

de PSA, con un valor de 0,15 propuesto como punto de corte por algunos autores para diferenciar entre CP e HBP¹⁰. La *velocidad de PSA*, descrita al observarse una velocidad de incremento mayor de 0,75 ng/ml por año en pacientes con CP a lo largo de su evolución antes de que el tumor se hiciera clínicamente importante¹¹, y el *PSA ajustado a la edad*, descrito al observarse que sus valores aumentan de forma directamente proporcional a ésta¹². Todos ellos son parámetros a tener en cuenta en un futuro próximo, aunque en la actualidad no existe evidencia suficiente para recomendarlos en el cribado poblacional de CP. De hecho, ningún grupo de trabajo los ha incluido entre sus determinaciones rutinarias. Por último, debemos destacar que, ante la falta de evidencia actual a favor del cribado poblacional de CP, la mayoría de grupos de trabajo no lo recomiendan (tabla 1). Por ello, como refieren en sus cartas ambos autores, probablemente la actuación más prudente a seguir sea la de informar al paciente de los riesgos y beneficios que conlleva la realización de las distintas pruebas para detectar el CP y actuar en consecuencia una vez conocida su opinión.

G. de Teresa Romero^a,
V. Casado Vicente^b, J. Ibáñez Frías^b
y M.A. Udaondo Cascante^a

^aResidente de MFyC. ^bMédico de Familia.
Centro de Salud Parquesol. Valladolid.

1. Oller Colom M, Jiménez Navarrete S, Hidalgo García, Calvo Rosa E, Pérez Herrero MM, Castellanos Duarte MM et al. Actitud del médico de atención primaria en la detección precoz del cáncer de próstata mediante el antígeno prostático específico. *Aten Primaria* 2000; 26: 323-326.
2. De Lorenzo-Cáceres Ascanio A. «Afortunadamente no tiene usted nada». El PSA y el cribado del cáncer de próstata. *Aten Primaria* 2001; 27: 284-285.
3. ERSPC, Schröder FH. The European screening Study for Prostate Cancer. *Can J Oncol* 1994; 4: 102-109.
4. Gohagan JK, Prorok PC, Kramer BS, Cornett JE. Prostate cancer screening in the Prostate, Lung, Colorectal and Ovarian Cancer Screening Trial of the National Cancer Institute. *J Urol* 1994; 5: 1905-1909.

5. Labrie F, Candas B, Dupont A, Cusan L, Gomez JL, Suburu RE et al. Screening decreases prostate cancer death: first analysis of the 1988 Quebec prospective randomised controlled trial. *Prostate* 1999; 38: 83-91.
6. Brawer MK, Chetner MP, Buchner SM, Vessella RL, Lange PH. Screening for prostatic carcinoma with PSA. *N Engl J Med* 1991; 324: 1156-1161.
7. Smith DS, Catalona WJ. The nature of prostate cancer detected through prostate specific antigen based screening. *J Urol* 1994; 152: 1732-1736.
8. Catalona WJ, Richie JP, Ahmann FR, Hudson MA, Scardino PT, Flanigan RC et al. Comparison of digital rectal examination and serum prostate specific antigen in the early detection of prostate cancer: results of a multicentre clinical trial of 6630 men. *Journal of Urology* 1994; 151: 1283-1290.
9. Polascik TJ, Oesterling JE, Partin AW. PSA: a decade of discovery - what we have learned and where we are going-. *J Urol* 1999; 162: 293-306.
10. Bazinet M, Meshref AW, Trudel C, Aronson S, Peloquin F, Nachabe M et al. Prospective evaluation of prostate specific antigen density and systematic biopsies for early detection of prostatic carcinoma. *Urology* 1994; 43: 44-51.
11. Carter HB, Pearson JD, Metter EJ, Brant LJ, Chan DW, Andres R et al. Longitudinal evaluation of prostate specific antigen levels in men with and without prostate disease. *JAMA* 1992; 267: 2215-2220.
12. Oesterling JE, Jacobsen SJ, Chute CG, Guess HA, Girman CJ, Panser LA et al. Serum prostate specific antigen in a community based population of healthy men: establishment of age-specific reference ranges. *JAMA* 1993; 270: 860-864.

