

Prevalencia de desgaste profesional y psicomorbilidad en médicos de atención primaria de un área sanitaria de Madrid

A. Molina Sigüero^a, M.A. García Pérez^{a,b}, M. Alonso González^c y P. Cecilia Cermeño^{a,d}

Objetivo. Analizar el desgaste profesional y la prevalencia de psicomorbilidad entre facultativos de atención primaria (AP) y determinar su relación con aspectos sociodemográficos y laborales.

Diseño. Estudio transversal y descriptivo.

Emplazamiento. Centros de AP del Área 8 de Madrid.

Sujetos. Los 244 médicos y pediatras con labor asistencial en dicha área en el momento de realizarse el estudio.

Método. Cuestionario anónimo autoadministrado que incluye: el Maslach Burnout Inventory (mide el desgaste profesional); el GHQ-28 (detección de una posible enfermedad mental); encuesta sobre datos sociodemográficos, laborales, conductas no saludables, consumo de medicamentos y percepción de calidad de la asistencia y riesgo de errores médicos en relación con la presión en el trabajo, y pregunta abierta sobre las causas de estrés laboral.

Resultados. La tasa de respuesta fue del 80,3%. Está afectado por *burnout* el 69,2% (IC del 95%, 62,1-75,4%) de los facultativos, un 12,3% de ellos, de forma aguda. La prevalencia de posible psicomorbilidad es del 36,7%. Se encontró una asociación del desgaste profesional con los siguientes aspectos: una posible psicomorbilidad ($p < 0,01$); la percepción de que la presión en el trabajo produce con frecuencia una disminución de la calidad y la precipitación de errores médicos ($p < 0,01$); tener plaza en propiedad ($p < 0,05$), más de 1.700 pacientes en el cupo ($p < 0,05$), una edad de 37 y 46 años ($p < 0,01$) y una presión asistencial de 35-47 pacientes/día ($p < 0,05$).

Conclusiones. Existe una elevada prevalencia de desgaste profesional y de posible psicomorbilidad, apareciendo ambas variables relacionadas. Se percibe en un elevado porcentaje que la presión del trabajo ha hecho disminuir la calidad de la asistencia prestada.

Palabras clave: Desgaste profesional. *Burnout*. Práctica médica. Psicomorbilidad. GHQ.

PREVALENCE OF WORKER BURNOUT AND PSYCHIATRIC ILLNESS IN PRIMARY CARE PHYSICIANS IN A HEALTH CARE AREA IN MADRID

Aim. To analyze worker burnout and the prevalence of psychiatric illness among primary care physicians, and to determine how burnout is related with sociodemographic and work-related factors.

Design. Cross-sectional, descriptive study.

Setting. Primary care centers in Area 8, Madrid (central Spain).

Subjects. All 244 physicians (family medicine and pediatrics) who provided care at centers in Area 8 at the time of the study.

Method. Anonymous, self-administered questionnaire that included the Maslach Burnout Inventory (worker burnout); GHQ-28 (possible mental illness); survey of sociodemographic and work-related factors, unhealthy behaviors, use of medications, and perceived quality of care and risk of medical errors in relation with work-related pressures; open question regarding causes of work-related stress.

Results. Response rate, 80.3%. Burnout was detected in 69.2% of the physicians (95% CI, 62.1%-75.4%) and was severe in 12.3%. The prevalence of possible psychiatric illness was 36.7%. Burnout was found to be related with possible psychiatric illness ($P < .01$); perception that work-related pressures frequently led to diminished quality of care and medical errors ($P < .01$); permanent employment status ($P < .05$); more than 1700 patients on the patient list ($P < .05$); age between 37 and 46 years ($P < .01$) and patient load of 35 to 47 patients/day ($P < .05$).

Conclusions. The prevalence of worker burnout and possible psychiatric illness was high, and the two variables were related. A large percentage of participants perceived that work-related pressures diminished the quality of care provided.

Key words: Worker burnout. Medical practice. Psychiatric illness. General health questionnaire.

