

Burnout en médicos de atención primaria de la provincia de Cáceres

L. Prieto Albino^{a,c}, E. Robles Agüero^a, L.M. Salazar Martínez^a y E. Daniel Vega^{b,c}

Objetivos. Analizar el grado de desgaste profesional en médicos de atención primaria de nuestra provincia y la influencia de diversos factores.

Diseño. Estudio transversal, descriptivo y analítico.

Emplazamiento. Provincial, atención primaria.

Sujetos. Todos los médicos de primaria de la provincia de Cáceres (n = 255).

Mediciones. Cuestionario autoadministrado y anónimo, Maslach Burnout Inventory, que valora: despersonalización (DP), autoestima (PA) y agotamiento emocional (AE); variables sociodemográficas, sociolaborales, preguntas personales y medidas adoptadas si hay estrés laboral. Análisis mediante t de Student y Anova (medias) y ji-cuadrado o Fisher (porcentajes).

Resultados principales. Un total de 157 cuestionarios válidos (tasa de respuesta, 62%). La edad media es 41,5 ± 7,2 años; 75% varones, 80,2% casados, 73,2% propietarios, 48,9% ejercen en núcleos urbanos, presión asistencial media de 40,5 ± 16,5 pacientes/día.

Los valores medios obtenidos fueron: DP, 8,3 ± 5,8; PA, 35,2 ± 8,4; AE, 22 ± 11,3; un 65,8% presentó elevadas puntuaciones en alguna de las tres.

Para AE las medias fueron significativamente superiores en varón, propietario, de centro urbano, más de 10 años de antigüedad o atendía a más de 40 pacientes/día.

Un 50% presentaba alteraciones psicofísicas en los 3 meses previos; el 33% soporta mucha burocracia; ambos grupos muestran medias < PA y > AE. Dedicar < 2 h/día al ocio asocia > AE y ser tutor un nivel significativamente superior de *burnout*.

Alteraciones en la esfera familiar o sociolaboral asocian niveles elevados de DP y AE (p < 0,001).

Conclusiones. Coincidiendo con otros estudios, encontramos un nivel moderado de desgaste profesional en nuestros encuestados. La antigüedad, conflictividad sociolaboral y familiar, y ciertas características personales y laborales se asocian con niveles altos de desgaste.

Palabras clave: *Burnout*. Médicos. Atención primaria.

BURNOUT IN PRIMARY CARE DOCTORS OF THE PROVINCE OF CÁCERES

Objectives. To analyse the degree of professional burnout in primary care doctors from our province and the effect of various factors.

Design. Descriptive and analytic cross-sectional study.

Setting. Primary care (PC) in the province.

Participants. All the PC doctors in the province of Cáceres (n=255).

Main measurements and results. Self-administered anonymous questionnaire: the Maslach Burnout Inventory that evaluates Depersonalisation (DP), Self-esteem (SE), and Emotional Exhaustion (EE); social and personal variables, work data, personal questions and measures taken if there was work stress. Student's t test, ANOVA (means), and Chi-square or Fisher test (percentages) were used. 157 valid questionnaires were returned (62% response rate). Mean age was 41.5 years old±7.2; 75% were male, 80.2% married, 73.2% had tenure, 48.9% worked in towns, and their mean case-load was 40.5±16.5 patients/day. Mean values found were: DP, 8.3±5.8; SE, 35.2±8.4; EE, 22±11.3; 65.8% scored high on one of the three. For EE mean scores were significantly higher in men, doctors with tenure, in towns, those with >10 years seniority or who saw >40 patients a day. 50% had had psycho-physical disorders in the previous 3 months; 33% withstood a lot of bureaucracy; both groups had <SE and >EE averages. Dedicating <2 hours a day to leisure was associated with >EE; and being a tutor with a significantly higher level of burnout. Disorders in the family or social/work sphere were associated with high levels of DP and EE (P<.001).

Conclusions. Like other studies, we found a moderate level of burnout in our sample. Seniority, social/labour or family conflict, and certain personal and job characteristics were associated with high burnout.

Key-words: Burnout. Doctors. Primary care.

^aEspecialista en Medicina Familiar y Comunitaria. EAP San Jorge. Cáceres.

^bEspecialista en Psiquiatría. Servicio de Psiquiatría. H.N. Sra. de la Montaña. Cáceres.

^cDoctor en Medicina.

Correspondencia:
Luis Prieto Albino.
C/ San Ignacio, 6, 2.º A.
10003 Cáceres.

Correo electrónico:
lprietal@terra.es

Manuscrito aceptado para su publicación el 17-X-2001.

Introducción

El término *burnout* es sinónimo de desgaste profesional, y su traducción literal al castellano es «estar quemado». Dicho vocablo fue acuñado por Freudenberger¹ en los años setenta tomando un término, por aquel entonces de uso coloquial, que definía los efectos del abuso prolongado de drogas («*burned out on drugs*») para referirse a un estado de cansancio físico y emocional resultante de las condiciones de trabajo. En la década posterior diversos autores elaboraron otras definiciones del síndrome, siendo la más consolidada la realizada por Maslach y Jackson² en 1981, quienes lo consideran como una respuesta inadecuada a un estrés emocional crónico cuyos rasgos principales serían: un agotamiento físico y/o psicológico, una actitud fría y despersonalizada hacia los demás y un sentimiento de inadecuación en las tareas a realizar, unido a la percepción de escasas posibilidades de promoción personal.

Actualmente, se concibe el *burnout* como una serie de alteraciones físicas, conductuales y emocionales que tienen su origen en factores laborales, pero también en individuales (considerados como moduladores) y sociales (admitidos como facilitadores)³. Sin embargo, en muchos individuos quemados aparecen otros síntomas, algunos en clara relación con el entorno laboral, pero otros sobrepasan dicho ámbito, influyendo notablemente en todas las actividades del individuo; dichos síntomas se pueden agrupar en:

– Psicosomáticos (cefaleas, trastornos gastrointestinales, pérdida de peso, dolores osteomusculares, alteraciones menstruales en la mujer, insomnio, hipertensión, asma e incluso patología coronaria⁴).

