



ORIGINAL

Síndrome de desgaste profesional en los médicos de atención primaria de Ávila



R. Frutos-Llanes^{a,*}, S. Jiménez-Blanco^b y L.E. Blanco-Montagut^a

^a Centro de Salud de Ávila Rural, Ávila, España

^b Centro de Salud de Muñico, Ávila, España

Disponible en Internet el 2 de agosto de 2014

PALABRAS CLAVE

Atención primaria;
Burnout profesional;
Estrés psicológico;
Médicos de familia

Resumen

Objetivo: Analizar el nivel de desgaste profesional o *burnout* que presentaban los médicos de atención primaria de Ávila y la influencia de factores sociales, laborales y de salud en la aparición del mismo.

Material y métodos: Se realizó un estudio epidemiológico transversal y descriptivo dirigido a todo el personal médico de atención primaria de Ávila durante el primer semestre de 2011, mediante 2 cuestionarios: el *Maslach Burnout Inventory* y otro de variables sociodemográficas, laborales y de salud.

Resultados: Se obtuvo una tasa de respuesta del 51,8%. La edad media fue de $48,55 \pm 8,16$. El 52% eran varones, casados el 77%, con plaza en propiedad el 45%, trabajando en centros rurales el 78% y realizando guardias más consulta el 82%. La prevalencia en nuestro estudio resultó ser baja, 16% en su grado grave. Constatamos una alta prevalencia de la enfermedad, 68%, en su grado grave o moderado/grave. Estar casado ($p=0,012$), no hacer guardias ($p < 0,0001$), trabajar en zona rural ($p=0,008$) y ser médico de área ($p=0,03$) predispone a padecer *burnout* en grado grave o moderado/grave.

Conclusiones: Encontramos un nivel moderado de *burnout*. Al contrario de lo que pensaban muchos facultativos, la prevalencia de la enfermedad en su forma grave fue baja, pero sí fue elevada al considerar en conjunto los grados grave y moderado/grave. Por tanto, se deberían extender medidas para reducir el estrés laboral de los médicos con el fin de una mejor práctica laboral y eficiencia profesional.

© 2013 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: frutosllanes@hotmail.com (R. Frutos-Llanes).

KEYWORDS

Primary Health Care;
Professional burnout;
Psychological stress;
General practitioners

Burnout syndrome in general practitioners of Avila**Abstract**

Objective: To determine the level of burnout in general practitioners of Avila and the influence of social, occupational and health factors.

Material and methods: A descriptive cross-sectional epidemiological study was conducted and aimed at all Primary Care medical staff of Avila during the first half of 2011, using two questionnaires: the Maslach Burnout Inventory and other sociodemographic, health and occupational variables.

Results: A response rate of 51.8% was obtained. The mean age was 48.55 ± 8.16 , and 52% were male, 77% married, 45% with tenure, 78% worked in rural centres, and, 82% performed out of hours home visits plus clinics. The prevalence of severe burn out was low (16%) in our study was low. A high prevalence (68%) of moderate/severe level of the condition was found. Being married ($P = .012$), do not guards ($P < .0001$), working in rural areas ($P = .008$), and to be an area doctor ($p = .03$), predisposes to suffer burnout in severe or moderate/severe burnout.

Conclusions: A moderate level of burnout was found. Contrary to what many doctors thought, the prevalence of the condition in its severe form was low, but was high when taking the severe and moderate/severe forms together. Therefore, measures should be extended to reduce occupational stress of doctors, in order to improve working practices and professional efficiency.

© 2013 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

El síndrome de desgaste profesional (SDP) o *burnout* fue descrito por primera vez en 1974 por Freudenberg¹. En 1976, Maslach y Jackson^{2,3} lo definen como una situación de sobrecarga emocional entre profesionales que, después de años de dedicación, terminan «quemándose»; y lo estructuran en 3 dimensiones: agotamiento emocional (AE), despersonalización (DP) y falta de realización personal (RP), constituyendo de esta forma el instrumento más utilizado para su detección el *Maslach Burnout Inventory* (MBI)²⁻⁴.

Las condiciones de trabajo de los profesionales de la salud tienen una influencia significativa sobre su calidad de vida laboral y sobre la calidad del servicio que ofrecen a los pacientes. De igual manera, las actitudes que desarrollan los profesionales hacia los usuarios y el servicio que ofrecen están asociados a los riesgos laborales de su trabajo. En España, la Ley de Prevención de Riesgos Laborales^{5,6}, al reconocer la organización y la ordenación del trabajo como condiciones de trabajo susceptibles de producir riesgos laborales, incorpora la necesidad de diagnosticar y prevenir los riesgos psicosociales para erradicarlos y ofrecer entornos laborales más saludables.

En España, según los resultados de la VI Encuesta nacional de condiciones de trabajo (ENCT), el estrés es uno de los principales problemas de salud atribuido al trabajo, y el 50-60% del total de días perdidos se vincula al estrés⁷. Estudios publicados hasta la fecha reflejan que afecta a un alto porcentaje de los profesionales^{6,8}, y en mayor medida a la atención primaria (AP) respecto a atención especializada⁹. Por lo tanto, es necesario seleccionar un buen instrumento que permita describir el SDP y evaluar su frecuencia en el personal sanitario y, a su vez, proponer maniobras de mejora en los ambientes laborales.

