



ORIGINAL

Prevalencia del síndrome del *burnout* y factores asociados a dicho síndrome en los profesionales sanitarios de Atención Primaria



D. Navarro-González^{a,*}, A. Ayechu-Díaz^b e I. Huarte-Labiano^b

^a Servicio de Urgencias, Hospital García Orcoyen, Estella/Lizarraga, Navarra, España

^b Centro de Salud de Larraga, Navarra, España

Recibido el 8 de noviembre de 2013; aceptado el 13 de marzo de 2014

Disponible en Internet el 22 de mayo de 2014

PALABRAS CLAVE

Agotamiento profesional;
Atención Primaria de salud;
Satisfacción en el trabajo;
Estrés psicológico;
Cuestionarios

Resumen

Introducción: El agotamiento profesional es una afección emergente entre los profesionales sanitarios. El objetivo del estudio es determinar la prevalencia del síndrome de *burnout* entre los trabajadores de Atención Primaria, determinar las diferencias de prevalencia entre médicos, pediatras, ATS-DUE, administrativos y trabajadores sociales, y evaluar las variables asociadas.

Materiales y métodos: Estudio descriptivo transversal en 54 centros de salud de Navarra desde septiembre a diciembre de 2010, con 178 profesionales pertenecientes a los 5 grupos de estudio. Cuestionario anónimo autoadministrado que incluye: el *Maslach Burnout Inventory* y una encuesta sobre variables sociodemográficas y laborales.

Resultados: La prevalencia de *burnout* en los profesionales de Atención Primaria fue del 39,3%. Presentaron mayores niveles los administrativos y los médicos de familia, con una OR frente a ATS-DUE de 4,58 y 5,37, respectivamente, en la dimensión de cansancio emocional, 4,98 y 2,87 en despersonalización, y 8,37 para los administrativos en realización personal. Encontramos asociación del *burnout* con los siguientes factores: ser varón (para las dimensiones de cansancio emocional y despersonalización, cifras de 25,5 y 31,9%, respectivamente), trabajar en un área urbana (para cansancio emocional y despersonalización, 20 y 27,8%, respectivamente), consumo de psicofármacos (para cansancio emocional, 30%), tamaño del cupo (para despersonalización, con una media de 1.565 pacientes), y presión asistencial (para cansancio emocional y despersonalización, medias de 170,35 y 153,54 pacientes/semana, respectivamente).

Conclusiones: Aproximadamente un tercio de los profesionales de Atención Primaria presentaron niveles altos de *burnout*, asociado principalmente con el área de trabajo, el tamaño del cupo y el grupo profesional, con mayor prevalencia en administrativos y médicos de familia.

© 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: davidsilos@hotmail.com (D. Navarro-González).

KEYWORDS

Professional burnout;
Primary Health Care;
Job satisfaction;
Psychological stress;
Questionnaires

Prevalence of burnout syndrome and its associated factors in Primary Care staff**Abstract**

Introduction: Burnout syndrome is an emerging disease among health professionals. The aim of this study is to determine the prevalence of occupational burnout among Primary Care staff, as well as to determine the differences in prevalence between family doctors, paediatricians, nurses, administrative-officers, and social-workers, and to evaluate the different related factors.

Materials and methods: A cross-sectional, descriptive study was conducted on 178 professionals from 5 different occupational groups in 54 Primary Care centres in Navarre from September to December 2010. An anonymous, self-administered questionnaire that included: the Maslach Burnout Inventory and a questionnaire on socio-demographic and work-related factors.

Results: Burnout was detected in 39.3% of staff. Those with higher levels are administrative-officers and family doctors, with an OR compared to nurses of 4.58 and 5.37, respectively in the dimension of emotional exhaustion, 4.98 and 2.87 in depersonalization, and 8.37 for administrative-officers in personal accomplishment. An association was found between burnout and the following factors: to be a male (for the dimensions of emotional exhaustion and depersonalization, 25.5 and 31.9%, respectively), to be employed in an urban area (for emotional exhaustion and depersonalization, 20 and 27.8%, respectively), use of psychiatric medication (for emotional exhaustion, 30%), size of patient-quota (for depersonalization, with an average of 1,565 patients), and welfare pressure (for emotional exhaustion and depersonalization, averages of 170.35 and 153.54 patients/week, respectively).