– Conductuales (absentismo laboral, abuso de drogas, conducta violenta o de alto riesgo, conflictos matrimoniales, consumo elevado de cigarrillos^{3,5}).

– Emocionales (distanciamiento afectivo, irritabilidad, recelos⁶).

– Defensivos (negación de las emociones, atención selectiva, ironía y desplazamiento de afectos⁷), aunque no es fácil distinguir los síntomas del *burnout* de sus efectos, sobre todo los relativos a las alteraciones psíquicas y comportamientos con ellos relacionados.

El *burnout* se considera un proceso o variable continua, de forma que sus aspectos esenciales pueden estar presentes en mayor o menor grado, es decir, su aparición no es de forma súbita, sino que emerge de forma paulatina pasando por 3 estadios: inicialmente el individuo experimenta un estrés debido a que las demandas del trabajo exceden sus recursos físicos o emocionales⁸; más tarde se manifiesta el nerviosismo con síntomas de tensión, fatiga e irritabilidad y, finalmente, aparece el aislamiento emocional y social, el cinismo y la rigidez en el trato con los pacientes y compañeros de trabajo⁹, etapa en la que ya es clara la expresión del *burnout*.

Aunque este cuadro puede manifestarse en múltiples profesiones, es mucho más frecuente en aquellas que han de mantener un contacto directo con la gente, caso de los trabajadores sanitarios, de la educación o del ámbito social. En

el caso de los médicos de atención primaria, ciertas peculiaridades los hacen teóricamente más susceptibles como la sobrecarga de trabajo, las guardias, la competitividad y la necesidad de estar al día, la burocracia, la convivencia con otros miembros del equipo y, sobre todo, el trato directo con los pacientes cuyas demandas físicas y emocionales se trasladan al médico, siendo una fuente importante de angustia el hecho de tener que luchar frente a dos situaciones que con mucha frecuencia le ganan la batalla, como son el sufrimiento humano y la muerte³. Sin embargo, son pocos los estudios que abordan dicho tema en el personal médico de primaria de nuestro país¹⁰. En los médicos, la presentación de *burnout* o de síntomas dependientes del mismo origina alteraciones en la dinámica laboral que se reflejan en una disminución de la calidad de asistencia al enfermo³, por lo que parece oportuno, si no necesario, conocer cuál es la situación actual de este problema para introducir los cambios necesarios, pues es evidente la dudosa eficacia que pueden tener unos trabajadores que a su vez están necesitando ayuda.

El presente estudio pretende analizar el grado de desgaste profesional en médicos de atención primaria de nuestra provincia, la influencia de diversos factores comúnmente asociados y su repercusión en la esfera sociolaboral.

Sujetos y métodos

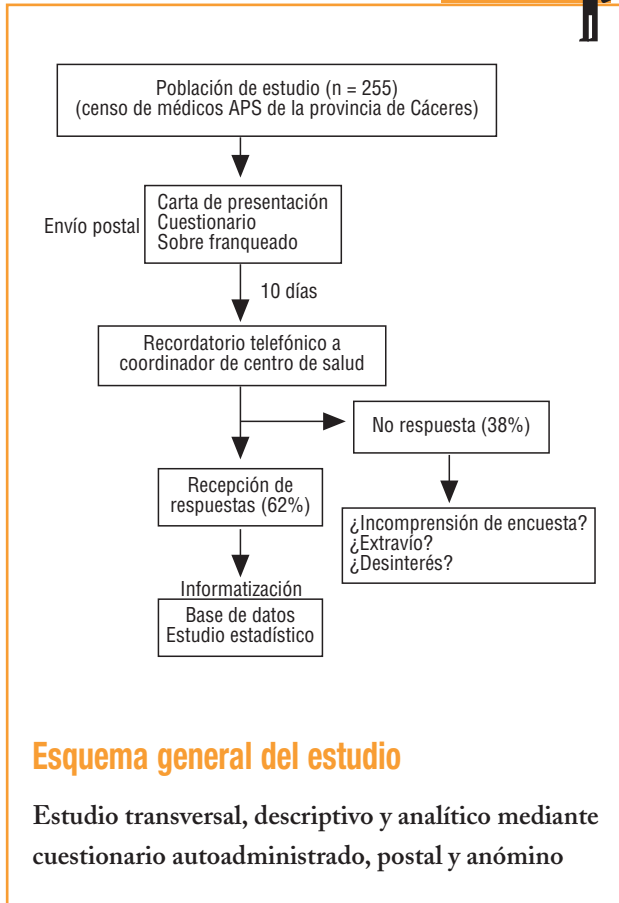
Realizamos un estudio transversal, descriptivo y analítico, en los 255 médicos de atención primaria de la provincia de Cáceres mediante un cuestionario autoadministrado remitido por correo y anónimo que incluía una carta de presentación y un sobre franqueado para su devolución. Se realizó un solo envío con recordatorio a los 10 días.

El cuestionario empleado fue el Maslach Burnout Inventory² en su versión castellana⁹, que valora tres aspectos del desgaste profesional: despersonalización (DP), ausencia de logros personales (PA) y agotamiento emocional (AE), mediante 22 preguntas con escala tipo Likert, de acuerdo con la puntuación que presentamos en la tabla 1.

La encuesta incluía otro bloque de preguntas precodificadas referidas a variables sociodemográficas y profesionales (sexo, edad, estado civil, lugar de trabajo, tipo de plaza, antigüedad en la profesión, antigüedad en la plaza actual, número de guardias mensuales de atención continuada, número de pacientes visitados diariamente, actividades de coordinación de equipo y tutela de residentes de tercer año de medicina de familia) y otras de índole personal, caso de número de horas diarias dedicadas al ocio personal (excluidas las de sueño), número de amigos (considerando tal «a la persona con la que se puede hablar libremente de los propios sentimientos y cuestiones personales»), así como consumo de tabaco.