Así pues, el propósito de este estudio fue conocer y analizar el grado del SDP o *burnout* y su asociación con variables

sociodemográficas, laborales y de salud e identificar los posibles factores que favorecen la aparición de este síndrome entre los médicos de AP de la provincia de Ávila.

Población y métodos

El presente trabajo de investigación sobre la prevalencia del SDP entre los profesionales médicos de la provincia de Ávila se diseñó como un estudio epidemiológico transversal descriptivo, cuyo periodo de desarrollo estuvo comprendido en el primer semestre de 2011. La población diana fue la formada por todos los médicos de AP con contrato fijo, interino o personal de área que trabajan en esta área de salud. Fue criterio de exclusión del estudio el personal sustituto, por considerar que su puesto y condiciones de trabajo son claramente distintos del resto.

El estudio se desarrolló en las siguientes fases:

Fase inicial

En enero de 2011 se empezó a diseñar un cuestionario auto-administrado de 14 variables sociodemográficas y laborales unificadas y recopiladas de distintos estudios de investigación de similares características al nuestro^{8,10}. Dicho cuestionario se realizó de forma protocolizada por un equipo de 4 médicos y enfermeras y constaba de: recogida de variables sociodemográficas —edad, sexo, n.º de hijos y estado civil— y comprobación de datos profesionales acerca de su profesión, tipo de contrato, número de años trabajados, centro de salud de trabajo, así como la realización o no de guardias y/o consulta, junto con las horas semanales de trabajo y el número de enfermos atendidos en un mes en urgencias y diariamente en su consulta.

Para valorar el grado de desgaste profesional de este colectivo sanitario seleccionamos el cuestionario MBI¹¹ por

Tabla 1 Dimensiones, número de ítems y resumen del contenido de la escala Maslach

Dimensiones	Ítems	Resumen del contenido
Agotamiento emocional	1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16 y 20	Describen sentimientos de estar abrumado y agotado emocionalmente por el trabajo
Despersonalización	5, 10, 11, 15 y 22	Describen una respuesta impersonal y falta de sentimientos hacia los sujetos objeto de atención o servicio
Realización personal	4, 7, 9, 12, 17, 18, 19 y 21	Describen sentimientos de competencia y realización exitosa en el trabajo hacia los demás

su amplia difusión internacional, por estar adaptado transculturalmente al español y por haber sido validado en la población española¹². Consta de 22 ítems en total, y en él se pueden diferenciar 3 subescalas que miden, a su vez, los 3 factores o dimensiones que conforman el síndrome (tabla 1).

Las puntuaciones de cada dimensión se obtienen sumando los valores de cada ítem que las componen, y un hecho característico de este cuestionario es la relación dimensional existente entre la puntuación y el grado de SDP, es decir, no existe un punto de corte que indique si existe o no tal entidad. Lo que se ha hecho es distribuir los rangos de las puntuaciones totales de cada dimensión en 3 tramos que definen un nivel de SDP experimentado como bajo, medio y alto, según criterios seguidos por la mayoría de los autores consultados¹³⁻¹⁷ (tabla 2).

Hay que señalar que las puntuaciones de cada subescala se computan por separado y no se combinan ni se obtiene una puntuación total del MBI. Por tanto, podemos extraer los siguientes grados de SDP⁸:

- Leve: en caso de obtener un bajo AE, una baja DP y una alta RP en el trabajo.
- Grave: si se cumplen los 3 criterios propuestos desde el manual original para definir la enfermedad, es decir, un alto AE, una alta DP y una baja RP.
- Moderado/grave: en el caso de cumplir uno o 2 criterios graves.

Resaltar que este cuestionario posee una alta consistencia interna (0,8) y una fiabilidad de 0,9 para el AE, 0,71 para la RP y 0,79 para la DP, lo que viene a respaldar su uso en nuestro trabajo^{10,12,15}.

Trabajo de campo

Decidimos evaluar la totalidad de la población diana, es decir, los 272 médicos de AP de la provincia de Ávila, y no proceder a elaborar una muestra de la misma, debido a que el número de profesionales no era excesivamente grande y

el porcentaje de colaboración de los mismos se presumía bajo. De esta forma, y tras la elaboración de una carta de presentación adjunta a los cuestionarios explicando a los participantes el objetivo del estudio y el carácter anónimo y voluntario del mismo, en enero de 2011 se procedió a enviar los cuestionarios a los centros de salud, dejando un plazo de respuesta de unos 20 días. Transcurrido este tiempo comenzamos un primer análisis del porcentaje de primeros respondedores para, posteriormente, volver a enviar cuestionarios incidiendo en aquellos centros cuya tasa de respuesta fue baja, con el fin de captar el mayor número posible de participantes y dar opción a aquellos profesionales que no pudieron enviarlo a tiempo por olvido, estar de baja o, simplemente, descuido. Finalmente, se obtuvo una respuesta de 141 profesionales.

