



Anales de Psicología

ISSN: 0212-9728

servpubl@fcu.um.es

Universidad de Murcia

España

Segura Bernal, Jordi; Ferrer Ventura, Marta; Palma Sevillano, Carolina; Ger Cabero, Sandra;
Domènec Cortés, Marga; Gutiérrez Blanch, Isabel; Cebrià Andreu, Jordi
Valores personales y profesionales en médicos de familia y su relación con el síndrome del burnout
Anales de Psicología, vol. 22, núm. 1, junio, 2006, pp. 45-51
Universidad de Murcia
Murcia, España

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=16722106>

- ▶ Cómo citar el artículo
- ▶ Número completo
- ▶ Más información del artículo
- ▶ Página de la revista en redalyc.org

 redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

Valores personales y profesionales en médicos de familia y su relación con el síndrome del *burnout*

Jordi Segura Bernal*, Marta Ferrer Ventura, Carolina Palma Sevillano, Sandra Ger Cabero, Marga Domènec Cortés, Isabel Gutiérrez Blanch y Jordi Cebrià Andreu

Universitat Ramon Llull (España)

Resumen: El objetivo de este estudio es analizar si existen diferencias en los valores de los médicos de Atención Primaria con niveles altos o bajos de *burnout*. La muestra quedó constituida por 61 médicos que habían participado anteriormente en un estudio longitudinal iniciado en 1999. En la primera evaluación participaron 528 médicos de la provincia de Barcelona y en la presente se han evaluado aquellos que obtuvieron las puntuaciones extremas en desgaste profesional.

Para la recogida de datos se aplicó un cuestionario de datos sociodemográficos, la versión española del MBI (*Maslach Burnout Inventory*) y un cuestionario de valores validado con trabajadores del ICS (Institut Català de la Salut).

Se observan diferencias significativas entre ambos grupos en los valores de Altruismo ($p=0,01$), Confidencialidad ($p=0,013$) y Abnegación ($p=0,036$). Asimismo se aprecia una correlación directa entre Inmediatez-Cansancio Emocional ($p<0,05$), una relación inversa entre Altruismo-Cansancio Emocional ($p<0,01$) y Altruismo-Despersonalización ($p<0,05$).

En suma, todo parece indicar que algunos valores personales y profesionales se asocian a la presencia o ausencia de *burnout*. Paralelamente, la percepción de conflicto entre los valores personales y los profesionales podría favorecer la presencia de *burnout*.

Palabras clave: *Burnout*; valores; médicos; atención primaria.

Title: Personal and professional values in primary care physicians and your relation with burnout syndrome.

Abstract: The aim of the current study was to analyse the differences in values of Primary Care doctors with high or low scores in burnout. 61 Primary Care doctors with extremely scores in burnout who participated in a longitudinal study started in 1999 were chose. In the first assessment were interviewed 528 subjects from Barcelona's northern countries.

There were used a sociodemographic questionnaire data, the Spanish version of the Maslach Burnout Inventory (MBI) and a values questionnaire that was validated in ICS (Institut Català de la Salut) workers sample. Statistically meaningful differences were observed in the following values between groups: Altruism ($p=0,01$), Confidentiality ($p=0,013$) and Abnegation ($p=0,036$). Data shows a direct correlation between Impatience-Emotional Exhaustion ($p<0,05$), inverse relations between Altruism-Emotional Exhaustion ($p<0,01$) and Altruism-Depersonalisation ($p<0,05$). The study shows some personal and professional values are associated with high or low levels of burnout. In the same way the conflict perception between personal and professional values could be associated with high scores in burnout.

Key words: *Burnout*; values; physicians; primary care.

Introducción

El desgaste de las personas que trabajan en profesiones de ayuda es un tema que preocupa cada vez más. En los últimos años múltiples investigaciones se han ocupado del síndrome del *burnout* en profesionales de la salud, tanto en los servicios de urgencias como de vigilancia intensiva. A nivel estatal, los resultados de estos estudios, han confirmado la presencia de este síndrome entre los profesionales de las áreas de atención primaria (Olivar, González y Martínez, 1999; Caballero, Bermejo, Nieto, y Caballero, 2001; Prieto, Robles, Salazar y Daniel, 2002; Martínez, Magaña, Bru, Franco y Segura, 2003). También se ha analizado, en el último decenio, la relación del *burnout* con variables como la satisfacción profesional, las características sociodemográficas o los rasgos de personalidad (Cebrià, Segura, Corbella, Sos, Comas, García, Rodríguez, Pardo y Pérez 2001; Sos, Sobrequés, Segura, Manzano, Rodríguez, García y Cebrià, 2002; Sobrequés, Cebrià, Segura, Rodríguez, García y Juncosa, 2003).