Conclusions: About one-third of Primary Care professionals have a high level of burnout, which is mainly associated with the working area, the size of the quota, and professional group, with higher prevalence in administrative-officers and family doctors.

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

Introducción

El síndrome del *burnout*¹ (BO) es un síndrome de fatiga emocional que cursa con la sensación de agotamiento, decepción y pérdida de interés por la actividad laboral, que surge especialmente en aquellos que se dedican a profesiones cuyo objeto de trabajo son las personas².

Freudenberger introdujo el término en 1974 cuando observó cómo los voluntarios que trabajaban con toxicómanos, tras un tiempo en su puesto de trabajo, sufrían una pérdida de energía, para luego llegar al agotamiento y la desmotivación por su labor.

El BO se compone de 3 dimensiones³⁻⁶:

1. Agotamiento o cansancio emocional (CE), definido como el cansancio y fatiga que puede manifestarse física y/o psíquicamente. Es la sensación descrita como no poder dar más de sí mismo a los demás.
2. Despersonalización (DP) como desarrollo de sentimientos, actitudes y respuestas negativas, distantes y frías hacia otras personas, especialmente hacia los beneficiarios del propio trabajo.
3. Baja realización personal (RP), que se caracteriza por una desilusión para dar sentido a la propia vida y hacia los logros personales, con sentimientos de fracaso y baja autoestima.

En España², la investigación de este fenómeno es más reciente y menos abundante, y se ha dirigido principalmente al sector sanitario^{7,8}. Se le conoce comúnmente con la terminología de síndrome de estar quemado⁵, desgaste profesional y desgaste psíquico. La mayor parte de la evaluación del constructo de BO se ha desarrollado a través de diversos instrumentos. El *Maslach Burnout Inventory* (MBI)⁹, de Maslach y Jackson (1986)¹⁰, es el más utilizado entre los investigadores. Valora las 3 dimensiones propuestas por las autoras del constructo: CE, DP y baja RP en el trabajo.

El objetivo del estudio es determinar la prevalencia del síndrome de BO entre los trabajadores de Atención Primaria (AP) del Servicio Navarro de Salud, determinar las diferencias de prevalencia entre el personal médico, de enfermería, los administrativos y los trabajadores sociales de AP, y evaluar las distintas variables sociodemográficas y laborales asociadas.

Sujetos y métodos**Población de estudio**

La población de estudio está formada por los trabajadores de AP de los 54 centros de la Comunidad de Navarra, que cumplieran los criterios de inclusión, durante los meses de septiembre a diciembre de 2010.

Criterios de inclusión

Los sujetos estudiados debían cumplir los requisitos de pertenecer a uno de los 5 grupos de estudio (1) médicos de familia; 2) pediatras; 3) ATS-DUE; 4) administrativos, y 5) asistentes/trabajadores sociales), y firmar el consentimiento para participar.

El total de sujetos que cumplían estos criterios en los 54 centros eran 1.036, de los 1.080 profesionales trabajadores de AP del Servicio Navarro de Salud. Otros profesionales, que no cumplían los criterios de inclusión, fueron fisioterapeutas (5), celadores (20), telefonistas (1), farmacéuticos (14), practicantes (3) y técnicos de gestión sanitaria (1). Tuvimos en cuenta a los trabajadores sociales para los resultados descriptivos del estudio, pero no se han incluido a la hora de comparar las diferencias intergrupales de prevalencia de BO, al encontrarnos con una muestra reducida ($n=7$).

Cálculo del tamaño muestral

Se calculó el tamaño muestral necesario para estimar los parámetros de interés con una seguridad del 95% ($\alpha=0,05$) y con una precisión de $\pm 5\%$, asumiendo que la prevalencia esperada es de un 35% (según el estudio EGPRN⁶ europeo de BO en médicos) y un 15% de pérdidas. El total de profesionales necesario fue de 262. Se realizó una selección estratificada según la pertenencia a área rural o urbana, para que estuvieran representadas en la misma proporción que en la población general.

Tras dicha aleatorización estratificada de la muestra de 1.036 profesionales, se envió un primer correo vía e-mail al 36% de la muestra, con un recordatorio al mes, también vía e-mail, y un segundo recordatorio vía telefónica a los 2 meses, a través del director del centro correspondiente. Los investigadores aprovecharon cada envío para explicar el motivo del estudio y las instrucciones de relleno de cada instrumento. Todos los sujetos respondieron de forma anónima y confidencial, y dieron su consentimiento mediante su firma para participar en la investigación. El estudio no fue enviado a ningún comité ético.