Además se solicitó una valoración subjetiva de las condiciones de habitabilidad de la consulta (tamaño, ventilación, iluminación, ruidos, mobiliario), del nivel de burocracia mantenido (excluyendo las aperturas y anotaciones en historias clínicas), del nivel de comunicación con el segundo nivel a través de las hojas de interconsulta, así como de la posible existencia de alteraciones en la esfera social, laboral y familiar en relación con el trabajo a través de una escala tipo Likert con 5 opciones de respuesta equidistantes psicológicamente, de las que la central era neutra.

Material y métodos
Cuadro resumen



Resultados

El número total de encuestas recibidas fue de 160, de las que se desecharon 3 por incompletas (tasa de respuesta del 62%). Las 157 analizadas (n) garantizan una confianza (Z) del 95% (error alfa = 0,05) y una precisión (i) de ± 8% para una proporción de burnout del 50% (supuesto mas desfavorable de que p = q = 0,5) según la fórmula: $n = Z^2 \times p \times q / i^2$. El grupo estudiado está formado por 118 (75%) varones y 39 (25%) mujeres, con edades comprendidas entre 28 y 69 años (media, 41,5; desviación estándar, 7,2). En cuanto al estado civil, 126 (80,2%) están casados, 20 (12,7%) solteros, 9 (5,7%) separados y 2 (1,2%) viudos. Respecto al tipo de plaza, un 73,2% es propietario y el resto corresponde a interinos y contratados; un 48,9% ejerce en núcleos urbanos. El número de pacientes visitados diariamente por cada médico (media ± DE) fue de $40,5 \pm 16,5$; sin embargo, los facultativos que trabajan en centros de salud urbanos atienden un promedio superior respecto a los profesionales que lo hacen en consultorios rurales ($45,6 \pm 16,7$ frente a $37,4 \pm 16,3$; $p < 0,01$). Respecto a la antigüedad en la profesión, fue de $14,9 \pm 7,1$ años, con un promedio de años en el puesto actual de $8,3 \pm 7,3$.

Los valores medios obtenidos en las distintas escalas fueron de $8,33 \pm 5,84$ para DP, $35,19 \pm 8,44$ para PA y $22,04 \pm 11,3$ para AE, resultados que sitúan a los participantes en un nivel medio de «desgaste». La figura 1 muestra la proporción de facultativos con niveles altos de desgaste según las diferentes escalas; un 65,82% presentó elevadas puntuaciones en alguna de las tres. En la misma figura se comparan nuestros resultados con los obtenidos en otros estudios también realizados en médicos de atención primaria españoles¹²⁻¹⁵.

En la escala de agotamiento emocional, las medias fueron significativamente superiores cuando el encuestado fue varón, de más de 40 años, trabajaba en un centro urbano, era propietario, llevaba mas de 10 años en la profesión o atendía a más de 40 pacientes al día (tabla 2); los facultativos con menos de 5 años en el puesto actual (54) presentan medias más elevadas en la escala de ausencia de logros ($37,87 \pm 7,37$ frente a $33,9 \pm 8,69$; $p < 0,001$).

Un 50% de nuestros encuestados describió la presencia de alteraciones psicofísicas los 3 meses previos al estudio (38 lo refirieron como ansiedad, 20 como estrés, 5 como alteraciones del «carácter», 4 como depresión, 4 como insomnio, 3 como cefalea y uno como astenia); este grupo mostró valores inferiores en la escala de autoestima y muy superiores en la de agotamiento emocional (tabla 3). De forma paralela, la existencia de alteraciones importantes en la esfera familiar o social se asocian con niveles elevados de desgaste en la escalas de despersonalización y agotamiento; a su vez, una mayor repercusión en la esfera laboral asoció medias más elevadas en la escala de despersonalización, inferiores en la de autoestima y muy superiores en la de agotamiento emocional.

También se interrogó de forma estructurada sobre las medidas adoptadas en caso de fatiga extrema como consecuencia de las tareas asistenciales. Finalmente, se preguntó de forma abierta acerca de la presencia de alteraciones psicofísicas durante los 3 meses previos al estudio.

Las respuestas se grabaron en FileMaker Pro 2.1, y se revisó la introducción de los datos cada 10 fichas con el fin de subsanar errores. El análisis estadístico se realizó mediante el programa StatView II para Mac, utilizando la t de Student y el análisis de la variancia para la comparación de medias¹¹. En el caso de muestras pequeñas (n < 30) se utilizó la t ponderada, una vez comprobada la homogeneidad de las dispersiones (F de Snédecor) y la distribución normal de la variables estudiadas. La comparación de porcentajes se realizó mediante el test de ji-cuadrado o la prueba exacta de Fisher. Se consideró como significativa una $p < 0,05$.

TABLA 1
Puntuación del Maslach Burnout Inventory

DP	PA	AE	Desgaste
< 6	> 39	< 19	Bajo
6-9	39-34	19-26	Medio
> 9	< 34	> 26	Alto

DP: despersonalización; PA: ausencia de logros personales, y AE: agotamiento emocional.

