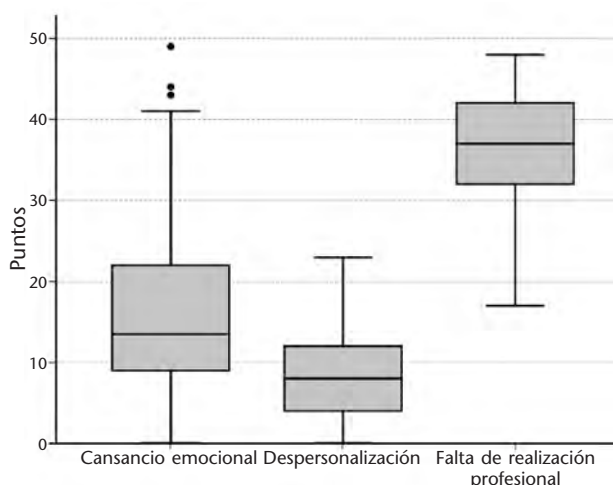


Figura 3. Puntuaciones obtenidas, por subescala, en el *Maslach Burnout Inventory* (MBI-HSS).

En el análisis bivariado no se encontraron relaciones estadísticamente significativas al asociar las variables sexo ($p = 0,686$), edad ($p = 0,726$), estado civil ($p = 0,239$), nivel académico ($p = 0,712$), situación laboral ($p = 0,253$) o centro de trabajo ($p = 0,261$) y el grado de afectación por SDP (Tabla 1). Sin embargo, los trabajadores con medianas de antigüedad profesional más altas, sí presentaron mayores proporciones de afectación en grado elevado/muy elevado ($H_{(2)} = 6,978$; $p < 0,05$).

Al estudiar la asociación entre las variables sociolaborales y las puntuaciones obtenidas en cada una de las tres subescalas estudiadas, se observó significación estadística al contrastar los resultados de CE y el nivel de estudios ($H_{(2)} = 6,445$; $p = 0,04$), y obtuvieron menores cifras aquellos trabajadores con educación básica frente a aquellos con bachillerato o estudios superiores. El recuento en la dimensión DP rozó la significación estadística al enfrentarla con la variable sexo ($p = 0,051$), que resultó más baja en las mujeres. De la misma manera, bordeó también el valor crítico la mejor puntuación de los hombres en la subescala FRP ($p = 0,051$). También se correlacionó la antigüedad profesional con puntuaciones más elevadas en la evaluación de los sentimientos de falta de logro ($r = 0,218$; $p = 0,031$).

Discusión

Los resultados de este estudio revelan que el ejercicio profesional de los TES del SVB del País Vasco se comporta como una tarea con muy alto grado de desgaste, con una prevalencia de afectación global de entre el 80,8 y el 94,3%. Por ello, es posible afirmar que los TES de este sector presentan mayores niveles de desgaste que los referidos por estudios nacionales sobre el colectivo sanitario¹⁸⁻²¹ y cercanos a los detectados

Tabla 1. Análisis de la asociación entre el síndrome de desgaste profesional y diversos factores de exposición