A partir de las distintas aportaciones teóricas en relación con el *burnout* cabría destacar que se trata de un fenómeno multicausal, complejo y poliédrico, en el que intervienen gran variedad de factores: desde variables personales hasta

variables organizacionales. En este sentido, como propusimos anteriormente, todo parece indicar que los valores personales y organizacionales tienen un peso específico en la explicación de este fenómeno (Cebrià, Palma, Ferrer y Gutiérrez, 2004). Nuestra hipótesis no es nueva. Ya Lamberts y Hofmans-Okkes (1996) apuntaron la necesidad de utilizar modelos de valores para analizar la actuación de los profesionales en atención primaria y, posteriormente, Altun (2002) comprobó la relación entre el *burnout* y los valores profesionales, en un estudio realizado con personal de enfermería turco. En esta misma línea, Byng, Cairós y Duchan (2002) propusieron la combinación de valores personales y valores organizacionales para explicar los procesos de satisfacción/insatisfacción en las profesiones de ayuda.

Más allá de la tradicional concepción sociológica que ha tratado los valores como una “cosa social”, el enfoque psicosocial propone una perspectiva dual y los considera tanto un objeto social como una creencia interna de la persona. En esta línea, Rokeach consideró los valores como:

creencias relativamente permanentes de que un modo de conducta particular o un estado de existencia es personal y socialmente transferible a modos alternos de conducta o estados de existencia (en Salazar, 1979: p.110-111).

Entendidos así, los valores no son sólo un objeto creado y compartido por los miembros de un grupo social o de una cultura, sino que se reconstruyen constantemente a través de las interacciones humanas y las personas los hacen suyos de un modo particular y diferenciado.

* Dirección para correspondencia [Correspondence address]: Jordi Segura Bernal. Facultat de Psicología, Ciències de l'Educació i de l'Esport Blanquerna. Universitat Ramon Llull. c/ Císter 34, Barcelona 08022 (Barcelona, España). E-mail: jordisb@blanquerna.url.edu

Schwartz (1990, 1992, 1994), a partir de su teoría estructural, completó la clasificación de Rokeach destacando la dimensión transcultural del valor y el papel de la socialización en el proceso de adquisición individual de los valores – en especial a través del grupo ocupacional-. Propuso, además, que debe mantenerse una visión combinada de los distintos valores, desde el nivel individual hasta el nivel comunitario. La teoría estructural otorga a los valores un papel motivacional al explicar cómo las personas se implican en sus roles sociales y profesionales y cómo determinadas experiencias o fenómenos son compartidos por los individuos y/o grupos, sobre todo cuando ocupan los mismos roles profesionales.

Las investigaciones realizadas por Schwartz y sus colaboradores han demostrado no sólo la universalidad y validez de la estructura de valores, sino también cómo se organizan siguiendo una misma estructura funcional (Smith y Schwartz, 1997). Desde este enfoque, los valores, tanto en las personas como en los grupos, se organizan en función de estructuras pluridimensionales (Schwartz, 1990): una bidimensional (individualista o colectivista), otra tridimensional (las *relaciones individuo-grupo, responsabilidad social y compromiso humano colectivo*) y una tercera, también tridimensional, de carácter específicamente cultural (y no individual) (*conservadurismo vs autonomía; jerarquía vs igualitarismo; y dominio vs autonomía*).

Esta perspectiva plantea muchas posibilidades de estudio. Por ejemplo, sobre la manera de “funcionar” de las personas cuando organizan sus propias categorías de valores, o cómo influye el ejercicio del rol profesional en todo el proceso de construcción y reconstrucción de los valores y sus jerarquías. Creemos que los profesionales insertados en una institución sanitaria se ven obligados a conciliar influencias opuestas y a recuperar constantemente estados internos de equilibrio cognitivo y emocional. Uno de los riesgos del desequilibrio sería la afloración del síndrome del desgaste.

La relación entre los valores y el *burnout* tiene precedentes. Aplicando el modelo de Schwartz, el equipo de Eliason estudió la relación entre los valores personales y la satisfacción de los médicos por su trabajo. Entre otros hallazgos, confirmaron la utilidad del valor Benevolencia como el mejor predictor de satisfacción en los médicos y el Poder Social como el menos importante (Eliason y Schubot, 1995; Schubot, Cayley y Eliason, 1996; Eliason, Guse y Gottlieb, 2000).

Con este estudio nos proponemos conocer el sistema de valores de los médicos así como la relación existente entre sus valores y la prevalencia del *burnout*. Se trata de un estudio longitudinal basado en la teoría del triple conflicto (Cebrià, Palma, Ferrer y Gutiérrez, 2004) inspirada, en parte, en la teoría de Schwartz. Según esta teoría, la colisión entre valores puede propiciar la emergencia del *burnout*, en los médicos. Hablamos de tres posibles conflictos. El primero entre los valores profesionales y los valores de la organización. El segundo entre los valores profesionales (calidad) y los sociales (que dificultan la resolución de esas exigencias). Dicho conflicto se agrava si tenemos en cuenta que el propio médico forma parte de la sociedad. El tercero entre los valores in-

ternos, a su vez implícitos de la profesión médica y fácilmente declarados, y los actos que los médicos deben realizar influenciados por el mismo sistema social. Este tercer conflicto pone de manifiesto un fenómeno de disonancia cognitiva entre las creencias internas del médico y aquello que puede hacer en realidad. Dicha colisión supone una fuente de tensión emocional al disociarse los valores sociales y los valores inherentes a la profesión.