TABLA 2
Puntuación del Maslach Burnout Inventory

		N	DP ^a	S	PA ^a	S	AE ^a	S
Sexo	Varón	118	8,7 ± 5,94		35,86 ± 8,3		23,41 ± 11,39	
	Mujer	39	7,18 ± 5,52	NS	33,1 ± 8,73	NS	17,64 ± 10,01	**
Edad	≥ 40 años	94	8,6 ± 5,8		35,5 ± 8,4		23,4 ± 11,4	
	< 40 años	60	7,86 ± 5,8	NS	35,1 ± 8,5	NS	19,8 ± 10,7	*
Estado civil	Casado	126	8,46 ± 5,82		35,75 ± 8,45		22,41 ± 11,75	
	No casado	31	7,77 ± 6	NS	32,93 ± 8,15	NS	20,55 ± 9,26	NS
Centro	Urbano	69	8,45 ± 5,93		34,35 ± 8,72		24,82 ± 11,77	
	Rural	72	8,43 ± 5,28	NS	35,76 ± 8,41	NS	19,83 ± 10,52	**
Plaza	Propietario	115	8,61 ± 5,69		34,76 ± 8,54		23,1 ± 11,52	
	Otras	42	7,55 ± 6,24	NS	36,38 ± 8,13	NS	19,12 ± 10,23	*
Antigüedad	> 10 años	101	8,87 ± 6,29		35,16 ± 8,34		24,52 ± 11,47	
	< 10 años	56	7,32 ± 4,87	NS	35,16 ± 8,75	NS	17,52 ± 9,65	***
Pacientes/día	> 40	52	9,17 ± 5,8		35,84 ± 8,3		26,3 ± 12,6	
	≤ 40	105	7,91 ± 5,84	NS	34,87 ± 8,53	NS	19,95 ± 10,03	***
Guardias/mes	≤ 3	82	8,5 ± 5,54		34,69 ± 8,64		22,48 ± 11,84	
	> 3	73	8,28 ± 6,26	NS	35,35 ± 8,18	NS	21,9 ± 10,83	NS
Coordinador	Sí	21	7,81 ± 5,34		35,57 ± 8,42		24,66 ± 11,86	
	No	130	8,36 ± 5,97	NS	35,43 ± 8,43	NS	21,5 ± 11,08	NS
Tutor R-3	Sí	19	10,8 ± 6,8		32,3 ± 6,2		29 ± 11,7	
	No	136	7,9 ± 5,6	*	35,8 ± 8,5	NS	21 ± 10,9	**

DP: despersonalización; PA: ausencia de logros, y AE: agotamiento emocional y S: significación estadística. *p < 0,05; **p < 0,01, y ***p < 0,001.

^aMedia ± desviación estándar

TABLA 3
Niveles de burnout según diversas alteraciones en el entorno

Repercusión	N	DP ^a	S	PA ^a	S	AE ^a	S
Psicofísica	Presente	75	9,1 ± 6,3		33,9 ± 7,7		26,5 ± 11,3
	Ausente	74	7,8 ± 5,1	NS	36,6 ± 8,7	*	18,3 ± 9,7
Social	Presente	47	10,4 ± 6,3		34,8 ± 8,3		27,2 ± 11,5
	Ausente	105	7,2 ± 5,3	**	35,6 ± 8,4	NS	19,7 ± 10,5
Laboral	Presente	76	9,1 ± 6,3		33 ± 8,1		27,8 ± 10,3
	Ausente	79	7,3 ± 5,1	*	37,4 ± 7,9	***	16,7 ± 9,4
Familiar	Presente	51	11 ± 6,6		34,3 ± 7,6		28,6 ± 11,2
	Ausente	102	6,8 ± 4,8	***	35,9 ± 8,6	NS	18,8 ± 9,9

DP: despersonalización; PA: ausencia de logros, y AE: agotamiento emocional. S: significación estadística: *p < 0,05; **p < 0,01, y ***p < 0,001

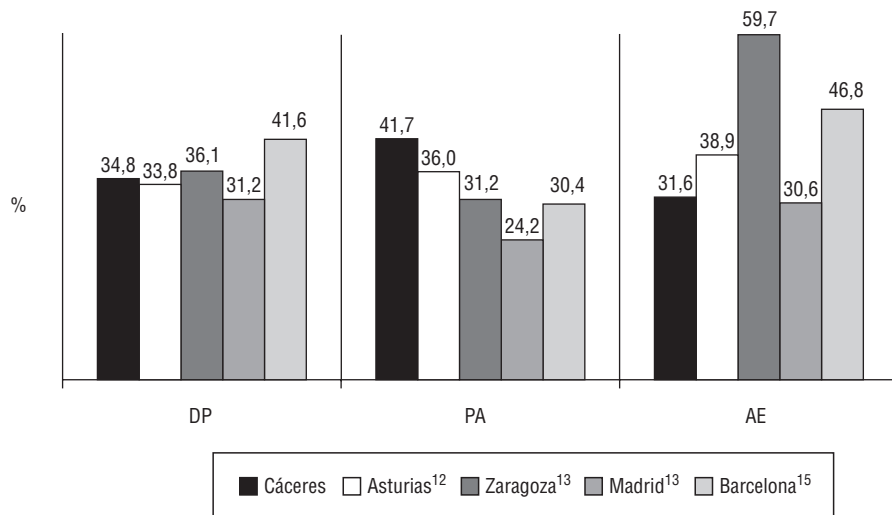
^aMedia ± desviación estándar.

Se analizó la presencia de tabaquismo en los encuestados, sin que se observaran diferencias significativas al comparar las 3 escalas entre el grupo de fumadores (71) y el de no fumadores (86) (DP, 8,5 ± 6,1 frente a 8,18 ± 5,6, PA, 35,5 ± 8,3 frente a 34,94 ± 8,57; AE, 23,71 ± 12,3, frente a 20,67 ± 10,29), aunque se aprecian medias más elevadas para AE en el primer grupo.

Respecto al número de horas invertidas en ocio o actividades de tiempo libre, aquellos que dedican menos de 2 horas presentan medias más elevadas (p < 0,05) en la escala de AE (26,77 ± 12,93) frente a los que dedican 2 o más (20,98 ± 10,72) sin diferencias en el resto de las escalas (DP, 8,51 ± 5,36 frente a 8,28 ± 5,93, PA, 35,77 ± 7,12 frente a 35,13 ± 8,69).

FIGURA 1

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



Subjetivamente, 52 médicos (33,1%) consideraron como «muy elevada» la carga de tareas burocráticas, 83 (52,8%) como «elevada» y 12 (14%) como «aceptable»; en ningún caso la respuesta fue «escasa» o «muy escasa». La comparación de los 3 grupos mostró medias inferiores en la escala de ausencia de logros y muy superiores en la de agotamiento emocional en aquellos que refieren mayor actividad burocrática (fig. 2).