El análisis estadístico se realizó con los programas Epidat y SPSS 17 para Windows®, utilizando análisis descriptivos (para las variables continuas se calculó la media muestral \pm desviación típica y para las categóricas los porcentajes y frecuencias absolutas), prueba de la «t» de Student para la comparación de las medias de una variable continua en 2 muestras independientes (en los casos en los que el tamaño muestral era menor de 30 se utilizó la prueba U de Mann-Whitney) y prueba de Chi-cuadrado para el análisis de la relación entre 2 variables cualitativas (cuando más del 20% de las frecuencias esperadas eran menores de 5 se recurrió, en las comparaciones basadas en tablas de contingencia de 2×2 , a la prueba exacta de Fisher). Se ha considerado como nivel de significación el correspondiente a un p valor $< 0,05$.

El estudio no fue presentado a ningún comité ético, pero se desarrolló siguiendo las normas internacionales de Helsinki: principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos¹⁸ y las de evaluación ética de estudios epidemiológicos y de la investigación biomédica en sujetos humanos¹⁹, informando a los participantes de los objetivos y del carácter voluntario de su colaboración, respetando el derecho a la intimidad de los encuestados y manteniendo en todo momento el carácter confidencial de sus datos personales²⁰.

Resultados

Descripción de la población

La muestra poblacional estuvo constituida por 141 médicos, la mayoría trabajando en el ámbito rural (78%). Observamos un predominio del sexo masculino (52%), casados (77%), con contrato fijo (45%) y de médicos que realizan

Tabla 2 Puntuación y graduación de la escala Maslach

	Bajo	Medio	Alto
Agotamiento emocional	≤ 18	19-26	≥ 27
Despersonalización	≤ 5	6-9	≥ 10
Realización personal	≥ 40	34-39	≤ 33

Tabla 3 Descripción de la población según las variables sociodemográficas y laborales y centro de trabajo

	Total	SUAP	Urbano	Rural
<i>N.º</i>	141	4 (3)	27 (19)	110 (78)
<i>Edad (media ± DE)</i>	48,55 ± 8,16	45,00 ± 4,69	47,30 ± 6,76	48,99 ± 8,54
<i>Sexo</i>				
Hombre	74 (52)	2 (50)	12 (44)	60 (55)
Mujer	67 (48)	2 (50)	15 (56)	50 (45)
<i>N.º hijos</i>				
Sin hijos	41 (29)	0	5 (19)	36 (33)
Con hijos	100 (71)	4 (100)	22 (81)	74 (67)
<i>Estado civil</i>				
Soltero	24 (17)	0	2 (7)	22 (20)
Casado	108 (77)	4 (100)	23 (86)	81 (74)
Separado/divorciado	7 (5)	0	2 (7)	5 (4)
Viudo	2 (1)	0	0	2 (2)
<i>Contrato</i>				
Fijo	64 (45)	1 (25)	11 (41)	52 (47)
Interino	45 (32)	3 (75)	11 (41)	31 (28)
Médico/enfermero área	32 (23)	0	5 (18)	27 (25)
<i>Años trabajados (media ± DE)</i>	20,56 ± 8,73	16,00 ± 5,48	20,11 ± 8,34	20,84 ± 8,92
<i>Actividad</i>				
Guardias	4 (2)	4 (100)	0	0
Consulta	22 (16)	0	10 (37)	12 (11)
Guardias + consulta	115 (82)	0	17 (63)	98 (89)
<i>Horas semanales (media ± DE)</i>	49,83 ± 11,36	34,00 ± 4,55	44,11 ± 9,85	51,81 ± 10,99
<i>Actividad en consulta (media ± DE)</i>	34,39 ± 15,45	0	46,93 ± 10,98	32,56 ± 13,87
<i>Actividad en guardias (media ± DE)</i>	81,94 ± 81,01	300 ± 119,61	109,63 ± 118,52	67,22 ± 49,62

SUAP: servicio de urgencias de atención primaria.

Los datos entre paréntesis indican porcentajes.

guardias + consulta (82%). Por su parte, los médicos del SUAP son los que reflejaban mayor actividad en las guardias y los médicos urbanos los que mayor actividad en las consultas (tabla 3).

Análisis de la prevalencia del síndrome de desgaste profesional

De los sujetos de nuestra muestra el 16% cumplía los 3 criterios propuestos para ser considerados como de padecer

un SDP grave, mientras que el 11% se consideró como grado leve. Observamos una alta prevalencia de la enfermedad (68%) en su grado grave o moderado/grave (este último descrito como aquellos que reunían uno o 2 criterios graves, según se comentó anteriormente) (fig. 1).

De la población que presentó SDP grave (16%) el 64% eran hombres y el 36% mujeres, la mayoría estaban casados, con hijos y pertenecían a centros rurales (tabla 4).

En la tabla 5 se refleja la distribución de las puntuaciones medias de cada dimensión según las distintas variables estudiadas.