	Total n (%; IC95%)	Afectados n	No afectados n	OR cruda (IC95%)
Sexo				
Hombre	79 (80,6; 71,4-87,9)	69	10	0,38 (0,02-3,3)
Mujer	19 (19,4; 12,1-28,6)	18	1	1 (referencia)
Edad				
> 40 años	19 (19,4; 12,1-28,6)	16	3	0,59 (0,08-4,3)
31-40 años	49 (50,0; 39,7-60,3)	44	5	0,98 (0,2-5,3)
≤ 30 años	30 (30,6; 21,7-40,7)	27	3	1 (referencia)
Sector de trabajo				
Sector público	5 (5,1; 1,7-11,5)	4	1	0,49 (0,03-13,8)
Sector privado	47 (48,0; 37,8-58,3)	42	5	1,02 (0,2-4,5)
ONG	46 (46,9; 36,8-55,3)	41	5	1 (referencia)
Estado civil				
Casado/Unión Libre	46 (46,9; 36,8-57,3)	39	7	0,46 (0,10-1,9)
Soltero/Divorciado	52 (53,1; 42,7-63,2)	48	4	1 (referencia)
Nivel académico				
Universitario	11 (11,2; 5,7-19,20)	9	2	0,39 (0,03-4,7)
Bachillerato/FP	62 (63,3; 52,9-72,8)	55	7	0,68 (0,09-4,0)
Educación básica	25 (25,5; 17,2-35,3)	23	2	1 (referencia)
Situación laboral				
Sustituto	15 (15,3; 8,8-24,0)	12	3	0,31 (0,03-2,7)
Interino	55 (56,1; 45,7-66,1)	49	6	0,63 (0,08-3,8)
Fijo	28 (28,6; 19,9-38,6)	26	2	1 (referencia)
Antigüedad profesional				
< 10 años	49 (50,0; 39,7-60,3)	43	6	0,81 (0,2-3,3)
≥ 10 años	49 (50,0; 39,7-60,3)	44	5	1 (referencia)

OR: odds ratio; IC95%: intervalo de confianza del 95%; ONG: organizaciones no gubernamentales; FP: Formación profesional.

en el personal de emergencias médicas de Nueva York, muy próximos al 100%²² o médicos residentes de Madrid²³. Además, es de reseñar que, entre el 51,9% y 71,8% de los afectados, lo es en alto grado, lo cual indica un proceso evolucionado. Desgraciadamente, no hemos localizado publicaciones nacionales sobre los niveles y prevalencia de desgaste profesional o *burnout* en el colectivo de TES para permitir una comparación justa con estos resultados. Respecto al efecto de las variables sociolaborales estudiadas, salvo en el caso de la antigüedad profesional, no se ha encontrado otras diferencias significativas que se asocien a mayores niveles de afectación global. La relación existente entre estadios más leves del SDP y una breve experiencia laboral es un hallazgo habitual descrito anteriormente en la literatura por múltiples autores²⁴⁻²⁶. Por otro lado, al contrastar los resultados de cada subescala con las distintas variables sociolaborales registradas en el formulario, se puede apreciar relaciones estadísticamente significativas entre el nivel de estudios y el grado de CE: los trabajadores con menor cualificación estaban menos aquejados que aquéllos con mayor nivel académico. Además, también se ha mostrado que, a mayor antigüedad profesional en el sector, mayores son los sentimientos de frustración profesional. Este resultado no hace más que poner de manifiesto el carácter evolutivo de la sintomatología del SDP.

A la luz de estos hallazgos, que no resultan suficientes para explicar la elevada prevalencia del proceso, se podría apuntar a que el origen de la sintomatología de desgaste se encuentra, no en las características sociales de los trabajadores, sino en otras causas más complejas aún no definidas. Algunos aspectos merecedores de estudios posteriores podrían aproximarse a la búsqueda de los factores etiológicos del SDP en situaciones de mal ambiente laboral, falta de reconocimiento profesional y social, sobrecarga de trabajo y presión asistencial o bajas retribuciones salariales.

Las mayores limitaciones del presente estudio residen en el grado de sinceridad de los participantes a la hora de contestar el cuestionario, si bien los resultados de la prueba de confiabilidad de consistencia interna han sido satisfactorios. Aparte de este matiz, también es destacable la enorme dificultad que supone el muestreo aleatorio estratificado, al tratarse de una población muy dispersa a lo largo de la geografía vasca.

La prevalencia del SDP y la importancia de las consecuencias que éste implica en el ámbito social y laboral justifican la necesidad de realización de estudios que identifiquen y cuantifiquen los ni-

veles de desgaste, que investiguen los factores causales en cada comunidad y que aboguen por la implementación de estrategias de prevención o intervención en el contexto organizativo laboral. El SDP representa un proceso pernicioso en el ámbito sanitario que no sólo afecta al individuo de manera unitaria, sino a la comunidad profesional. Todo ello tiene más importancia, si cabe, si asumimos que el SDP puede llegar a tener repercusiones desfavorables sobre el rendimiento y la calidad asistencial del trabajador²⁷. La toma de conciencia sobre la problemática podría favorecer la creación de planes de diagnóstico, afrontamiento o prevención por parte de las instituciones, ya que una sociedad inteligente debe, indiscutiblemente, cuidar a sus cuidadores.