English version available at

www.atencionprimaria.com/52.623

A este artículo sigue un comentario editorial (pág. 572)

^aMédico de Familia. Centro de Salud Presentación Sabio. Área 8 de Atención Primaria. Madrid. España.

^bFundación CESM. Madrid. España.

^cTécnico de Salud. Gerencia del Área 8 de Atención Primaria. Madrid. España.

^dAsociación Profesional Médica de Madrid (CESMADRID). Madrid. España.

Correspondencia:
Antonio Molina Sigüero.
Alfonso XII, 8.
28670 Villaviciosa de Odón.
Madrid. España.
Correo electrónico:
acyamolinas@tiscali.es

Manuscrito recibido el 28 de octubre de 2002.
Manuscrito aceptado para su publicación el 11 de diciembre de 2002.

Introducción

El síndrome de *burnout* (BO), descrito por Freudenberg en 1974¹, consiste en una pérdida progresiva de energía que afecta a quienes ejercen profesiones de ayuda, produciendo modificaciones en la conducta. Maslach y Jackson^{2,3} desarrollaron este concepto y definieron sus tres dimensiones características: cansancio emocional (CE) como la pérdida de recursos emocionales para afrontar el trabajo; despersonalización (DP) o desarrollo de actitudes negativas y cinismo hacia los receptores del servicio, y disminución de la realización personal (RP) o tendencia a evaluar el propio trabajo de una forma negativa, con baja autoestima profesional. En nuestro país, «síndrome de desgaste profesional» o del «profesional quemado» son las expresiones más utilizadas para referirse a este fenómeno^{4,5}, que parece emerger como un problema de salud pública entre los profesionales sanitarios españoles⁶⁻¹². Se han descrito entre sus consecuencias la aparición de cambios conductuales, el deterioro de la salud, la aparición de hábitos de vida no saludables y de actitudes defensivas y el crecimiento del absentismo laboral^{4,5}. Todo esto podría conducir a ineficacia, incremento de costes y deterioro de la calidad asistencial¹³⁻¹⁶. Hasta el momento no se han estudiado suficientemente las relaciones del síndrome del desgaste profesional con la salud del trabajador, así como con la calidad de la asistencia en AP. Además, las asociaciones del síndrome con variables sociodemográficas y laborales que tradicionalmente se han relacionado con su génesis (edad, antigüedad profesional, carga asistencial y tiempo de contacto con el individuo) presentan resultados contradictorios¹⁷.

El objetivo principal de este estudio es determinar la prevalencia y distribución del síndrome de desgaste profesional entre los facultativos de AP de un área sanitaria de Madrid, cuantificar su asociación con el deterioro del nivel de salud mental del profesional y con la percepción que éste tiene sobre la calidad de la asistencia prestada, y valorar las relaciones del síndrome con variables sociodemográficas y laborales.

Sujetos y métodos

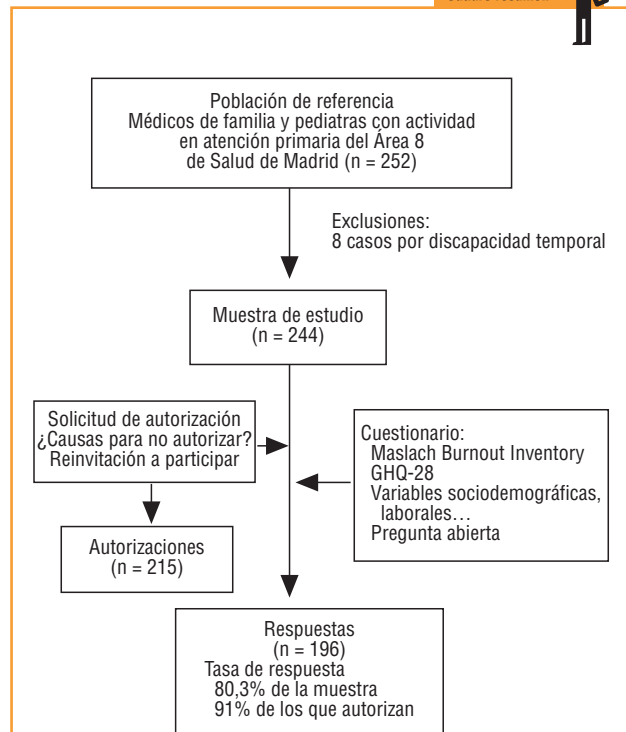
Participantes

La población de estudio fueron los 244 médicos de familia y pediatras que ejercían su trabajo asistencial en el Área 8 de AP de Madrid durante los meses de abril a junio de 2001. Como criterios de exclusión se establecieron ser médico residente y encontrarse en incapacidad temporal.