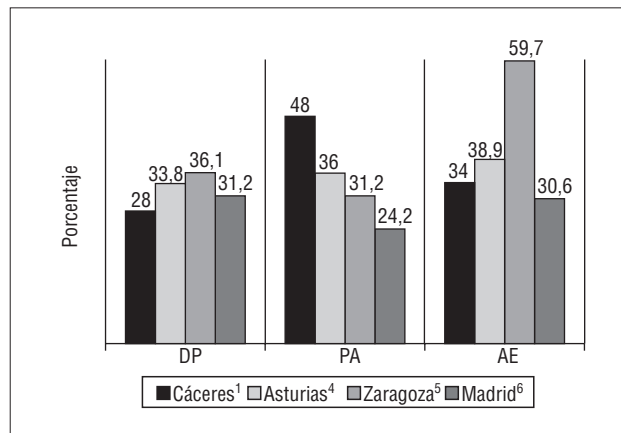
Burnout en médicos de atención primaria

Sr. Director: El síndrome de *burnout* o «estar quemado», conceptualizado como agotamiento y desilusión en el trabajo o sensación de no poder dar más de uno mismo a los demás, tras meses o años de dedicación, sin lograr las expectativas esperadas, está llamado a convertirse en un tema de candente actualidad y uno de los puntos que justifican las reivindicaciones de los médicos de atención primaria dentro de la plataforma de los «diez minutos». Son diversas las escalas o instrumentos que se han empleado para intentar conocer la situación real de este proble-

ma; entre éstas cabe citar la escala de clima social en el trabajo (WES), el Hospital Anxiety and Depresión Scale (HADS), el Índice de Reactividad a Estrés (IRE-32), el cuestionario de Font Roja, etc.; de entre todos ellos, el cuestionario diseñado por Maslach y Jackson (MBI) constituye la escala de medida más conocida y frecuentemente utilizada (valora tres aspectos o dimensiones del desgaste profesional: la *despersonalización* (DP), la *ausencia de logros personales* (PA) y el *agotamiento emocional* (AE), si bien la Escala de Efectos Psíquicos del *Burnout* (EPB) de García y Velandrino (la primera diseñada para la medida del *burnout* en nuestro entorno sociocultural) parece ofrecer una mejor fiabilidad y mayor acuerdo con un carácter unidimensional del *burnout* cuyo núcleo es el agotamiento emocional.

Cualquier trabajador, independientemente de su ocupación, es susceptible de desanimarse y perder entusiasmo por su trabajo; sin embargo, la punta de lanza, o al menos las más estudiadas, son las profesiones que mantienen un contacto directo con la gente, especialmente las del ámbito social, educativo y sanitario; no obstante, son pocos los estudios que abordan dicho tema en el personal médico de primaria de nuestro país y no siempre con la misma escala, circunstancia que dificulta aún más las comparaciones. A este respecto, queremos reseñar que en 1997 realizamos un estudio sobre *burnout* en los 45 médicos de atención primaria del área urbana de Cáceres utilizando el cuestionario MBI en su versión castellana, de forma auto-administrada y anónima, al que contestaron 35 facultativos (tasa de respuesta, 77,7%), cuyos resultados fueron posteriormente comunicados¹. Nuestras medias fueron significativamente superiores respecto al estudio de Atance en Guadalajara² (en el que participaron 45 médicos de primaria con una tasa de respuesta global del 87,4%) en las Escalas de Ausencia de Logros (34,6 ± 8,4 frente a 22,48 ± 2,66; p < 0,001) y Agotamiento Emocional (22,5 ± 12,8 frente a 11,64 ± 3,69; p < 0,001) e inferiores en la de Despersonalización (7,6 ± 6,2 frente a 10,24 ± 2,36; p < 0,05) y muy

Figura 1. Prevalencia de niveles altos de *burnout* en médicos de atención primaria españoles. DP: despersonalización; PA: ausencia de logros personales, y AE: agotamiento emocional.



próximas a las del estudio de Tenerife³ al mostrar éste medias de 7,34, 36,37 y 24,7 para las Escalas de Despersonalización, Ausencia de Logros y Agotamiento Emocional, respectivamente.