Bibliografía

- 1 Parra M. Conceptos básicos en Salud Laboral. Santiago de Chile: Organización Internacional del Trabajo; 2003.
- 2 Bresó E, Salanova M, Schaufeli WB, Nogareda C. NTP 732: Síndrome de estar quemado por el trabajo o burnout (III): instrumento de medición. [online]. Madrid: Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo - Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales - Gobierno de España; 2007. (Consultado 13 Junio 2011). Disponible en: http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/Fichas-Tecnicas/NTP/Ficheros/701a750/ntp_732.pdf
- 3 Aiken LH, Sloane DM. Effects of organizational innovations in AIDS care on burnout among urban hospital nurses. *Work and Occupation*. 1997;24:453-77.
- 4 Thomaé MNV, Ayala EA, Sphan MS, Stortti MA. Etiología y prevención del síndrome de Burnout en los trabajadores de la salud. *Revista de Postgrado de la Vía Cátedra de Medicina*. 2006;153:18-21.
- 5 Aiken LH, Clarke SP, Sloane DM. Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout and job dissatisfaction. *JAMA*. 2002;288:1987-993.
- 6 Flórez Lozano JA. Síndrome de estar quemado. Barcelona: Edikete med; 1994.
- 7 Moreno B, Oliver C, Pastor JC, Aragoneses A. El Burnout, una forma específica de estrés laboral. *Manual de psicología clínica*. Madrid: Siglo XXI; 1990.
- 8 Siegrist, J. Condiciones laborales y desigualdades en salud. Hacia la equidad en Salud: Monitorización de los determinantes sociales de la salud y reducción de las desigualdades en salud. [online] Madrid: Ministerio de sanidad y política social - Gobierno de España; 2010. (Consultado 2 Junio 2011). Disponible en: <http://www.sespas.es/adminweb/uploads/docs/Documento%20Presidencia%20Esp.%20Hacia%20la%20Equidad%20en%20Salud.pdf>
- 9 Alexander DA, Klein S. Ambulance personnel and critical incidents. *Br J Psychiatry*. 2001;178:76-81.
- 10 Van Der Ploeg E, Kleber RJ. Acute and chronic stressor among ambulance personnel: predictors of health symptoms. *J Occup Environ Med*. 2003;60:40-6.
- 11 Seisdedos N. Manual MBI, Inventario Burnout de Maslach. Madrid: Ediciones TEA; 1997.
- 12 Maslach C, Jackson SE, Leiter MP. Maslach Burnout Inventory. 3rd Ed. Palo Alto: Consulting Psychologist Press; 1996.
- 13 Gil-Monte P. Validez factorial de la adaptación al español del Maslach Burnout Inventory General Survey. *Salud Pública Mex*. 2002;44:33-40.
- 14 González Rodríguez VM, González Corrales R, de la Gándara Martín, JJ. El médico con burnout. Conceptos básicos y habilidades prácticas para el médico de familia. 1ª ed. Madrid: IMC; 2004.
- 15 Martínez García M, Centeno Cortés C, Sanz-Rubiales A, del Valle ML. Estudio sobre el Síndrome de Burnout en profesionales de Enfermería de Cuidados Paliativos del País Vasco. *Revista Médica de la Universidad de Navarra (Pamplona)*. 2009;53:3-8.
- 16 Ramírez AJ, Gram J, Richards MA, Cull A, Gregory WM, Learning MS, et al. Burnout and psychiatric disorder among cancer clinicians. *Br J Canc*. 1995;71:1263-9.