Instrumentos de medición y variables principales

Los sujetos fueron invitados a contestar a 2 cuestionarios diferentes:

1. MBI⁹. Este cuestionario fue validado por Maslach y Jackson en 1986¹⁰. Está formado por 22 ítems en forma de afirmaciones sobre los sentimientos y actitudes del profesional en su trabajo y hacia los clientes. Esta escala es la que ha demostrado mayor validez y fiabilidad (entre un 0,75 y 0,90). Se utilizó una versión traducida y validada de la original, ya empleada en estudios realizados en España^{2,7,8}, que valora el desgaste profesional en las dimensiones de CE, DP y RP. El resultado de este cuestionario se obtiene en 3 variables numéricas (una por cada dimensión), con los siguientes puntos de corte: CE bajo, ≤ 18 , CE medio de 19-26 y CE alto, ≥ 27 ; DP bajo, ≤ 5 , DP media de 6-9 y DP alta, ≥ 10 , y RP, baja ≤ 33 , RP media de 34-39 y RP alta, ≥ 40 . Las subescalas de CE y

DP indican mayor desgaste a mayor puntuación. La RP funciona en sentido inverso, indicando mayor desgaste las puntuaciones bajas.

- Estas 3 dimensiones consideran el síndrome de estar quemado como una variable continua que se puede experimentar en diferentes niveles, y no como variable dicotómica. Aunque no hay puntuaciones de corte a nivel clínico para medir la existencia o no de BO, puntuaciones altas en AE y DP y baja en RP definen el síndrome¹⁰. En nuestro estudio hemos considerado como prevalencia de BO los niveles altos en al menos una de las 3 dimensiones.
2. Cuestionario de datos generales de elaboración propia, que recoge aspectos sociodemográficos, formativos, características del puesto de trabajo, tipo de contrato laboral, años de experiencia profesional, carga de trabajo, incapacidad temporal, hábitos no saludables, consumo de medicación, situación personal, y pregunta sobre la satisfacción del trabajador en su puesto de trabajo y si ha considerado cambiar de trabajo en los últimos meses.

Análisis estadístico

Se realizó un estudio descriptivo de las variables incluidas. Las variables cuantitativas se expresaron como media. Las variables cualitativas se expresaron como valor absoluto en porcentaje. Se estimó el intervalo de confianza (IC) al 95% en los casos estadísticamente significativos. La comparación de medias se realizó mediante la prueba t de Student para muestras independientes, y la no paramétrica U de Mann-Whitney para las variables que no seguían una distribución normal. Para la asociación de variables cualitativas se empleó el test Chi². Se realizó un análisis multivariante de regresión logística para determinar las variables asociadas a la presencia de BO y determinar su *odds ratio*.

El análisis estadístico de los datos se hizo mediante el programa SPSS[®].

Resultados

Tasas de respuesta

Respondieron 178 profesionales de AP (porcentaje de respuesta del 48%). No se llegó al número de respuestas suficiente que esperábamos. Por ese motivo se dan los resultados con una precisión del 7%.

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre las características de los profesionales que respondieron y las de la población de referencia.

Prevalencia del síndrome de *burnout* en los profesionales

Presentaron niveles elevados en al menos una de las dimensiones un 39,3% de los encuestados; en 2 dimensiones un 11,8% y en las 3 simultáneamente un 4,5% (tabla 1). Dichos niveles fueron mayores en administrativos (al menos una dimensión afectada en hasta un 80%) y médicos de familia (41,3%), mientras que ATS-DUE presentaron los niveles más bajos, con un 22,4%.

Tabla 1 Prevalencia de nivel alto de *burnout* en los distintos grupos profesionales

	Grupo profesional				
	Todos (nivel alto %)	ATS-DUE (nivel alto %)	Médico de familia (nivel alto %)	Pediatra (nivel alto %)	Administrativo (nivel alto %)
Al menos un área afectada	39,3	22,4	41,3	30,8	80
Dos áreas afectadas	11,8	6,9	21,3	7,7	28
Las 3 áreas afectadas	4,5	1,7	5,3	7,7	8

Tabla 2 Prevalencia del síndrome de *burnout* en sus 3 dimensiones y niveles

	Nivel bajo, %	Nivel medio, %	Nivel alto, %
Cansancio emocional	66,3	18	15,7
Despersonalización	61,2	20,2	18,5
Realización personal	47,2	27	25,8

Respecto a la prevalencia por cada dimensión, presentaron altos niveles de BO un 15,7% en CE, un 18,5% en DP y hasta un 25,6% en RP (tabla 2).