De forma paralela, aquellos facultativos que referían no recibir «nunca o casi nunca» informes del especialista (27 en total) presentaron medias más elevadas en la escala de DP frente a los que recibían informes «a veces» (75) o «siempre/casi siempre» (54 casos) (11,03 ± 5,87 frente a 8,06 ± 5,4 y 7,2 ± 6,13, respectivamente; p < 0,05), sin diferencias en las otras 2 escalas (PA, 34,26 ± 10,26, 34,33 ± 8,14 y 36,85 ± 7,87; AE, 24,7 ± 12,39, 22,14 ± 11,47 y 20,26 ± 10,42).

Respecto a las condiciones de habitabilidad de la consulta, 86 médicos las consideraron «muy buenas», «buenas» o «adecuadas», mientras que 71 las calificaron como «regulares» o «inaceptables»; en este caso, el primer grupo mostró medias más elevadas en la escala de autoestima (36,27 ± 8,73 frente a 33,87 ± 7,94; p = 0,07), similares en las de DP (8,31 ± 5,59 frente a 8,35 ± 6,18) y AE (21,31 ± 11,3 frente a 22,94 ± 11,33).

Un total de 102 facultativos refirieron tener «algunos» amigos, mientras que 55 relataron no tener «ninguno» o «bastantes»; la comparación de ambos grupos mostró a los primeros con medias más altas en agotamiento emocional (23,42 ± 11,72 frente a 19,36 ± 10,13 en el grupo de «ninguno/bastantes»; p < 0,05), sin diferencias en las escalas de DP (8,75 ± 6,1 frente a 7,45 ± 5,25) ni de PA (35,29 ± 8,4 frente a 35,07 ± 8,6).

En caso de actuar como coordinador, dicha circunstancia no asoció resultados significativamente diferentes en ninguna de las escalas, aunque se advierten medias más elevadas pa-

ra agotamiento emocional en los coordinadores (tabla 2). Respondieron a la encuesta 19 de los 21 tutores docentes de medicina de familia y comunitaria con residente de tercer año a su cargo; éstos mostraron medias significativamente más elevadas en las escalas de DP y AE, sin diferencias en la de PA (tabla 2); 16 tutores (84,2%) presentaron un nivel alto de *burnout* en alguna de las 3 escalas.

Cuando las tareas asistenciales producen una fatiga extrema, un 38,8% de nuestros encuestados no toma ninguna medida, un 14,6% disminuye el ritmo de trabajo, un 14% dedica más tiempo a la familia o a actividades recreativas, el 10,8% duerme más tiempo, un 8,3% recurre a medicación (10 a psicofármacos y 3 a analgésicos) y el 7,6% a la toma de café, mientras que sólo un 3,2% prefiere practicar deporte. En este caso, la comparación del grupo que mostró alto nivel de *burnout* con el resto no mostró diferencias significativas, aunque en los primeros la opción «disminuir el ritmo de trabajo» fue la más contestada (16,5% frente a 14,6%).

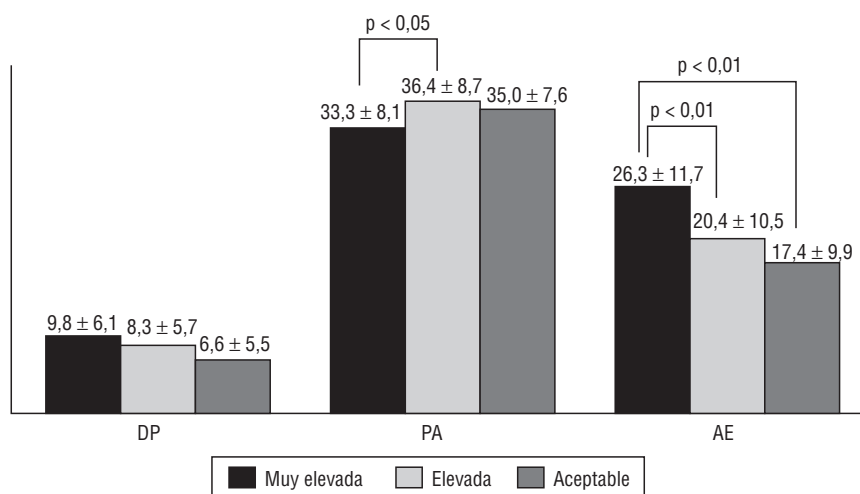
Discusión

Los factores que se invocan como relacionados con la presentación del síndrome de *burnout* podrían clasificarse en individuales, los que dependen del trabajo y aquellos que dependen de la sociedad actual. Dentro de los primeros, los que dependen del trabajador, habría que incluir algunos como edad y años de ejercicio profesional, sexo y estado civil.

Al igual que en otros estudios^{16,17}, encontramos mayor nivel de *burnout* en los profesionales de mayor edad (por encima de los 40 años) y mayor antigüedad laboral; sin embargo, la relación entre edad o antigüedad laboral y la presentación de *burnout* no está clara, y hay estudios en

FIGURA
2

Niveles de *burnout* en función de actividad burocrática. DP: despersonalización; PA: ausencia de logros, y AE: agotamiento emocional



los que dicha relación es inversa¹² o bien no se detectan diferencias¹⁴. Chernis¹⁸ y Maslach¹⁹ proponen que con el devenir de los años el sujeto adquiere mayor seguridad y experiencia en su trabajo, haciéndose menos vulnerable a la tensión laboral, mientras que la mayor vulnerabilidad de los primeros años de ejercicio profesional se debería a que éste es un período de transición desde las expectativas idealistas hacia la realidad de la práctica cotidiana. Por el contrario, autores como Pines²⁰ observan que los profesionales que trabajan con enfermos mentales crónicos se encuentran más quemados cuanto más tiempo llevan en contacto con éstos; considerando este punto, es posible que los motivos de consulta pudieran influir en este sentido en los médicos de primaria si tenemos en cuenta que, aproximadamente, un 25% de los pacientes atendidos por estos presentan trastornos psiquiátricos bien definidos, incrementándose la cifra hasta el 40% si consideramos los trastornos psiquiátricos menores²¹. Por su parte, Numerof²² opina que la posible relación inversa entre antigüedad laboral y *burnout* podría deberse, más que a la edad, a la exposición a un ambiente laboral con alto nivel de estrés en el que el profesional tiende a abandonar su trabajo tras un período no muy prolongado, hipótesis que parece poco plausible en nuestro entorno, dada la probable precariedad económica que ocasionaría el cambio o abandono del trabajo.