Algunos de estos valores implícitos suponen interés y benevolencia hacia los demás y sustentan actitudes fundamentales hacia la relación de ayuda, que actúan como base motivacional de la carrera profesional. Por esta razón, distinguimos entre unos valores personales, interiorizados por el médico durante su infancia y adolescencia, y unos valores profesionales que el entorno sociocultural incluye en el sector de rol. Los primeros le orientan hacia la relación de ayuda y el sistema sociocultural los concibe como inherentes a la profesión médica. Por otra parte, en cuanto a los valores profesionales, las expectativas de la comunidad respecto la actuación del médico han ido variando en los últimos años. Una primera aproximación a los valores compartidos por los médicos de familia de Cataluña la realizó Peguero (2002), quien se interesó en identificar los valores éticos predominantes en el personal del ICS y que ha servido como punto de partida para este trabajo.

Nos hallamos, pues, ante una visión sociocultural del rol del médico, en tanto que profesional y en tanto que persona que forma parte del sistema. Por esta razón, el objetivo de nuestra investigación es comprobar la relación existente entre el nivel de desgaste emocional de los médicos de familia y sus valores declarados, tanto personales como profesionales.

Método

Participantes

La muestra seleccionada para el estudio estaba compuesta inicialmente por 100 médicos de familia (MF) que habían participado voluntariamente en un estudio iniciado en el año 1999 por el *Grupo Comunicación y Salud* (Cebrià, Segura, Corbella, Sos, Comas, García, Rodríguez, Pardo, y Pérez, 2001). En el estudio inicial los criterios de inclusión contenían los requisitos de ser médico de Atención Primaria (AP) con más de 3 años de antigüedad y estar en activo en el momento del estudio. Se excluyeron odontólogos y pediatras. De entre los 528 participantes de entonces, se seleccionaron, para este estudio, las 50 puntuaciones más elevadas y las 50 más bajas obtenidas en la administración del *Maslach Burnout Inventory* (MBI) (Maslach y Jackson, 1986). Quedaron conformados, así, dos grupos bien diferenciados en cuanto a nivel de desgaste profesional.

A finales del año 2003 se volvió a contactar telefónicamente con los 100 médicos elegidos pidiéndoles una nueva colaboración. De entre todos ellos, 39 fueron excluidos. Aproximadamente un 78% de éstos (n=30) había cambiado de filiación, 8 rechazaron la propuesta de participación en el estudio y uno se encontraba en situación de baja laboral.

La muestra final del estudio quedó conformada, entonces, por 61 MF de centros reformados cuya filiación se ubica en la ciudad de

Barcelona y en las comarcas del norte de la provincia: Maresme, Vallès Oriental, Vallès Occidental, Osona, Bages y Berguedà.

Material

A los participantes se les administró:

1. Un cuestionario de datos sociodemográficos que contenía preguntas de carácter personal y profesional.
2. El MBI (Maslach y Jackson, 1986) para corroborar las puntuaciones obtenidas en el estudio anterior y confirmar la composición de los grupos de comparación finales. Se utilizó la versión validada en población española compuesta por 22 ítems con 7 opciones de respuesta de tipo Likert y compuesto por las siguientes escalas:
 - Cansancio Emocional (CE): hace referencia al sentimiento del sujeto de saturación emocional por el trabajo.
 - Despersonalización (DP): vinculado al estilo de respuesta fría e impersonal hacia el paciente.
 - Realización Personal (RP): relacionado con los sentimientos de competencia y eficacia en la realización del trabajo.
 Como puntos de corte se siguieron los criterios marcados por De las Cuevas (1994) y Luecken (1997). De este modo se consideraron puntuaciones altas en CE aquellas iguales o superiores a 27, mientras que los niveles bajos quedaron definidos por puntuaciones inferiores a 19. Respecto a la escala de DP se consideraron las puntuaciones superiores a 10 e inferiores a 6 como indicativas de los niveles de desgaste. En contrapartida, la escala de RP funciona en sentido opuesto a las anteriores por lo que se consideraron como puntuaciones extremas las inferiores a 33 y las superiores a 40.
3. Un cuestionario de valores previamente validado en una muestra de trabajadores del ICS (Peguero, 2002), en el que se pedía a los participantes que puntuaran una lista de valores profesionales y personales según el orden de importancia personal. El listado de valores personales fue completado siguiendo la propuesta de García (2002).
4. Un cuestionario de preguntas abiertas para que los participantes expresaran brevemente opiniones personales sobre la conflictiva entre los valores personales y los valores organizacionales.

Procedimiento

Se realizó un estudio observacional, descriptivo y transversal. Finalmente fue posible entrevistar a 61 participantes seleccionados. Se consideró que el método de encuesta por correo podría producir un sesgo sobre los resultados, por lo que se optó por programar citas para una entrevista personal con un miembro del equipo de estudio. Los entrevistadores habían unificado previamente las instrucciones que debían dar durante la entrevista y la administración de las pruebas para no pronunciar palabras de alto contenido emocional (como por ejemplo "quemado") que pudieran producir sesgos en las respuestas. Durante la entrevista se obtuvo información sobre las características sociodemográficas y datos laborales de los participantes a los que luego se les administraron las escalas mencionadas.