Variables cualitativas asociadas al *burnout*

La tabla 3 presenta los niveles de desgaste profesional según sus 3 dimensiones y las variables categóricas.

En las 3 dimensiones del BO se encontraron diferencias estadísticamente significativas en los distintos grupos profesionales.

Los niveles de BO fueron mayores en hombres que en mujeres, siendo estas diferencias estadísticamente significativas en las áreas de CE y DP.

Trabajar en un área rural fue un factor protector para el BO, con diferencias significativas en las dimensiones de CE, con un 10,5% (IC del 95% 3,8-17) en área rural frente al 20% en área urbana (IC del 95% 11,5-28,4), y DP, con niveles de 9,3% (IC del 95% 3-15,5) frente al 27,8% (IC del 95% 18,3-37,2), respectivamente.

Se observó un aumento de consumo de psicofármacos (antidepresivos y ansiolíticos) en los profesionales con mayor puntuación en BO, con diferencias significativas en la dimensión de CE. El consumo de psicofármacos nos reveló cifras de psicomorbilidad global del 11,4%.

Variables cuantitativas asociadas al *burnout*

En la tabla 4 se describe la relación entre las 3 dimensiones del BO y las variables cuantitativas estudiadas. Se comparó la media de las variables en los profesionales con niveles altos de BO, frente a las de aquellos que presentaron niveles bajos o medios de BO.

Aquellos profesionales con mayor presión asistencial, definida como el número de pacientes a la semana que atienden médicos, pediatras y ATS-DUE, presentaron mayores niveles de BO con diferencias estadísticamente significativas en CE y DP, con medias de 170,35 (IC del 95% 136,1-204,6) y 153,54 (IC del 95% 132,9-174,1) pacientes, respectivamente.

El tamaño del cupo también se asoció con mayores niveles de desgaste en DP.

De forma estadísticamente significativa, se observaron niveles elevados de CE en aquellos profesionales con menor número de horas de sueño por la noche. La media de horas fue de 6,76 (IC del 95% 6,5-6,9).

Grado de asociación de las variables implicadas en el *burnout*

Se realizó un análisis logístico multivariante (tabla 5) con aquellas variables que resultaron estadísticamente significativas en las tablas anteriores.

En cuanto a los distintos grupos profesionales, se tomó a los ATS-DUE como grupo de referencia y se obtuvieron unas *odds ratios* para administrativos y médicos de familia de 4,58 y 5,37 en CE, 4,98 y 2,87 en DP, respectivamente, y 8,37 para los administrativos en RP, siendo el resto de comparaciones no significativas. El grupo de pediatras no se asoció con diferencias significativas en ningún área, aunque la tendencia era de un aumento de riesgo.

El número de pacientes en el cupo (menor de 1.500) fue protector, el uso de psicofármacos aumentaba el riesgo de CE, y trabajar en una zona urbana aumentaba el de DP.

Discusión

La prevalencia de BO encontrada en nuestro estudio coincide con la descrita en otros, que se sitúa entre un 69,2 y un 38,9%^{2,3,6,11-13}. Esta discordancia de prevalencias podría explicarse por el uso de diferentes escalas, lo que dificulta su comparación¹⁴⁻¹⁶, o por el distinto punto de corte en el que se considere o no la existencia de BO. Recordamos que en nuestro estudio hemos considerado como prevalencia de BO niveles altos en al menos una de las 3 dimensiones, que es lo que recomiendan las autoras de la escala MBI^{9,10}.

Este es uno de los pocos estudios de BO que abarca a diferentes trabajadores de salud de AP, no solo a médicos de familia, y los compara entre ellos¹⁷⁻²¹.

Uno de los factores que parecen estar más implicados en las diferencias intergrupales es la presión asistencial (número pacientes a la semana). Los médicos de familia tienen una mayor presión con respecto al grupo de ATS-DUE. Cabe destacar que aunque el grupo de pediatras tienen menos número de pacientes/cupo con respecto al grupo de médicos de familia, la presión asistencial es similar y significativamente mayor con respecto al grupo de ATS-DUE.