La relación de mayor nivel de burnout con un determinado sexo es controvertida; mientras que algunos autores describen un mayor desgaste en varones^{14,17,23}, otros lo encuentran en mujeres^{16,24,25}, mientras que otros más no detectan diferencias¹⁵. En nuestro estudio, los varones presentan mayores niveles de *burnout*, circunstancia que no parece verse influida por el tipo de plaza ni el ámbito de trabajo; sin embargo, la proporción de varones que atendía a más de 40 pacientes al día (37,19%) fue significativa-

mente superior ($p = 0,041$) al de mujeres (17,94%), como también lo fue el porcentaje de varones de 40 años o más (66,1% frente a 44% en mujeres; $p = 0,03$), circunstancias que se asocian a un mayor agotamiento emocional, por lo que el sexo, *per sé*, probablemente no implica mayor *burnout*, al menos en nuestro estudio. Maslach y Jackson²³ proponen que las mujeres soportan mejor que los varones las situaciones problemáticas del trabajo; sin embargo, Freudenberg et al²⁶ concluyen que las primeras acaban «quemadas» con gran frecuencia al añadir las tareas laborales a las domésticas.

Al igual que en otros estudios^{14,17,27,28}, no encontramos relación entre niveles de *burnout* y estado civil, aunque teóricamente se ha propuesto que el soporte familiar²⁹, actuando como amortiguador del estrés laboral, y el matrimonio³⁰, por su tendencia a anular la sobreimplicación en el trabajo, dificultarían la presentación del síndrome en los profesionales que se dedican a profesiones de ayuda.

De forma paralela, también se ha mencionado que el soporte emocional que brindan los amigos contribuiría a reducir los niveles de *burnout*; el hecho de que esta relación aparezca invertida en nuestro estudio podría interpretarse como que los sujetos más agotados emocionalmente buscan el apoyo de personas de confianza (pocas, algunas...) frente a los que presentan menor AE que o bien no los necesitan (ningún amigo) o tienen un trato más superficial (bastantes amigos); en este sentido, es posible que la definición dada de «amigo» no haya sido correctamente admitida o interpretada por nuestros encuestados.

A la hora de analizar la influencia de posibles factores laborales sobre la motivación de los trabajadores, se invocan los físicos⁹ (caso de las condiciones de habitabilidad), los sociales^{12,14,16,19,28,31} (como la cantidad y grado de relación con los usuarios), los organizacionales^{12,13,28,32,33} (caso de la burocratización) y los económicos^{12,17,31,34}. De to-

Lo conocido sobre el tema

- El *burnout* es un estado de cansancio físico y emocional relacionado con profesiones de ayuda, especialmente sanitarios, pero poco estudiado en médicos de cabecera.
- Factores laborales, individuales y sociales se invocan como responsables, moduladores o facilitadores, aunque de forma no concluyente.
- Los efectos del *burnout* se expresan y repercuten en el trabajo cotidiano, pero además pueden trascender al entorno social y familiar con resultados negativos.

Qué aporta este estudio

- Nuestros médicos presentan un nivel medio de *burnout*, aunque la comparación con otras zonas nos muestra con mayor «ausencia de logros personales».
- El perfil del facultativo con mayor «agotamiento» es el de un varón mayor de 40 años, urbano, con más de 10 años en la profesión, alta carga burocrática-asistencial y tutor de residentes.
- Subjetivamente se confirma que un mayor desgaste asocia diversas alteraciones psicofísicas y conflictividad social, familiar y laboral.

dos ellos, el salario es probablemente el más importante; sin embargo, y por razones que nos parecen obvias, fue una variable que no nos planteamos estudiar. Si analizamos el resto, observamos que las condiciones de habitabilidad influyen poco o nada en la presentación de *burnout* en nuestros médicos; sin embargo, queda patente que una excesiva presión asistencial y una gran carga burocrática generan mayor nivel de *burnout*, circunstancias ya mencionadas en otros estudios^{12,13,28,32,33}; paralelamente, una escasa relación con el otro nivel asistencial (el médico de hospital) afecta a la escala que quedaba indemne, la de despersonalización, de tal forma que los factores sociales y organizacionales parecen mostrarse como los principales responsables del *burnout* en los sanitarios de atención primaria, factores modificables desde la Administración.

Las principales características del síndrome de *burnout* (DP, PA y AE) aparecen ligadas al ámbito laboral donde comúnmente se expresan; sin embargo, en muchos «quemados» se detectan otros síntomas³⁵ (psicosomáticos, conductuales o emocionales) que en ocasiones sobrepasan el propio entorno laboral e influyen en otras esferas como la social y la familiar, circunstancia a la que no son inmunes

nuestros médicos en los que medias más elevadas de desgaste se asocian a la percepción de alteraciones psicofísicas y a la presencia de conflictos, tanto en la esfera laboral como en la social y familiar.