Tras la fase de recogida de datos se procedió al análisis de datos que se llevó a cabo mediante el paquete estadístico SPSS.11.5. En primer lugar se analizaron los resultados en base a las puntuaciones

obtenidas en el MBI para confirmar y reconformar los grupos de comparación. Posteriormente se procedió al análisis descriptivo de los datos, el comparativo (mediante la prueba t de Student) y la exploración de las variables mediante las pruebas de χ^2 .

Resultados

La Tabla 1 presenta las características sociodemográficas y laborales de los participantes en una distribución por grupos. Hay que destacar el equilibrio en cuanto a las variables estudiadas, excepto en el caso de los profesionales del grupo con puntuaciones más bajas que trabajan mayoritariamente en unidades docentes.

La Tabla 2 presenta las medias y desviaciones estándar de ambos grupos en relación con los tres factores del *burnout*: Cansancio Emocional, Despersonalización y Realización Personal.

La jerarquía de los **valores profesionales** más importantes para el grupo de profesionales con *puntuaciones altas en la escala de burnout*, expresada en medias aritméticas y desviaciones estándar fue: Confidencialidad (5.79; 0.419), Responsabilidad (5.57; 0.507), Respeto (5.52; 0.750), Integridad (5.43; 0.676), Competencia (5.15; 1.040), Calidad (5.00; 0.894), Transparencia (4.95; 1.117), Autonomía (4.95; 1.024), Servicio (4.90; 0.968) y Compromiso (4.85; 1.089). La de los profesionales con *puntuaciones bajas en la escala de burnout* fue: Responsabilidad (5.69; 0.468), Respeto (5.56; 0.641), Integridad (5.40; 0.591), Confidencialidad (5.25; 0.870), Competencia (5.18; 0.712), Calidad (5.13; 0.853), Coordinación (4.85; 0.975), Compromiso (4.85; 0.975), Dedicación (4.83; 0.844) y Solidaridad (4.70; 0.911).

La jerarquía de **valores personales** del grupo con *puntuaciones altas en la escala de burnout* es: Salud (5.38; 0.921), Autonomía (4.48; 1.030), Seguridad (4.33; 0.966), Estabilidad (4.29; 1.056), Control (4.00; 1.095), Altruismo (3.48; 0.981), Comodidad (3.29; 1.146), Inmediatez (3.19; 1.327), Abnegación (2.71; 0.902) y Estética (2.62; 1.161). La jerarquía de valores del grupo con *puntuaciones bajas en la escala de burnout* es: Salud (5.45; 0.749), Autonomía (4.68; 0.888), Altruismo (4.40; 1.008), Seguridad (4.21; 1.105), Estabilidad (4.20; 0.911), Control (3.95; 1.085), Abnegación (3.30; 1.067), Comodidad (3.30; 0.992), Hedonismo (2.92; 1.384) e Inmediatez (2.65; 1.075).

Cuando comparamos la jerarquía de **valores profesionales** entre los grupos con *puntuaciones altas y bajas en la escala de burnout*, no se observaron diferencias estadísticamente significativas en ningún valor respecto a las frecuencias esperadas y observadas en ambos grupos. En cambio, al comparar la jerarquía de **valores personales** se advirtieron diferencias estadísticamente significativas en el valor de altruismo ($p = .031$; $\chi^2 = 10.612$) entre las frecuencias esperadas y las observadas de los dos grupos.

Tabla 1: Comparación de los resultados descriptivos de la muestra.

Características sociodemográficas de la muestra	Grupo con puntuaciones altas	Grupo con puntuaciones bajas	<i>p</i>
<i>Sexo</i>	<i>N (%)</i>	<i>N (%)</i>	.784
Masculino	9 (42.9)	16 (40)	
Femenino	12 (57.1)	24 (60)	
<i>Edad</i>	<i>Media (dt)</i> 44.94 (8.227)	<i>Media (dt)</i> 44.57 (4.953)	.157
<i>Años trabajados en AP</i>	<i>Media (dt)</i> 16.29 (6.743)	<i>Media (dt)</i> 15.73 (5.383)	.397
<i>Años trabajados en el mismo centro de AP</i>	<i>Media (dt)</i> 8.12 (3.951)	<i>Media (dt)</i> 11.05 (5)	.453
<i>Situación laboral</i>	(%)	(%)	.519
Plaza en propiedad	90.5	80	
Contrato laboral	9.5	12.5	
Interinidad	-	7.5	
<i>Titularidad del centro</i>	(%)	(%)	.994
ICS	85.7	85	
Otros	14.3	15	
<i>Ejercen atención continuada</i>	(%)	(%)	.179
Sí	23.8	20	
No	76.2	80	
<i>Práctica</i>	(%)	(%)	.614
Urbana	75	76.9	
Suburbana	15	10.3	
Rural	10	12.8	
<i>Funciona como unidad docente</i>	(%)	(%)	.170
Sí	23.8	40.0	
No	76.2	60.0	
<i>Tutor</i>	(%)	(%)	.256
Sí	14.3	17.5	
No	85.7	82.5	
<i>Ha cambiado de cargo</i>	(%)	(%)	.476
Sí	14.3	15.0	
No	85.7	85.0	

Tabla 2: Medias y Desviaciones estándar de los grupos.