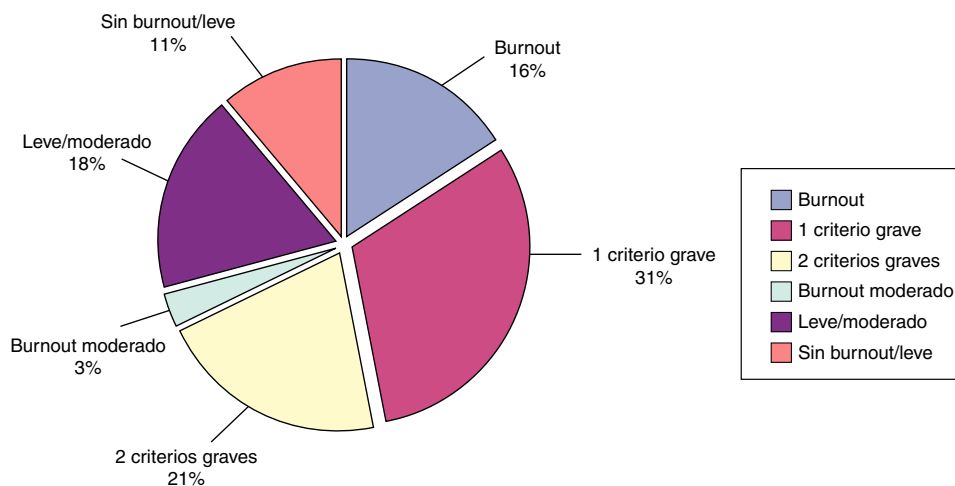


Figura 1 Distribución de la población según el riesgo de SDP.

Tabla 4 Distribución del riesgo de SDP en la población

	Grave	Mod/grave	Leve
<i>N</i>	22	73	16
<i>Edad (media ± DE)</i>	47,14 ± 8,69	49,62 ± 8,00	49 ± 8,02
<i>Sexo</i>			
Hombre	14	38	8
Mujer	8	35	8
<i>Hijos</i>			
Sin hijos	8	24	2
con hijos	14	49	14
<i>Estado civil</i>			
Soltero	7	15	0
Casado	14	54	13
Separado/divorciado	1	3	2
Viudo	0	1	1
<i>Contrato</i>			
Fijo	9	39	8
Interino	7	20	4
Área	6	14	4
<i>Años trabajados (media ± DE)</i>	18,86 ± 8,92	21,62 ± 8,78	21 ± 9,78
<i>Actividad</i>			
Guardias	1	3	0
Consulta	4	8	4
Guardias + Consulta	17	62	12
<i>Horas semanales (media ± DE)</i>	50,77 ± 12,20	50,04 ± 10,77	48,19 ± 12,16
<i>Actividad en consulta (media ± DE)</i>	35,50 ± 14,63	33,41 ± 10,50	34 ± 15,02
<i>Actividad en guardias (media ± DE)</i>	96,14 ± 86,81	82,08 ± 75,56	97,81 ± 122,43
<i>Centro trabajo</i>			
SUAP	1	3	0
Urbano	6	0	4
Rural	15	70	12
<i>Criterios SDP (media ± DE)</i>			
AE	34,82 ± 5,57	22,05 ± 9,40	8 ± 7,71
DP	16,23 ± 3,72	9,81 ± 4,23	1,25 ± 1,48
RP	25,86 ± 5,89	33,59 ± 7,85	44,69 ± 2,63

AE: agotamiento emocional; DP: despersonalización; RP: realización personal; SUAP: servicio de urgencias de atención primaria.

Relación entre las variables sociodemográficas, laborales y de salud y riesgo de síndrome de desgaste profesional

Analizando la influencia de dichas variables a la hora de padecer un SDP en grado grave o moderado/grave, encontramos que los casados presentaban con mayor probabilidad este síndrome en comparación con los solteros ($p=0,012$), que los médicos rurales lo hacían de la misma forma frente a los urbanos ($p=0,008$) y que aquellos que no realizaban guardias presentaban mayor estrés emocional en comparación con los médicos de área ($p=0,012$) y con los que sí realizaban atención continuada ($p<0,0001$). Así mismo, constatamos que entre los médicos que hacían guardias los médicos de área eran los que mayor padecían SDP ($p=0,03$).

Al analizar las 3 dimensiones por separado observamos significación estadística con las siguientes variables (tabla 5). Constatamos mayor aumento de AE entre los médicos solteros en comparación con los casados ($p=0,0008$), entre los que llevaban entre 11 y 20 años de antigüedad ($p=0,02$), con mayor presión asistencial en su consulta

($p=0,007$) y los que realizan su actividad en el medio urbano ($p=0,05$).

Con el fin de investigar lo que sucedía con aquellos sujetos que solo presentaban un criterio alto de SDP (recordemos $AE \geq 27$, $DP \geq 10$ o $RP \leq 33$) y que podrían ser considerados como grado moderado/grave, obtuvimos que el 38% de la población estudiada presentaba alto grado para la dimensión cansancio emocional y, en un porcentaje similar, alta despersonalización (43%) y baja realización personal (42%) (en la tabla 6 se expone la distribución de la población según los 3 criterios comentados). Constatamos que el alto agotamiento emocional se relacionó de forma positiva con estar casado ($p=0,008$), que ser varón predispone a tener un alto grado de despersonalización ($p<0,05$) y que la baja realización personal lo hacía, por su parte, con los médicos que se encontraban casados ($p=0,01$) (tabla 6).