Hay estudios que no encuentran diferencias en cuanto al sexo^{2,5}. En el nuestro existen mayores niveles de BO en el sexo masculino, coincidiendo estos resultados con los de

Tabla 3 Asociación entre la presencia de síndrome de *burnout* en sus 3 dimensiones y las variables categóricas

	Total, N (%)	Cansancio emocional		Despersonalización		Baja realización personal	
		Prevalencia (%)	p	Prevalencia (%)	p	Prevalencia (%)	p
Sexo			0,035		0,007		0,120
Mujer	129 (73,3)	12,4		14,0		22,5	
Hombre	47 (26,7)	25,5		31,9		34,0	
Estado civil			0,606		0,485		0,818
Casado	134 (77,9)	14,9		16,4		26,9	
Soltero	31 (18)	16,1		25,8		22,6	
Separado/divorciado	7 (4,1)	28,6		28,6		14,3	
Tiene hijos			0,430		0,138		0,690
Sí	130 (73,9)	14,6		16,2		26,9	
No	46 (26,1)	19,6		26,1		23,9	
Trabaja el cónyuge			0,256		0,572		0,393
Sí	128 (88,3)	16,4		17,2		27,3	
No	17 (11,7)	5,9		11,8		17,6	
Área de trabajo			0,079		0,002		0,124
Rural	86 (48,9)	10,5		9,3		20,9	
Urbana	90 (51,1)	20,0		27,8		31,1	
Grupo profesional			0,042		0,120		< 0,001
ATS-DUE	58 (33,2)	5,2		8,6		17,2	
Médico de familia	75 (42,1)	22,7		21,3		24,0	
Pediatra	13 (7,3)	7,7		23,1		15,4	
Administrativo	25 (14)	20,0		32,0		64,0	
Situación laboral			0,671		0,817		0,791
Fijo	119 (68)	16,8		19,3		26,9	
Eventual	56 (32)	14,3		17,9		25,0	
Trabajo en grupo			0,944		0,225		0,665
Sí	136 (79,1)	16,2		19,9		25,7	
No	36 (20,9)	16,7		11,1		22,2	
Realización de guardias			0,449		0,382		0,813
Sí	47 (32,6)	17,0		12,8		21,3	
No	97 (67,4)	12,4		18,6		19,6	
Fumador			0,997		0,363		0,973
Sí	19 (10,7)	15,8		26,3		26,3	
No	158 (89,3)	15,8		17,7		25,9	
Bebedor			0,587		0,267		0,387
Sí	86 (48,9)	17,4		22,1		29,1	
No	90 (51,1)	14,4		15,6		23,3	
Psicofármacos			0,050		0,365		0,595
Sí	20 (11,4)	30,0		25,0		30,0	
No	155 (88,6)	13,5		16,8		24,5	
Ha considerado cambiar de trabajo en los últimos meses			0,010		0,555		0,030
Sí	38 (21,8)	28,9		21,1		39,5	
No	136 (78,2)	11,8		16,9		22,1	

Resultados de la prueba estadística χ^2 (comparación de proporciones).

otras publicaciones^{1,3,16}; esto podría indicar que las mujeres presentan mayores recursos psicológicos para luchar contra los factores estresantes o mayor grado de conformismo. En nuestro estudio también podría explicarse porque el 98% de los ATS-DUE son mujeres, grupo profesional con menor prevalencia de BO.

A pesar de que en la mayoría de los estudios se aprecia cómo el desgaste profesional se acentúa con los años^{6,12,16}, en nuestro trabajo no hemos encontrado asociación entre la edad y el BO. Esto puede deberse en nuestro caso a que

tenemos una muestra de profesionales relativamente joven, con una media de 45,7 años.

Observamos que el BO está directamente relacionado con un incremento del consumo de tabaco, alcohol y psicofármacos. Es un dato objetivo de las consecuencias del BO en la salud mental de los trabajadores, ya descrito en otros estudios canadiense y suizo^{16,22}. Sin embargo, este es uno de los primeros estudios en España que revelan la repercusión del BO en la salud mental de los profesionales de AP, con datos tan alarmantes como el del riesgo 7 veces superior

Tabla 4 Asociación entre la presencia de *burnout* en sus 3 dimensiones y las variables cuantitativas