Según nuestro estudio los tutores de medicina de familia presentan mayor nivel de desgaste profesional; sin embargo, preferimos ser cautos en la interpretación de los resultados. Podría pensarse en la influencia de otros factores aun cuando las características de los docentes, en cuanto a edad, los sitúan en los grupos de menor desgaste, o bien no los diferencian del resto, como en el caso del número de pacientes/día, años en la profesión o el tipo de plaza, y si bien todos pertenecen a centros urbanos, al compararlos con los no docentes de la ciudad, las analogías se mantienen (datos no mostrados). El mayor nivel de *burnout*, especialmente las medias más elevadas en las escalas de DP y AE, probablemente traducen el estrés de la mutua supervisión implícita entre 2 profesionales en «continua formación». Por otro lado, el hecho de que no existan diferencias en la escala de logros personales quizá denote una falta de reconocimiento a la labor docente, aunque también habría que evaluar la influencia de otros factores, como los reseñados antes, circunstancia que no podemos comprobar dado el escaso tamaño muestral, aunque respondió un 90% de los tutores.

La comparación con otros estudios muestra que, al menos, el 30-40% de los médicos de primaria españoles presentan un nivel alto de *burnout* considerando cualquier escala (fig. 1), aunque en algunos casos los resultados son discutibles en cuanto a la representatividad del estudio¹⁰, si tenemos en cuenta la tasa de respuesta.

Respecto a nuestro trabajo, el porcentaje de respuesta fue superior^{13,14,28,33} o muy próximo¹² al obtenido en otros estudios de características similares, como también fue superior al conseguido por otros autores con 2 envíos³⁶; siguiendo a Mangione³⁷, consideramos como «buena» la tasa de respuesta, aunque en opinión de dicho autor sería aconsejable analizar la proporción de no respondedores, circunstancia que no podemos estudiar, dadas las características de anonimato del cuestionario postal. No obstante, algunas de las características identificables de los respondedores y con influencia en los resultados, como la proporción de sexos y de propietarios de plaza, eran similares a la de la población real. Por otro lado, consideramos que el tamaño muestral obtenido fue suficiente para detectar pequeñas diferencias entre los grupos comparados, por lo que nos atrevemos a pensar que nuestros resultados reflejan la situación real del tema estudiado.

En nuestro trabajo nos llama la atención el hecho de que los distintos aspectos implicados en la presencia del *burnout* muestran en su mayoría asociación significativa a través de la escala de AE, lo cual nos hace suponer que dicha dimensión es la que mejor valora la existencia del síndrome; de hecho, algunos autores como Shirom³⁸ y Garden³⁹ consideran el AE como la dimensión clave del *burnout*, y cuestionan la tridimensionalidad propuesta por Maslach y

Jackson. Por su parte, García et al⁴⁰, al comparar el MBI con la Escala de Efectos Psíquicos del *Burnout*⁴¹ (la primera escala diseñada para la medida del *burnout* en nuestro contexto sociocultural) encuentran el mayor grado de correlación entre esta última y la dimensión del MBI agotamiento emocional.

Las características de nuestro estudio no permiten extraer conclusiones, pero sí plantear, junto a otros autores, la posibilidad de reducir el desgaste profesional a través de medidas de tipo individual, social o laboral que atenúen el impacto del estrés crónico sobre el trabajador. Entre las primeras cabe destacar la promoción del endurecimiento personal mediante un abordaje racional de los problemas^{42,43}, adquirir experiencia en la práctica diaria⁴⁴, aprender a desconectar de la actividad laboral una vez finalizada ésta⁴⁵, recomendar un número moderado de horas de ocio al día y en determinados casos el inicio de tratamientos farmacológicos o psicoterapéuticos.

En cuanto a las segundas, es importante fomentar expectativas de trabajo realistas, así como la adopción de cambios vitales encaminados a conseguir un adecuado soporte social³⁵ por parte de compañeros y superiores; éste se podría mejorar estableciendo encuentros regulares, lo que permitiría una mejor calidad de las relaciones interpersonales, de la satisfacción y de la calidad de vida en el trabajo⁴⁶. En la misma línea, la creación de grupos de autoayuda (quizás específicos, dadas las características particulares de nuestro colectivo) podría ser una medida eficaz⁴⁷.

Respecto a las medidas de tipo laboral, habría que poner el énfasis en las intervenciones de ámbito organizacional (factor determinante), y bajar la carga de trabajo (reducir los cupos, disminuir la burocracia), incrementando el grado de autonomía, mejorando la comunicación con el segundo nivel¹³ y estableciendo metas claras y realistas, sin olvidar la retroalimentación sobre resultados de la tarea, la participación en la toma de decisiones (opinión del cliente interno) y la incentivación o reconocimiento del «buen hacer» (asistencial y docente).

Agradecimientos

Queremos expresar nuestro reconocimiento a todos los compañeros de atención primaria que participaron en el presente estudio; a ellos se lo dedicamos como sus verdaderos protagonistas. Igualmente, agradecemos a las gerencias de atención primaria de la provincia de Cáceres su inestimable colaboración en la puesta a punto y desarrollo del presente trabajo.