Discusión

El interés de este estudio ha permitido contrastar el grado de SDP entre los médicos de una zona rural, urbana y un

Tabla 5 Relación entre las dimensiones del SDP y las variables del estudio

	N	AE	DP	RP
<i>Total</i>	141	20,91 ± 11,05	8,92 ± 5,54	34,96 ± 8,43
<i>Edad</i>				
≤ 35	9	25,89 ± 10,46	10,33 ± 5,12	32,11 ± 8,12
36-45	42	22,48 ± 10,87	8,17 ± 5,85	35,24 ± 8,56
> 45	90	19,68 ± 11,08	9,13 ± 5,45	35,11 ± 8,44
<i>Sexo</i>				
Hombre	74	19,96 ± 10,96	9,61 ± 5,82	33,96 ± 9,02
Mujer	67	21,96 ± 11,14	8,16 ± 5,16	36,06 ± 7,65
<i>N.º hijos</i>				
Sin hijos	41	22,85 ± 10,35	10,10 ± 4,33	34,44 ± 7,83
Con hijos	100	20,11 ± 11,28	8,44 ± 5,92	35,17 ± 8,69
<i>Estado civil</i>				
Soltero	24	27,13 ± 8,65*	10,21 ± 4,42	32,42 ± 7,56
Casado	108	19,69 ± 11,20*	8,89 ± 5,63	35,40 ± 8,53
Separado/divorciado	7	20,14 ± 7,80	7,57 ± 6,40	34,71 ± 9,10
Viudo	2	21,50 ± 20,51	0,00	42,50 ± 7,78
<i>Contrato</i>				
Fijo	64	19,75 ± 11,34	9,38 ± 5,72	34,14 ± 8,52
Interino	45	21,67 ± 11,08	8,78 ± 5,09	36,69 ± 8,04
Área	32	22,16 ± 10,54	8,22 ± 5,89	34,16 ± 8,67
<i>Años trabajados</i>				
≤ 10	23	23,09 ± 10,07	8,74 ± 6,78	32,43 ± 9,36
11-20	47	23,45 ± 10,68**	9,21 ± 4,99	35,19 ± 7,86
> 20	71	18,52 ± 11,22**	8,79 ± 5,53	35,62 ± 8,45
<i>Actividad</i>				
Guardias	4	26,50 ± 6,19	11,00 ± 3,83	34,50 ± 7,59
Consulta	22	23,23 ± 12,96	8,68 ± 5,80	35,82 ± 9,01
Guardias + consulta	115	20,27 ± 10,75	8,90 ± 5,97	34,81 ± 8,41
<i>Horas semanales</i>				
≤ 52	105	21,52 ± 10,59	8,86 ± 5,50	35,49 ± 8,56
> 52	36	19,11 ± 11,18	9,11 ± 5,76	33,42 ± 7,97
<i>Actividad en consulta</i>				
≤ 25	48	17,44 ± 10,36**	8,69 ± 5,13	34,25 ± 9,21
> 25	93	22,70 ± 11,02**	9,04 ± 5,77	35,32 ± 8,02
<i>Actividad en guardias</i>				
≤ 100	108	20,69 ± 11,31	8,83 ± 5,12	35,13 ± 8,41
101-200	23	20,43 ± 9,46	9,35 ± 6,09	33,09 ± 8,84
> 200	10	24,30 ± 12,09	8,90 ± 8,69	37,40 ± 7,60
<i>Centros</i>				
SUAP	4	26,50 ± 6,19	11,00 ± 3,83	34,50 ± 7,59
Urbano	27	24,48 ± 11,61***	9,07 ± 6,57	36,78 ± 8,43
Rural	110	19,83 ± 10,87***	8,81 ± 5,35	34,53 ± 8,47

Media ± DE: para todos los valores de AE, DP y RP.

AC: atención continuada; AE: agotamiento emocional; DP: despersonalización; EAP: equipo de atención primaria; RP: realización personal; SUAP: servicio de urgencias de atención primaria.

*p < 0,001.

**p < 0,05.

***p = 0,05.

SUAP, comparación que no hemos encontrado en ningún otro estudio español publicado recientemente.

El estudio fue realizado en Ávila, siendo esta la segunda provincia después de Burgos^{21,22} en realizar un estudio en médicos de AP en Castilla y León, por lo que supone un paso importante en la investigación de este síndrome en nuestra comunidad autónoma.

Los resultados obtenidos están en la línea de los ya publicados en otros estudios, en el sentido de que las variables sociodemográficas no alcanzaron la significación estadística necesaria como para considerar que ejercen un efecto moderador sobre el SDP²¹⁻²⁴.