Estadísticos	Grupo con puntuaciones altas	Grupo con puntuaciones bajas	<i>p</i>	Intervalo de confianza
Cansancio Emocional				
<i>Media</i>	33.65	18.95		-18.717 _ -9.859
<i>DT</i>	8.928	7.835	.000	
Despersonalización				
<i>Media</i>	13.20	5.35		
<i>DT</i>	4.663	4.111	.000	-10.188 _ -5.589
Realización Personal				
<i>Media</i>	35.2	40.03		
<i>DT</i>	6.55	5.77	.004	1.583 _ 8.067

En la comparación de medias respecto al grado de **importancia atribuido a los valores profesionales** en ambos grupos, se apreciaron diferencias significativas en el valor de Confidencialidad ($p=.013$; $t=-2.558$). Por otro lado, respecto al grado de **importancia atribuido a los valores personales**, se advirtieron diferencias en los valores de Altruismo ($p=.001$; $t=3.433$) y Abnegación ($p=.036$; $t=2.143$).

Se hallaron, también, correlaciones significativas entre los **valores profesionales** y las escalas del MBI. De este modo, el Respeto por el medio ambiente correlaciona significativamente con la Despersonalización ($p=.030$; $r=0.278$) y

la Confidencialidad correlaciona significativamente con el Cansancio Emocional ($p=.037$; $r=0.273$). Igualmente, como se muestra en la Tabla 3, se encontraron correlaciones significativas entre los **valores personales** y las escalas del MBI.

Tabla 3: Correlaciones (Pearson) entre las escalas del MBI y los valores personales.

Valores personales	MBI CE	MBI DP	MBI RP
Hedonismo	-0.71	0.58	0.187
Comodidad	0.142	-0.058	0.187
Seguridad	0.070	-0.117	0.141
Estética	0.122	0.103	0.419 ^b
Salud	0.1	-0.134	0.019
Inmediatez	0.270 ^a	0.170	-0.021
Estabilidad	0.146	-0.006	-0.154
Altruismo	-0.386 ^b	-0.321 ^a	0.221
Abnegación	-0.120	-0.102	0.129
Control	-0.032	-0.149	0.086
Autonomía	0.037	-0.074	-0.142

^a La correlación es significativa a nivel de .05 (bilateral)

^b La correlación es significativa a nivel de .01 (bilateral)

Como se observa en la Figura 1, se realizó un análisis de frecuencias de las respuestas dadas al cuestionario semiestructurado. En relación a la pregunta “*¿Qué valores tiene en cuenta en la práctica cotidiana?*” ambos grupos coincidieron en 9 de los 10 valores propuestos como prioritarios. Sólo se diferenciaron los valores de Autonomía (grupo *con puntuaciones altas en la escala de burnout*) vs Trabajo en equipo (grupo *con puntuaciones bajas en la escala de burnout*).

Por otro lado, un análisis detallado de los valores no coincidentes entre los grupos de médicos estudiados evidenció claras diferencias (Tabla 4). Mientras los profesionales *con puntuaciones altas en la escala de burnout* otorgaba más relevancia a los valores relacionados con la **calidez** de la relación con el usuario (Relación Personal con el enfermo, Sinceridad, Tolerancia, Confianza o Comprensión...), hecho que podría exigir mucha más implicación personal y emocional, los profesionales *con puntuaciones bajas en la escala de burnout* otorgaba relevancia a valores relacionados con la **calidad** del ejercicio profesional (Asertividad, Sensibilidad, Conocimiento, Coherencia, Paciencia, Prudencia, Progreso, etc.).