	Global	Alto cansancio emocional			Alta despersonalización			Baja realización personal		
		No presente	Presente	p	No presente	Presente	p	No presente	Presente	p
Edad	45,57 (9,4)	45,7 (9,4)	44,5 (9,3)	0,547	45,8 (9,5)	44,3 (9,0)	0,418	45,9 (9,3)	44,3 (9,6)	0,319
Número de hijos	2 (2-3)	2 (2-3)	2 (2-3)	0,755	2 (2-3)	2 (2-3)	0,834	2 (2-3)	2 (1-3)	0,908
Tiempo en actividad	19,39 (9,9)	19,5 (10,0)	18,4 (9,3)	0,599	19,6 (9,9)	18,1 (9,7)	0,448	19,9 (9,9)	17,7 (9,6)	0,215
Tiempo servicio actual	8,19 (8,3)	8,3 (8,5)	7,2 (7,4)	0,519	8,4 (8,6)	6,9 (6,6)	0,339	8,3 (8,8)	7,8 (7,6)	0,724
Horas de trabajo por semana	35,33 (8,7)	35,1 (8,4)	36,4 (10,1)	0,462	35,2 (8,8)	35,6 (8,4)	0,832	35,2 (9,4)	35,6 (6,2)	0,800
Kilómetros diarios	10 (2-50)	11 (3-50)	6 (0-64)	0,364	18 (3-50)	4 (0-10)	0,147	17 (0-50)	7 (2-50)	0,702
Horas de sueño de media diaria	7 (7-7,5)	7,0 (7,0-7,5)	7,0 (6,5-7,0)	0,023	7,0 (7,0-7,5)	7,0 (6,5-7,0)	0,409	7,0 (7,0-7,5)	7,0 (6,5-7,0)	0,378
Días de baja por enfermedad último año	3,34 (9,4)	3,4 (12,5)	2,8 (5,6)	0,829	3,2 (11,8)	3,9 (11,1)	0,737	3,8 (13,2)	1,9 (4,8)	0,345
Pacientes/cupo	1.349,8 (396,6)	1.331,6 (408,7)	1.446,3 (316,4)	0,249	1.301,4 (413,2)	1.565,0 (208,4)	0,005	1.333,4 (407,4)	1.418,7 (346,7)	0,356
Pacientes/semana (presión asistencial)	127,21 (63,3)	119,2 (57,4)	170,3 (76,6)	0,001	121,1 (64,6)	153,5 (50,4)	0,023	126,7 (65,0)	129,2 (56,7)	0,862
Guardias al mes	4,42 (2,5)	4,4 (2,6)	4,1 (2,1)	0,721	4,5 (2,5)	3,8 (2,6)	0,549	4,3 (2,6)	4,7 (2,2)	0,697
Satisfacción en su trabajo diario	7,2 (1,7)	7,5 (1,2)	5,3 (2,3)	<0,001	7,4 (1,5)	6,1 (1,9)	<0,001	7,6 (1,3)	6,1 (2,1)	<0,001

Datos expresados mediante media (desviación típica) o mediana (rango intercuartílico). Test de comparación: t de Student para muestras independientes y U de Mann-Whitney, según normalidad de las variables.

Tabla 5 Resultados de los modelos multivariantes para cada una de las dimensiones de *burnout*

Modelo	Variable	Odds ratio (IC 95%)	p
Modelo para cansancio emocional			
<i>Grupo profesional</i>			0,020
	ATS/DUE	Referencia	
	Médicos de familia	5,37 (1,50-19,4)	
	Pediatras	1,53 (0,20,15,9)	
	Administrativos	4,58 (1,1-20,9)	
<i>Uso de psicofármacos</i>			0,018
	No	Referencia	
	Sí	7,6 (1,4-41,1)	
<i>Presión asistencial (pacientes/semana)</i>			0,034
<i>Satisfacción laboral (1-10)</i>			< 0,001
Modelo para despersonalización			
<i>Área de trabajo</i>			0,043
	Rural	Referencia	
	Urbana	3,31 (1,1-10,5)	
<i>Grupo profesional</i>			0,054
	ATS/DUE	Referencia	
	Médicos de familia	2,87 (0,9-8,3)	
	Pediatras	3,18 (0,7-15,5)	
	Administrativos	4,98 (1,4-17,3)	
<i>Tamaño del cupo</i>			0,003
	> 1.500 pacientes	Referencia	
	< 1.500 pacientes	0,40 (0,22-0,73)	
<i>Satisfacción laboral (1-10)</i>			0,006
Modelo para baja realización personal			
<i>Grupo profesional</i>			0,005
	ATS/DUE	Referencia	
	Médicos de familia	1,12 (0,43-3,1)	
	Pediatras	0,73 (0,2-4,8)	
	Administrativos	8,37 (2,4-29,8)	
<i>Satisfacción laboral (1-10)</i>			0,001

de consumo de psicofármacos en niveles elevados de CE. El consumo de psicofármacos en los últimos 12 meses en los profesionales sanitarios (11,4%) es superior a la media de la población general española, que se sitúa en el 9,6%²³.