El índice de participación fue del 51,8%, similar a otros estudios como en la provincia de Burgos (51,38%)^{21,22}, e

Tabla 6 Distribución y relación entre los criterios altos de SDP y las variables estudiadas

	Alto AE (n = 49)			Alta DP (n = 61)			Baja RP (n = 59)		
	No (%)	Sí (%)	p	No (%)	Sí (%)	p	No (%)	Sí (%)	p
Edad (años)	49,16 ± 8,21	47,41 ± 8,03	NS	47,83 ± 8,39	49,51 ± 7,82	NS	48,51 ± 7,64	48,61 ± 8,90	NS
Hombre	56,5	44,9	NS	43,8	63,9	0,02	48,8	57,6	NS
Mujer	43,5	55,1		56,2	36,1		51,2	42,4	
Con hijos	25,0	36,7	NS	26,3	32,8	NS	24,4	35,6	NS
Sin hijos	75,0	63,3		73,7	67,2		75,6	64,4	
Soltero	8,7	32,7	0,008	16,3	18,0	NS	9,8	27,1	0,01
Casado	83,7	63,3		75,0	78,7		84,1	66,1	
Separado/divorciado	6,5	2,0	NS	6,3	3,3		3,7	6,8	NS
Viudo	1,1	2,0		2,5	0,0		2,4	0,0	
Fijo	49,0	38,8	NS	38,7	54,1	NS	41,5	50,9	NS
Interino	29,3	36,7		35,0	27,9		37,8	23,7	NS
Área	21,7	24,5		26,3	18,0		20,7	25,4	NS
Antigüedad	21,41 ± 8,76	18,96 ± 8,53	NS	19,94 ± 8,73	21,38 ± 8,74	NS	20,56 ± 8,50	20,56 ± 9,11	NS
Guardias (n)	2	2	NS	2	2	NS	2	2	NS
Consulta (n)	12	10		12	10		15	7	
Guardias + consulta (n)	78	37		66	49		65	50	
Horas Sem.	49,71 ± 10,76	50,06 ± 12,52	NS	50,46 ± 11,69	49,00 ± 10,95	NS	49,09 ± 11,85	50,86 ± 10,65	NS
Activ. cons.	32,78 ± 15,30	37,51 ± 15,41	NS	35,33 ± 14,48	33,16 ± 16,69	NS	35,51 ± 15,50	32,27 ± 15,27	NS
Activ. guard.	82,54 ± 83,92	80,82 ± 76,08	NS	83,91 ± 80,20	79,36 ± 82,65	NS	77,76 ± 87,85	87,76 ± 70,73	NS
SUAP (n)	2	2	NS	2	2	NS	2	2	NS
Urbano (n)	16	11		14	13		18	9	
Rural (n)	74	36		64	46		62	48	
Rural con AC (n)	66	32	NS	57	41	NS	53	45	NS
Rural sin AC (n)	8	4		7	5		9	3	
Méd. área (n)	20	12	NS	21	11	NS	17	15	NS
EAP con AC (n)	60	27		47	40		50	37	
EAP sin AC (n)	12	10		12	10		15	7	

AC: atención continuada; AE: agotamiento emocional; AN/DP: ansiedad/depresión; DP: despersonalización; EAP: equipo de atención primaria; RP: realización personal; SUAP: servicio de urgencias de atención primaria.

Media ± DE: para todos los valores de edad, antigüedad, horas semanales, actividad en consulta y actividad en guardias.

inferior a otros como los de Madrid (80,3%)²⁴ o Barcelona (73%)²⁵, aunque la mayoría no especifican si ese porcentaje corresponde a la población total, como es el caso de nuestro estudio, y otros excluyeron los centros donde la tasa de respuesta fue baja. La tasa de respuesta objetivada puede hacer pensar que los médicos no están interesados en el SDP; posiblemente los motivos de las no respuestas estén relacionadas con la insatisfacción, desgana, desinterés, encontrarse de baja laboral, considerarlo inútil o, simplemente, olvido a la hora de rellenar los cuestionarios.

La prevalencia del SDP en médicos de AP encontrada en la literatura científica tiene una gran variación, las cifras giran de un 3,3 a un 41,6%^{21,26,27}. Probablemente este amplio rango de prevalencia se deba a que algunos estudios consideren enfermedad no solo cuando se cumplen los 3 criterios de gravedad, sino que consideren también los que cumplan uno o 2 criterios graves (grado moderado/grave), no mencionando esta diferenciación en el estudio. Por tal motivo, también nosotros decidimos evaluar la prevalencia de este síndrome juntando ambos grados, el grave y el moderado/grave. Así pues, son muy pocos los autores que describen la prevalencia del síndrome teniendo en cuenta la definición de caso extraída del manual original (altas puntuaciones en dimensiones de AE y DP y bajas en la RP)¹⁰. En todos ellos la prevalencia fue similar a la nuestra, es decir, baja (3-18%)^{10,24,28}.