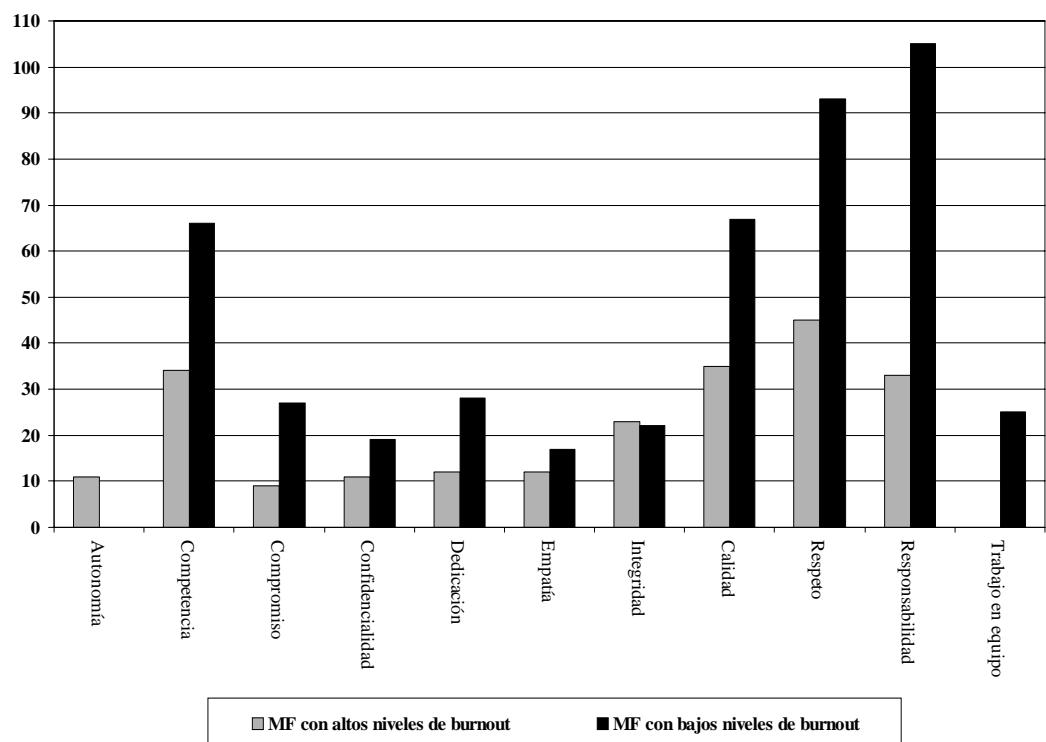


Figura 1: Jerarquía de los valores reconocidos como prioritarios en la práctica de la profesión médica.

En este sentido, parece que los profesionales *con puntuaciones bajas en la escala de burnout* tendrían más capacidad para hacer frente a los objetivos de forma realista en función de los medios y las habilidades disponibles, mientras que los

profesionales *con puntuaciones altas en la escala de burnout*, fruto del alto grado de relación interpersonal con el paciente, tenderían al planteamiento de objetivos químicos o, lo que es lo mismo, a pansoluciones, en función de los medios y habi-

lidades disponibles. En resumen, el primer grupo tendería a una mayor implicación para/con la profesión y el segundo para/con el paciente o usuario del sistema sanitario. No es de extrañar, entonces, la aparición de niveles superiores de desgaste profesional en éste último.

Tabla 4: Jerarquía de valores que diferencian a los trabajadores de la profesión médica.

MF CON PUNTUACIONES ALTAS DE BURNOUT	MF CON PUNTUACIONES BAJAS DE BURNOUT
Atención al paciente	Admitir limitaciones
Comprensión	Asertividad
Confianza	Atención integral
Corresponsabilización	Buen humor
Eficacia	Coherencia
Eficiencia	Conocimiento
Justicia	Contextualización social
Medios adecuados	Gestión de la tarea
Motivación	Humanidad
Organización	Iniciativa
Productividad	Orientación a la comunidad
Cantidad	Paciencia
Relación personal con el enfermo	Profesionalidad
Satisfacción del cliente	Prudencia
Sinceridad	Progreso
Tolerancia	Sensibilidad
	Utilidad

Respecto a la pregunta “*¿Cree que hay algún conflicto entre sus valores y los de la empresa?*” la prueba chi-cuadrado puso de manifiesto que hay una tendencia manifiesta hacia una relación significativa entre el síndrome de *burnout* y la existencia de conflictos entre los valores personales y los de la organización, aunque el resultado no alcanza el nivel de significación ($\chi^2 = 3.816; p = .051$).

Discusión

A lo largo del trabajo de campo hubo una pérdida de participantes, previsible debido al tiempo que había pasado desde la primera intervención. Una buena parte de estas pérdidas fueron debidas a la imposibilidad de encontrar los nuevos destinos laborales de los médicos seleccionados. El resto de profesionales perdidos declinaron responder los nuevos cuestionarios. Hay que remarcar que la mayoría de los MF que rehusaron participar tenían *puntuaciones altas en las escalas de burnout*, lo que también era esperable e introduce un sesgo en el estudio. Sin embargo, entre los que sí contestaron hubo coincidencia en todas las variables sociodemográficas entre ambos grupos, excepto en el nivel de desgaste profesional.

Merece resaltarse que al comprobar el nivel de *burnout* de los médicos entrevistados, cuatro años después se mantienen las diferencias en las tres escalas. Los MF con criterios de quemazón siguen manteniéndolos y los indemnes también. Es cierto que para este estudio se eligieron los dos extremos en puntuación e ignoramos lo que ha pasado en las puntuaciones medias menos marcadas. En todo caso el dato es que en cuanto a esta dimensión los extremos están asentados.

De acuerdo a la hipótesis inicial que se había planteado, se encontraron diferencias en la escala de valores de ambos grupos, aunque menores de lo esperado. En realidad los resultados muestran cómo los seis primeros valores son muy estables en la totalidad de los médicos: los seis primeros ítems son los mismos en los dos grupos. Los médicos de atención primaria entrevistados consideran como los más importantes: Responsabilidad, Respeto, Integridad, Confidencialidad, Competencia y Calidad. Estos valores son similares a los encontrados en otros estudios análogos en medios laborales tan dispares como el de Knoop en Canadá (1994) o el más reciente de Peguero (2002) en una población de médicos de Barcelona.