- 17 George D, Mallery P. SPSS/PC+ Stepby: A Simple Guide and Reference. Belmont: Wadsworth Publishing Company; 1995.
 - 18 Bernaldo de Quirós M, Labrador FJ. Evaluación del estrés laboral y burnout en los servicios de urgencia extrahospitalaria. *Int J Clin Health Psychol.* 2007;7:323-35.
 - 19 Amutio Kareaga A, Ayestaran Etxebarria S, Smith JC. Evaluación del burnout y bienestar psicológico en los profesionales sanitarios del País Vasco. *Revista de Psicología del Trabajo y de la Organizaciones (Madrid).* 2008;24:235-52.
 - 20 Sánchez Rodríguez Manzanque A, de Lucas García N, García-Ochoa Blanco MJ, Sánchez Ferrer C, Jiménez Fraile JA, Bustinza Arriortua A. Estrés laboral en el profesional de un servicio de emergencias pre-hospitalario. *Emergencias.* 2001;13:170-5.
 - 21 Fonseca M, Sanclemente G, Hernández C, Visiedo C, Bragulat E, Miró O. Residentes, guardias y síndrome de burnout. *Rev Clin Esp.* 2010;210:209-15.
 - 22 Essex B, Benz Scott L. Chronic stress and coping strategies among volunteer EMS personnel. *Prehosp Emerg Care.* 2008;12:69-75.
 - 23 Fernández Martínez O, Hidalgo Cabrera C, Martín Tapia A, Moreno Suárez S, García del Río García B. Burnout en médicos residentes que realizan guardias en un servicio de urgencias. *Emergencias.* 2007;19:116-21.
 - 24 Atance JC. Aspectos epidemiológicos del Síndrome de Burnout en personal sanitario. *Rev Esp de Salud Pública (Madrid).* 1997;71:293-303.
 - 25 Ríos Riesquez MI, Godoy Fernández C. Burnout y salud percibidos en una muestra de enfermería de urgencias [online]. *Revista electrónica de la Sociedad Española de Enfermería de Urgencias y Emergencias.* 2007; 56.
 - 26 Albadejo R, Villanueva R, Ortega P, Astasio P, Calle ME, Domínguez V. Síndrome de Burnout en el personal de enfermería de un hospital de Madrid. *Rev Esp Salud Pública.* 2004;78:505-16.
 - 27 Vahey DC, Aiken LH, Sloane DM, Clarke SP, Vargas D. Nurse Burnout and Patient Satisfaction. *Med Care.* 2004;42(Supl. II):57-76.
-

Professional burnout among basic life support caregivers in the Basque Country

Ballesteros Peña S, Lorrio Palomino S, Rollán Vallejos J

Objectives: To quantify the level of professional burnout among emergency medical responders who provide basic life support in the Basque Country of Spain and to explore the association between professional burnout and conventional social and occupational variables.

Methods: Exploratory cross-sectional study of a representative sample (reporting 95% confidence intervals [CI]; precision of 9%). The sample consisted of a stratified random selection of 98 emergency medical responders. The participants answered the Maslach Burnout Inventory (MBI), a psychometric questionnaire covering social and occupational characteristics. Descriptive statistics were compiled and comparisons between subgroups were considered significant at a level of $P < .05$.

Results: Eighty-seven emergency responders (88.8%; 95% CI, 80.8%-94.3%) had MBI scores compatible with professional burnout syndrome. The global score indicated high or very high risk of burnout in 61 (62.2%; 95% CI, 51.9%-71.8%) and moderate risk in 26 (26.5%; 95% CI, 18.1%-36.4%). Responders who had been working longer in the field were at higher risk of burnout ($P = .031$). A lower educational level correlated with lower scores on the subscale for feeling drained of emotional energy ($P = .04$). Longer experience in the profession correlated with a feeling of achieving less than one should ($P = .031$).

Conclusions: The prevalence of risk of professional burnout syndrome is very high among emergency medical responders in the Basque Country and is higher than the prevalence identified among other groups of health care professionals. Spending a longer period in the profession is associated with high risk of burnout. However, additional variables should be explored to discover the possible reasons for burnout in these professionals. [*Emergencias* 2012;24:13-18]

Key words: Professional burnout. Emergency health services. Occupational health.