Mientras que otros estudios señalan mayor nivel de desgaste profesional en torno a los 40-45 años²⁴ o menor edad²⁷ nosotros no encontramos diferenciación estadística respecto a la edad, coincidiendo con los estudios de Ceuta²⁸ y Burgos²². Se ha apuntado que su relación puede depender del punto de corte utilizado en la formación de los grupos de edad²⁴. Del mismo modo, en relación con el sexo, los estudios en AP son contradictorios. Mientras que algunos investigadores describen un mayor desgaste laboral en hombres²² otros lo encuentran en mujeres¹⁰ y algunos no detectan diferencias²⁵. Maslach y Jackson²⁹ exponen que las mujeres soportan mejor que los hombres las situaciones complicadas del día a día del ámbito laboral, nosotros podríamos afirmar lo mismo al encontrar que son ellos los que presentaron mayor *burnout* grave.

La antigüedad en el trabajo se refiere como un factor de riesgo de desgaste profesional, ya que encontramos una gran variabilidad en los resultados de la literatura científica revisada. Nuestros datos coinciden con la tendencia reflejada por algunos autores de una mayor vulnerabilidad hacia el síndrome a medida que la experiencia profesional es mayor, alcanzándose significación estadística a partir de los 11-20 años. Estos datos difieren de lo expuesto por Soto et al.⁹, para quienes los trabajadores nuevos e inexpertos son los de mayor riesgo, lo que pueda deberse a que no están lo suficientemente preparados como para hacer frente a la gran cantidad de conflictos emocionales que se les presentan.

En lo referido al estado civil y lugar de trabajo observamos que los solteros, respecto a los casados, presentaban mayores puntuaciones en la escala de agotamiento emocional, posiblemente por la falta de apoyo familiar y/o social en la que se pueden encontrar^{21,22,24}, y que los médicos de la zona rural lo hacían de la misma forma frente a los urbanos, al contrario de lo observado en la provincia de Burgos²¹. Quizás este hecho sea debido a la necesidad de los

médicos rurales de desplazarse varios kilómetros hasta el centro de trabajo, a veces con condiciones adversas de meteorología o en situaciones de urgencia, y por la rutina diaria en sus consultas que desemboca en desgana y anula cualquier expectativa de progreso y reciclaje en el trabajo.

El hecho de que la carga de trabajo se relaciona de forma muy positiva con padecer *burnout* o tener un alto cansancio emocional es algo señalado por la mayoría de los autores, incluidos nosotros^{10,21,22,24}. Constatamos mayor aumento de AE entre los médicos en los que llevaban entre 11 y 20 años trabajando y los que referían mayor presión asistencial en su consulta. Así mismo, observamos que entre los médicos que hacían guardias los médicos de área eran los que mayor padecían el síndrome, al igual que se observa en un estudio de Madrid³⁰.

Finalmente, deberíamos tener en cuenta que el establecimiento de relaciones estadísticamente significativas podría verse limitado por la asimetría en el tamaño muestral para algunas de las variables (edad, sexo, experiencia profesional, etc.), lo que podría influir sobre los resultados obtenidos y la comparabilidad con otros estudios cuyas características sociodemográficas y laborales son diferentes a las de nuestra muestra.

Conclusiones

La prevalencia del SDP grave en nuestra población resultó ser baja y el nivel medio encontrado fue moderado. Sin embargo, al estudiar conjuntamente a aquellos individuos que lo padecían en su forma grave o moderada/grave, la prevalencia aumentó considerablemente hasta hacerse casi de 7 de cada 10 personas, es decir, la mayoría de nuestros médicos referían de forma importante tener agotamiento emocional, o sentirse poco realizados, o tener una alta despersonalización, o una combinación de todo ello.