La comparación con otros estudios⁴⁻⁶ en cuanto a proporción de facultativos con niveles altos de desgaste en cada una de las escalas se muestra en la figura 1, si bien en este caso se hace necesario hacer alguna consideración: aunque en el estudio de Asturias⁴ la tasa de respuesta fue del 61,35% (contestaron 497 médicos de un total de 810), en el de Zaragoza⁵ fue del 50,34% (responden al cuestionario 144 médicos de un total de 286), mientras que en el de Madrid, recientemente publicado en ATENCIÓN PRIMARIA⁶, es del 44,3% (de un total de 354 contestan 157, y de estos últimos son 95 los facultativos de medicina correspondiendo el resto a enfermeras o auxiliares).

Hay que tener en cuenta que tasas de respuesta inferiores al 60% son cuestionables en cuanto a la representatividad

de los resultados y, siguiendo a Mangione, inaceptables por debajo del 50% (menos de la mitad de los encuestados potenciales), por lo que resultaría necesario estimar el *sesgo de no respuesta*; en nuestro caso, la ampliación del estudio a todos los médicos de la provincia obtuvo una tasa de respuesta del 62%, lo cual nos hizo replantear en su momento la publicación del estudio definitivo al pensar que los resultados no eran lo suficientemente representativos. Evidentemente, una forma de reducir o prevenir dicho sesgo consiste en realizar varias oleadas de envíos de los cuestionarios o/y un recordatorio. Una vez detectado el posible sesgo, éste podría estimarse analizando determinadas características diferenciales entre los que responden y los que no lo hacen, sobre todo si éstas tienen una influencia potencial en el tema del estudio (edad, sexo, presión asistencial, estabilidad laboral, años de trabajo...) o bien proceder a encuestar por otro método (¿entrevista?) a una muestra representativa

de los que no responden ajustando los resultados por el sesgo de no respuesta, lo cual en los estudios anteriores^{5,6} parece difícil, dado el carácter anónimo del cuestionario, si es que no se puede identificar de ninguna forma a los que no responden.

De cualquier forma, es el momento oportuno, si no necesario, de empezar a conocer el verdadero alcance de nuestro «desgaste profesional» promoviendo estudios en nuestra atención primaria pero con una buena planificación.

L. Prieto Albino

Médico de Familia.

Centro de Salud San Jorge. Cáceres.

1. Prieto Albino L, Salazar Martínez LM, Cano Lozano MJ, Salvador Moreno B, Fernández Elizalde G, Robles Agüero E. Desgaste profesional en médicos de atención primaria. Comunicación al XVII Congreso de la semFyC (Panel). Libro de ponencias. Valencia, 1997; 472.
2. Atance Martínez JC. Aspectos epidemiológicos del síndrome de burnout en personal sanitario. Rev Esp Salud Pública 1997; 71: 293-303.
3. De las Cuevas Castresana C. El desgaste profesional en atención primaria: presencia y distribución del síndrome de burnout. Monografía. Madrid: Lab Servier Danval, 1994.
4. Olivar C, González S, Martínez MM. Factores relacionados con la satisfacción laboral y el desgaste profesional en los médicos de atención primaria de Asturias. Aten Primaria 1999; 24: 352-359.
5. De Pablo R, Suberviola JF. Prevalencia del síndrome de burnout o desgaste profesional en los médicos de atención primaria. Aten Primaria 1998; 22: 580-584.
6. Caballero MA, Bermejo F, Nieto R, Caballero F. Prevalencia y factores asociados al burnout en un área de salud. Aten Primaria 2001; 27: 313-317.