Si tomamos los diez primeros valores de la escala, llama la atención que Autonomía destaca en los médicos *con puntuaciones altas en la escala de burnout* y Trabajo en equipo en los médicos *con puntuaciones bajas en la escala de burnout*. Así, el perfil de los médicos en su faceta de valores declarados que nos proporciona el estudio es el de un profesional con un alto sentido de la responsabilidad respecto a su trabajo, con un reconocimiento claro de la dignidad de la persona que consulta y de sus derechos como paciente, que atribuye gran importancia a la coherencia entre lo que piensa, vive y hace, que opina que es decisivo evitar que se haga un mal uso de la información privada de las personas que atiende y que se compromete en mantener un nivel de conocimientos, habilidades y actitudes que permitan un ejercicio profesional excelente.

Hay que remarcar que los valores encontrados son naturalmente valores declarados. En muchos casos son los que la persona contesta como deseables y no necesariamente como practicados. El valor Responsabilidad es considerado altamente importante por ambos grupos. Éste se encuentra en numerosos trabajos como un valor principal en la práctica profesional de los médicos (Knoop, 1993, 1994; Eliason y Schubot, 1995). La mayoría considera que deben actuar siempre teniendo en cuenta que han de responder de sus actos y que estos tienen muchas veces consecuencias notables en las personas. Este factor aparece sistemáticamente cuando se pregunta por las cargas de la profesión y el por qué tendría que estar mejor valorada.

Llama la atención que en el grupo más “*quemado*” el valor Responsabilidad ocupa el segundo y no el primer puesto, como ocurre en el grupo de “*no quemados*”. En el grupo *con puntuaciones altas en la escala de burnout* puede que la percepción de una disociación notable entre las expectativas de la sociedad y lo que sienten que pueden ofrecer como profesionales explique este resultado. En efecto, hay una contradicción entre los valores vinculados a la relación con el usuario (propios de las relaciones de ayuda) y los valores de eficacia en el ejercicio del rol profesional. Esta oposición de valores provoca un conflicto y por lo tanto una disonancia que sería la causante del estrés emocional.

Aunque la media aritmética del valor Confidencialidad es igual en ambos grupos (*con puntuaciones altas y bajas en la escala de burnout*), ocupa un lugar distinto en las respectivas escalas

de valores y correlaciona significativamente con el factor de Cansancio Emocional de la escala MBI. Estos médicos priorizan el elemento de discreción en el manejo de información confidencial del paciente.

Entre los valores personales hay algunas diferencias más. Los profesionales con menos quemazón otorgan más valor al Altruismo, la Abnegación y el Hedonismo, mientras que el grupo de médicos con presencia de *burnout* otorgan más valor a la Comodidad y la Inmediatez. El grupo de MF *con puntuaciones bajas en la escala de burnout* parece más orientado a los demás y los miembros del grupo *con puntuaciones altas en la escala de burnout* parecen más centrados en sí mismos.

Finalmente, en el cuestionario de preguntas abiertas los MF *con puntuaciones bajas en la escala de burnout* dan mayor importancia a las habilidades comunicacionales y de gestión emocional que los médicos *con puntuaciones altas*. Los médicos *con puntuaciones bajas en la escala de burnout* admiten tener limitaciones, cosa que los médicos *con puntuaciones altas* no hacen. El hecho de admitir limitaciones y de tener habilidades de comunicación sería pues un factor protector del *burnout*. De este modo, los valores propuestos en ambos grupos dibujan

prioridades distintas. Por un lado, los profesionales *con puntuaciones altas en la escala de burnout* centrarían su labor en el paciente (atención al paciente, corresponsabilización en la toma de decisiones...), mientras que los profesionales *con puntuaciones bajas en la escala de burnout* la centrarían en la profesión médica (progreso, gestión de la tarea, iniciativa, profesionalidad...). Otro aspecto relevante sería la “admisión de limitaciones” en el ejercicio de la profesión médica, aspecto considerado por los profesionales *con puntuaciones bajas en la escala de burnout* y que, en cierto modo, se opondría a los valores de “eficacia y eficiencia” propuestos por los profesionales *con puntuaciones altas en la escala de burnout*.

A pesar de ser un estudio con limitaciones en el número de participantes y que obliga a ser cuidadosos en las conclusiones, todo parece indicar que los valores tienen un papel en la explicación del fenómeno del *burnout* (Maslach, 2001). Esto señala una línea de investigación para posteriores trabajos que indaguen más en la causalidad del papel de los valores, tanto sociales como organizacionales o personales en el origen del síndrome del *burnout*.