Por tanto, ante estos resultados se deberían proponer soluciones para mejorar las condiciones de los trabajadores y reducir este estrés laboral para que ello repercuta en una mejor práctica clínica y una mayor calidad asistencial.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes y que todos los pacientes incluidos en el estudio han recibido información suficiente y han dado su consentimiento informado por escrito para participar en dicho estudio.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Freudenberg HJ. Staff-burnout syndrome in alternativa institutions. *Psychoterapy: Theo, Res, Pra.* 1974;12:73-82.
2. Maslach C. Burned-out. *Hum Behav.* 1976;5:16-22.
3. Jackson SE, Schwab RL, Schuler RS. Toward an understanding of the burnout phenomenon. *J Appl Psychol.* 1986;4:630-40.
4. Maslach C, Jackson SE. The measurement of experienced burnout. *J Organiz Behav.* 1981;2:99-113.
5. Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales. BOE n.º 269 de 10 de noviembre de 1995. p. 32590-32611.
6. De Pablo Hernández C. El síndrome de Burnout y los profesionales sanitarios. *Nursing.* 2007;25:60-5.
7. Gaynés E, Gimenes M, Portell M. El burnout en los profesionales sanitarios: una aproximación bibliométrica. *Arch Prev Riesgos Labor.* 2004;7:101-8.
8. Sánchez Ventín V, Jiménez Pereira I, García Méndez L. Burnout en médicos de Atención Primaria de los centros de salud del municipio de Vigo. *Semergen.* 2009;35:211-3.
9. Soto Cámara R, Santamaría Cuesta MI. Prevalencia del Burnout en la enfermería de atención primaria. *Enfer Clin.* 2005;15:123-30.
10. Soriano Fuentes S. Valoración del estado de salud de los médicos de atención primaria en la provincia de Cádiz. *Aten Primaria.* 2009;41:55-6.
11. Dyrbye LN, Massie Jr FS, Eacker A, Harper W, Power D, Durning SJ, et al. Relationship between burnout and professional attitudes among US medical students. *JAMA.* 2010;304:1173-80.
12. Maslach C, Jackson SE. MBI inventario de burnout de Maslach. Madrid: TEA; 1997.
13. Vela-Buenoa A, Moreno-Jiménez B, Rodríguez-Muñoz A, Olavarrieta-Bernardino S, Fernández-Mendoza J, De la Cruz-Troca JJ, et al. Insomnia and sleep quality among primary care physicians with low and high burnout levels. *J Psychosom Res.* 2008;64:435-42.
14. Martín Fernández J, Gómez Gascón T, Martínez García-Olalla C, del Cura González MI, Cabezas Peña MC, García Sánchez S. Measurement of the evaluative capacity of the CVP-35 questionnaire for perceiving the quality of professional life. *Aten Primaria.* 2008;40:327-34.
15. Bernaldo de Quirós-Aragón M, Labrador-Encinas FJ. Evaluación del estrés laboral y burnout en los servicios de urgencia extra-hospitalaria. *Int J Clin Health Psychol.* 2007;7:323-35.
16. Bovier PA, Arigoni F, Schneider M, Gallacchi MB. Relationships between work satisfaction, emotional exhaustion and mental health among Swiss primary care physicians. *Eur J Public Health.* 2009;19:611-7.
17. Soler JK, Yaman H, Esteva M, Dobbs F, Asenova RS, Katic M, et al. Burnout in European family doctors: The EGPRN study. *Fam Pract.* 2008;25:245-65.
18. Williams JR. The Declaration of Helsinki and public health. WHO. 2008;86:650-1 [consultado 17 Dic 2010]. Disponible en: <http://www.wma.net/es/20activities/10ethics/10helsinki/index.html>
19. Real Decreto 561/1993, de 16 de abril, por el que se establecen los requisitos para la realización de ensayos clínicos con medicamentos. BOE n.º 114, de 13 mayo de 1993. p. 14346-14364.
20. Ley 14/2007, de 3 de julio, de Investigación biomédica. BOE n.º 159 de 4 de julio de 2007. p. 28826-48 [consultado 17 Dic 2010]. Disponible en: http://www.boe.es/aeboe/consultas/bases_datos/doc.php?id=BOE-A-2007-12945
21. Matía Cubillo AC, Cordero Guevara J, Mediavilla Bravo J, Pereda Riguera MJ. Prevalencia de Burnout y variables asociadas en los médicos de atención primaria de Burgos. *Aten Primaria.* 2006;38:58-60.
22. Matía cubillo AC, Cordero Guevara J, Mediavilla Bravo JJ, Pereda Riguera MJ, González Castro ML, González Sanz A. Evolución del Burnout y variables asociadas en los médicos de atención primaria. *Aten primaria.* 2012;44:532-9.
23. Martínez de la Casa Muñoz C, del Castillo Comas E, Magana Loarte I, Bru Espino A, Franco Moreno. Estudio sobre la prevalencia del burnout en los médicos del Área Sanitaria de Talavera de la Reina. *Aten Primaria.* 2003;32:343-8.
24. Molina Siguero A, García Pérez MA, Alonso González M, Cecilia Cermeño P. Prevalence of worker burnout and psychiatric illness in primary care in a health care area in Madrid. *Aten Primaria.* 2003;31:564-74.
25. Cebriá J, Palma C, Sobrequés J, Ger S, Ferrer M, Segura J. Evolución del síndrome de desgaste profesional en médicos de familia: estudio longitudinal a los 5 años. *Semergen.* 2008;34:107-12.
26. Cebriá J, Segura J, Corbella S, Sos P, Comas O, García M, et al. Personality traits and burnout in family doctors. *Aten Primaria.* 2001;27:459-68.
27. Grau A, Súnier R, Prats M, Braga F. Influencia de los factores personales, profesionales y transnacionales en el síndrome de burnout en personal sanitario hispanoamericano y español. *Rev Esp Salud Pública.* 2009;83:215-30.
28. Domínguez Fernández JM, Herrera Clavero F, Villaverde Gutiérrez MC, Padilla Segura I, Martínez Bagur ML, Domínguez Fernández J. Síndrome de desgaste profesional en trabajadores de atención a la salud en el área sanitaria de Ceuta. *Aten Primaria.* 2012;44:30-5.
29. Maslach C, Jackson S. The role of sex and family variables in burnout. *Sex Roles.* 1985;12:837-51.
30. Deschamps A, Olivares SB, de la Rosa KL, Asunsolo A. Influencia de los turnos de trabajo y las guardias nocturnas en la aparición del síndrome de burnout en médicos y enfermeras. *Med Seg Trab.* 2011;57:224-41.