Los resultados de este estudio muestran una relación estrecha entre el nivel de satisfacción en el trabajo y las 3 escalas del desgaste profesional. Esta relación también ha sido descrita en algunos trabajos realizados en España y Europa^{3,6,11}. Incluso algún estudio ha descrito la satisfacción como un elemento protector ante el estrés laboral. Recomendamos utilizar la pregunta de satisfacción laboral, con escala del 1 al 10, para evaluar el grado de BO de los trabajadores. Es un planteamiento sencillo, rápido, que podría ser utilizado como *screening* inicial de BO.

Este estudio nos lleva a replantearnos cuáles son las verdaderas causas del BO^{16,24-26}. No parecen influir tanto factores como el salario, las guardias o la edad^{6-8,16}, y sí otros como la presión asistencial o el tipo de trabajo que se realiza en función del área rural o urbana²⁷⁻²⁹.

Limitaciones del estudio

La limitación principal de nuestro estudio es su naturaleza transversal, que excluye la evaluación de temporalidad y causalidad de las relaciones observadas.

Otra de las limitaciones del estudio es la baja tasa de respuesta (48%). Tuvimos que presentar los resultados con una presión del 7% en vez del 5% del diseño inicial. Este tipo de estudios suelen tener una baja tasa de respuesta. Si el motivo por el que los trabajadores no respondieron al cuestionario fue por falta de motivación, los resultados de nuestro estudio estarían infraestimados (sesgo de no respuesta). No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre las características de los profesionales que respondieron y las de la población de referencia.

Sin duda existen otros factores que pueden influir en el BO que no hemos podido medir. Por ejemplo, el contexto de restricción presupuestaria de la sanidad, la burocratización, el escaso tiempo de consulta o el desequilibrio entre las expectativas del paciente y las posibilidades^{5,12,24,28,29}.

Conclusiones

Encontramos elevados niveles de BO en los trabajadores de AP, siendo alarmante la prevalencia observada en administrativos y médicos de familia, con 3 a 5 veces más riesgo de padecer el síndrome respecto a enfermería. Trabajar en un área urbana, con un tamaño de cupo elevado y con una gran presión asistencial son los principales factores asociados. Esta alta prevalencia se ve reflejada en la salud mental

de los trabajadores, con un consumo de psicofármacos superior a la media poblacional española. La sencilla pregunta «Del 1 al 10, ¿cuál es su satisfacción laboral?» se correlaciona proporcionalmente con las puntuaciones del MBI, y es una técnica útil y rápida de *screening*.

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

No existen conflictos de intereses por parte de los autores en el desarrollo y publicación de este estudio, ni relaciones financieras con ninguna entidad.

Agradecimientos

A Berta y Koldo, del Centro de Investigación Metodológica del Complejo Hospitalario de Navarra, por su orientación y ayuda con el análisis de datos estadísticos.