Referencias

- Altun, I. (2002). Burnout and nurses' personal and professional values. *Nursing ethics*, 9, 3, 269-278.
- Byng, G., Cairros, D. y Duchan, J. (2002). Values in practice and practising values. *Journal of Communication disorders*, 35, 2, 69-106.
- Caballero, M., Bermijo, F., Nieto, R. y Caballero, F. (2001). Prevalencia y factores asociados al burnout en un área de salud. *Atención Primaria*, 27, 5, 313-317.
- Cebrià, J. (2003). Distres crónico y desgaste profesional: algunas hipótesis etiológicas y nosotáxicas. *Atención Primaria*, 31, 572-574.
- Cebrià, J., Palma C., Ferrer, M. y Gutiérrez, I. (2004). El burnout es, probablemente también, una cuestión de valores. *Jano*, LXVI(1504), 56-57.
- Cebrià, J., Segura, J., Corbella, S., Sos, P., Comas, O., García, M., Rodríguez, C., Pardo, J.M. y Pérez, J. (2001). Rasgos de personalidad y burnout en médicos de familia. *Atención Primaria*, 27, abril, 7, 459-468.
- De las Cuevas, C. (1994). *El desgaste profesional en atención primaria: presencia y distribución del síndrome de burnout*. Madrid: Laboratorios Servier.
- Eliason, B.C. y Schubot, D.B. (1995). Personal values of exemplary family physicians: implications for professional satisfaction in family medicine. *Journal of family practice*, 41, 3, 251-256.
- Eliason, N.C., Guse, C. y Gottlieb, M.S. (2000). Personal values of family physicians, practice satisfaction, and service to the underserved. *Archives of family medicine*, 9, 3, 228-232.
- García, S. (2002). ¿La gestión sanitaria eficientista ha tocado techo de eficiencia? *IV Jornada d'Atenció Primària a les Terres de l'Ebre*, Lleida.
- Knoop, R. (1993). Work Values and job satisfaction. *The Journal of Psychology*, 128, 683-690.
- Knoop, R. (1994). Relieving stress through value-rich work. *The Journal of Social Psychology*, 134 (6), 829-836.
- Lamberts, H. y Hofmans-Okkers, I. (1996). Values and roles in primary care. *Journal of family practice*, 42, 2, 178-180.
- Luecken L. y Edward C. (1997). Stress in employed women: impact of marital status and children at home on neurohormone output and home strain. *Psychosomatic Medicine*, 59, 352-359.
- Martínez, A., del Castillo, C., Magaña, E., Bru, I., Franco, A. y Segura, A. (2003). Estudio sobre la prevalencia del *burnout* en los médicos del Área Sanitaria de Talavera de la Reina. *Atención Primaria*, 32, 6, 343-348.
- Maslach, C., Schaufeli, W.B. y Leiter, M.P. (2001). Job Burnout, *Annual Review of Psychology*, 52, 397-422.
- Olivar, C., González, S. y Martínez, M. (1999). Factores relacionados con la satisfacción laboral y el desgaste profesional en los médicos de atención primaria de Asturias. *Atención Primaria*, 24, 6, 352-359.
- Palacio Lapuente, F. (2003). Las expectativas de los profesionales ¿qué aspectos valoran en un centro de salud? Un estudio cuasi-cuantitativo, *Atención Primaria*, 32, 135-143.
- Peguero, E. (2002). *Estudi qualitatiu per identificar els valors ètics predominants entre els treballadors de l'ICS*. Tesina de licenciatura. Universitat Autònoma de Barcelona.
- Prieto, L., Robles, E., Salazar, M. y Daniel, E. (2002). Burnout en médicos de atención primaria de la provincia de Cáceres. *Atención Primaria*, 29, 5, 294-302.
- Rokeach, M. (1973). *The nature of Human Values*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Rokeach, M. (ed.) (1979). *Understanding Human Values, Individual and Societal*. N.York: The Free Press.
- Salazar, J. et al. (1980). *Psicología social*. México: Trillas.
- Schwartz, S. (1990). Individualism-collectivism: Critique and proposed refinements. *Journal of Cross-cultural Psychology*, 21, 139-157.
- Schwartz, S. (1992). Universals in the content and structure of values: Theoretical advances and empirical tests in 20 countries. En P.Zanna (Ed.), *Advances in experimental social psychology* (vol. 25, pp.1-65). N. York: Academic Press.
- Schwartz, S. (1994). Beyond individualism/collectivism: New cultural dimensions of values. En U.Kim, H.C.Triandis, C. Kagitçibasi, S. Choi y G. Yoon (Eds.), *Individualism and Collectivism: Theory methods and applications*. Thousands Oaks: Sage.
- Schubot, D.B., Cayley, W. y Eliason, B.C. (1996). Personal values related to primary care specialty aspirations. *Family medicine*, 28, 10, 726-731.
- Smith, P.B. y Schwartz, S. (1997). Values. En J.B.Berry, M.H. Segall y C. Kagitçibasi (Eds.) *Handbook of Cross-cultural Psychology*. (2^a ed. Vol. 3, pp.77-118). Boston: Allyn & Bacon.
- Sobrequés, J., Cebrià, J., Segura, J., Rodríguez, C., García, M. y Juncosa, S. (2003). La satisfacción laboral y el desgaste profesional de los médicos de atención primaria. *Atención Primaria*, 31, 4, 227-233.
- Sos, P., Sobrequés, J., Segura, J., Manzano, E., Rodríguez, C., García, M. y Cebrià, J. (2002). Desgaste profesional en médicos de atención primaria de Barcelona. *Medijam*, 12, 613-618.