Bibliografía

1. Freudenberger HJ. Staff burnout. *J Soc Issues* 1974;30:159-65.
2. Maslach C, Jackson S. *Maslach Burnout Inventory*. Palo Alto: Consulting Psychological Press, 1981.
3. Daniel Vega E. Estudio del síndrome de desgaste profesional entre los médicos de un hospital general. [Tesis doctoral]. Salamanca: Universidad de Salamanca, 1994.
4. Appels A, Schouten E. Burnout as a risk factor for coronary heart disease. *Behav Med* 1991;17:53-9.
5. Brandt LP, Nielsen CV. Job stress and adverse outcome or pregnancy: a causal link or recall bias? *Am J Epidemiol* 1992;135:302-11.
6. Freudenberger HJ, Richelson G. *Burnout: the high cost of high achievement*. Garden City: Anchor Press, 1980.
7. *Psisa*. El *burnout* o desgaste profesional: estudio empírico de los profesionales de educación primaria en Salamanca. Salamanca: Ed. Privada, 1992.
8. Sutherland VJ, Cooper CL. Identifying distress among general practitioner: predictors or Psychological ill-health and job dissatisfaction. *Soc Sci Med* 1993;37:575-81.
9. Álvarez E, Fernández L. El síndrome de *burnout* o el desgaste (I): revisión de estudios. *Rev Asoc Neuropsiq* 1991;11:257-65.
10. Prieto L. *Burnout* en médicos de atención primaria. *Aten Primaria* 2001;28:444-5.
11. Carrasco JL. *El método estadístico en la investigación médica*. 6.ª ed. Madrid: Ciencia 3, 1995.
12. 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;24:352-9.
13. De Pablo R, Suberviola JF. Prevalencia del síndrome de *burnout* o desgaste profesional en los médicos de atención primaria. *Aten Primaria* 1998;22:580-4.
14. Caballero MA, Bermejo F, Nieto R, Caballero F. Prevalencia y factores asociados al *burnout* en un área de salud. *Aten Primaria* 2001;27:313-7.
15. Cebrià J, Segura J, Corbella S, Sos P, Comas O, García M, et al. Rasgos de personalidad y burnout en médicos de familia. *Aten Primaria* 2001;7:459-68.
16. Atance JC. Aspectos epidemiológicos del síndrome de *burnout* en personal sanitario. *Rev Esp Salud Pública* 1997;71:293-303.
17. Hidalgo I, Díaz RJ. Estudio de la influencia de los factores laborales y sociodemográficos en el desarrollo del síndrome de agotamiento profesional en el área de medicina especializada del INSALUD de Ávila. *Med Clin (Barc)* 1994;103:808-12.
18. Cherniss C. Cultural trends: political, economic and historical roots of problem. En: Paine WS, editor, *Job, stress and burnout*. Beverly Hill: Sage Pub., 1982.
19. Maslach C. Understanding burnout: definitional issues in analyzing a complex phenomenon. En: Paine WS, editor. *Job, stress and burnout*. Beverly Hill: Sage Pub., 1982.
20. Pines A, Maslach C. Characteristics of staff burnout in mental health settings. *Hosp Community Psychiatry* 1978;29:233-7.
21. Artal J, Herrán A, Vázquez-Barquero JL. La enfermedad mental en la atención primaria: estado actual de la investigación clínicoepidemiológica. *Arch Neurobiol* 1996;59:237-56.
22. Numerof RE. *Managing stress: a guide for health professional*. Rockville: Aspen System, 1984.
23. Maslach C, Jackson S. The role of sex and family variables in burnout. *Sex Roles* 1985;12:837-51.
24. Thomson S. Stress and the female doctor. *Occupational Health* 1995;344-5.
25. Byone G. Stress in women doctors. *Br J Hosp Med* 1994;51:267-8.
26. Freudenberger HJ, Nort G. *Women's burnout*. London: Penguin Books, 1985.
27. McDermott D. Professional burnout and its relation to job characteristics, satisfaction, and control. *J Human Stress* 1984;10:79-85.

28. Mira JJ, Vitaller J, Buil JA, Aranaz J, Rodríguez-Marín J. Satisfacción y estrés laboral en médicos generalistas del sistema público de salud. *Aten Primaria* 1994;14:1135-40.
29. Henry D, Chertok F, Keys C, Jegerski J. Organizational and family systems factors in stress among ministers. *Am J Community Psychol* 1991;19:931-52.
30. Shubin S. Burnout: the professional hazard your face in nursing. *Nursing* 1978;8:22-7.
31. Espinosa E, Zamora P, Ordóñez A, Feliu J, González M. Oncólogos «quemados» en España. Encuesta sobre la incidencia y causas. *Oncología* 1994;17:97-104.
32. Revicki DA, May HJ. Organizational characteristics, occupational stress, and mental health in nurses. *Behav Med* 1989;15: 30-6.
33. Orozco P, García E. Factores que influyen en el nivel de cansancio laboral de los médicos de atención primaria. *Aten Primaria* 1993;3:135-8.
34. Siefert K, Jayaratne S, Chess WA. Job satisfaction, burnout and turnover in health care social workers. *Health Soc Work* 1991;16:193-202.
35. Farber BA. A critical perspective of burnout. En: *Stress and burnout in the human service professions*. 2.^a ed. New York: Perfa-mon Press, 1983.
36. Figueiras A, Montes A, Gestal JJ. Participación de los médicos en encuestas por correo. *Med Clin (Barc)* 1993;102:719.
37. Mangione TW. Mail surveys. Improving quality. New York: Sage Pub., 1995.
38. Shiron A. Burnout in work organization. En: Cooper L, Robertson I, editors. *International review of industrial and organizational psychology*. Chichester: John Wiley, 1989; p. 25-48.
39. Garden AM. Burnout: the effect of psychological type on research findings. *J Occup Psychol* 1989;62:223-4.
40. García M, Llor B, Sáez C. Estudio de dos medidas de *burnout* en personal sanitario. *An Psiquiatría* 1994;10:180-4.
41. García M, Velandrino AP. EPB. Una escala para la evaluación del *burnout* profesional de las organizaciones. *Anales de Psicología* 1992;8:131-8.
42. Wrieth TF, Bilache CF, Ralph J, Luterman A. Hardiness, stress, and *burnout* among intensive care nurses. *J Burn Care Rehabil* 1993;14:375-81.
43. Duquette A, Kerouac S, Beaudet L. Ressources pour contrer l'épuisement professionnel. *Can Nurse* 1993;89:44-6.
44. Hinds PS, Quargnenti AG, Hickey SS, Mangun GH. A comparison of the stress-response sequence in new and experienced pediatric oncology nurses. *Cancer Nurs* 1994;17: 61-71.
45. Wolfe GA. Burnout of therapist: inevitable or preventable? *Phys Ther* 1981;61:1046-50.
46. Mingote JC. Síndrome *burnout* o síndrome de desgaste profesional. *FMC* 1998;5:493-503.
47. Garside B. Physicians mutual aid group: a response to AIDs-related burnout. *Health Soc Work* 1993;18:259-67.