Bibliografía

- Sibbald B, Enzer I, Cooper C, Rout U, Sutherland V. GP job satisfaction in 1987, 1990 and 1998: Lessons for the future? *Fam Pract*. 2000;17:364–71.
- Cebrià 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.
- Prieto-Albino L. Burnout among primary care physicians. *Aten Primaria*. 2001;28:444–5.
- Su M. The work life. *J Am Board Fam Pract*. 2003;16:175–7.
- Sobrequés J, Cebrià J, Segura J, Rodríguez C, García M, Juncosa S. Job satisfaction and burnout in general practitioners. *Aten Primaria*. 2003;31:227–33.
- Soler JK, Yaman H, Esteva M, Dobbs F, Asenova RS, Katic M, et al., European General Practice Research Network Burnout Study Group. Burnout in European family doctors: The EGPRN study. *Fam Pract*. 2008;25:245–65.
- Grau A, Flichtentrei D, Suñer R, Prats M, Braga F. Influencia de factores personales, profesionales y transnacionales en el síndrome de burnout en personal sanitario hispanoamericano y español (2007). *Rev Esp Salud Publica*. 2009;83:215–30.
- Atance-Martínez JC. Aspectos epidemiológicos del síndrome de burnout en personal sanitario. *Rev Esp Salud Publica*. 1997;71:293–303.
- Maslach C. Burnout: A social psychological analysis. En: Jones JW, editor. *The burnout syndrome*. California: Berkeley University of California; 1981.
- Maslach C, Jackson SE. *Maslach Burnout Inventory*. Manual Research Edition. Palo Alto: University of California, Consulting Psychologist Press; 1986.
- Dealing with job dissatisfaction in medicine. *Lancet*. 2001;357:1377.
- Esteva M, Larraz C, Soler J, Yaman H. Burn-out in Spanish general practitioners. *Aten Primaria*. 2005;35:108–9.
- Sánchez V, Jiménez I, García L. Burnout en médicos de Atención Primaria de los centros de salud del municipio de Vigo. *Semergen*. 2009;35:211–3.
- Peláez MA. Burnout y variables asociadas en médicos de atención primaria. *Aten Primaria*. 2013;45:123–4.
- 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.
- Goehring C, Bouvier Gallacchi M, Künzi B, Bovier P. Psychosocial and professional characteristics of burnout in Swiss primary care practitioners: A cross-sectional survey. *Swiss Med Wkly*. 2005;135:101–8.
- Weng H, Hung C, Liu Y, Cheng Y, Yen C, Chang C, et al. Associations between emotional intelligence and doctor burnout, job satisfaction and patient satisfaction. *Med Educ*. 2011;45:835–42.
- Ortega-Ruiz C, López-Ríos F. El burnout o síndrome de estar quemado entre los profesionales sanitarios: revisión y perspectivas. *Int J Clin Health Psychol*. 2004;1:137–60.
- Anaya-Aceves JL, Ortiz-García AC, Panduro-Vargas DR, Ramírez-Rodríguez G. Burnout syndrome in family doctors and physician assistants. *Aten Primaria*. 2006;38:467–8.
- De Dios R, Franco A. Prevalencia de burnout entre los profesionales de Atención Primaria, factores asociados y relación con la incapacidad temporal y la calidad de la prescripción. *Semergen*. 2007;33:58–64.
- Albaladejo 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 Publica*. 2004;78:505–16.
- Lee FJ, Stewart M, Brown JB. Stress, burnout, and strategies for reducing them: What's the situation among Canadian family physicians? *Can Fam Physician*. 2008;54:234–5.
- Ricci-Cabello I, Ruiz-Pérez I, Plazaola-Castaño J, Plazaola-Castaño I. Morbilidad psíquica, existencia de diagnóstico y consumo de psicofármacos. Diferencias por comunidades autónomas según la Encuesta Nacional de Salud de 2006. *Rev Esp Salud Publica*. 2010;84:29–41.
- Biaggi P, Peter S, Ulich E. Stressors, emotional exhaustion and aversion to patients in residents and chief residents - What can be done? *Swiss Med Wkly*. 2003;133:339–46.
- Anguita-Guimet A, Ortiz-Molina J, Sitjar-Martínez de Sas S, Sisó-Almirall A, Menacho-Pascual I, Sebastián-Montal L. Nuevo modelo de autogestión profesional en atención primaria. *Semergen*. 2012;38:79–86.
- Görgens-Ekermans G, Brand T. Emotional intelligence as a moderator in the stress-burnout relationship: A questionnaire study on nurses. *J Clin Nurs*. 2012;21:2275–85.
- Torras MT, Pardo C, Bernat MJ, Bernat JA, Masfred L. Burn-out en un centro de salud urbano. *Semergen*. 2003;29:46–7.
- Krasner MS, Epstein RM, Beckman H, Suchman AL, Chapman B, Mooney CJ, et al. Association of an educational program in mindful communication with burnout, empathy, and attitudes among primary care physicians. *JAMA*. 2009;302:1284–93.
- Ratanawongsa N, Roter D, Beach MC, Laird SL, Larson SM, Carson KA, et al. Physician burnout and patient-physician communication during primary care encounters. *Gen Intern Med*. 2008;23:1581–8.