Recogida de datos

El estudio se realizó mediante un cuestionario anónimo autoadministrado, remitido mediante correo interno, previa carta de

Material y métodos Cuadro resumen



Esquema general del estudio

Estudio transversal y descriptivo, mediante cuestionario autoadministrado, postal y anónimo, con recordatorios telefónicos.

presentación en la que se solicitaba autorización escrita para ser incluido. Se investigaron telefónicamente las causas de no autorización. Además, se contó con la presencia de un colaborador por centro y se realizaron recordatorios telefónicos. El cuestionario constaba de los siguientes elementos:

– Maslach Burnout Inventory¹⁸ (MBI) en su versión castellana¹⁹, que valora el desgaste profesional en las dimensiones de CE, DP y RP. El resultado de este cuestionario se obtiene en tres 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 (RP funciona en sentido inverso a las otras dos escalas).

– Cuestionario GHQ-28, validado por Lobo et al²⁰, que mide los cambios recientes ocurridos en la salud mental del individuo. Consta de cuatro subescalas (síntomas somáticos, ansiedad e insomnio, disfunción social y depresión aguda), y es útil para la detección de posibles trastornos psiquiátricos no psicóticos. Se traduce en una variable continua cuyo punto de corte es 5/6 (valores ≥ 6 son positivos)²¹.

– Cuestionario de elaboración propia, que recoge aspectos socio-demográficos, formativos, características del puesto de trabajo, antigüedad, carga de trabajo, incapacidad temporal, hábitos no saludables, consumo de medicación y pregunta sobre la percepción del profesional de la influencia que la presión del trabajo ejerce sobre la calidad de la asistencia prestada.

– Pregunta abierta invitando a enumerar los problemas que identifica el profesional en su trabajo como causantes o desencadenantes de mal funcionamiento o de estrés, indicados de mayor a menor relevancia. Se consideró tanto el número de veces que se mencionó cada problema como un valor ponderado en función del lugar que ocupaba en cada cuestionario (10 puntos al primer problema, 1 al décimo).

Se realizaron dos estudios piloto, sin que se observaran dificultades en su comprensión.

Análisis de los datos

Los datos se introdujeron en una base de datos de DBASE IV y posteriormente fueron analizados mediante el paquete estadístico SAS. Para comparar las características principales de la muestra estudiada con la población de médicos y pediatras del Área 8 de AP se utilizó una fuente secundaria de datos, suministrada por la Gerencia del Área 8 de AP. Se obtuvieron los valores medios y las desviaciones estándar de las variables CE, DP y RP, así como el porcentaje de sujetos con desgaste profesional alto para cada dimensión del mismo. Se compararon los valores medios y los porcentajes de cada categoría con la presencia o ausencia de BO mediante el test de la t de Student o de la χ^2 , respectivamente. Para valorar la tendencia se usó el test de tendencia de Cochran-Armitage. Se realizó un análisis logístico *stepwise* para valorar la relación entre BO y las variables con una posible implicación causal en el síndrome.

Resultados

Respondieron 196 de los 244 médicos (tasa de respuesta del 80,3%). No se observaron diferencias estadísticamente significativas en las características demográficas y sociolaborales de los profesionales que respondieron al cuestionario respecto a la población de médicos del Área 8 de AP de Madrid (tabla 1).

La tabla 2 presenta los niveles de desgaste profesional según sus tres dimensiones. Presentaron niveles elevados en al menos una de ellas un 69,2% (IC del 95%, 62,1-75,4%) de los encuestados; en dos dimensiones un 33,8% (IC del 95%, 27,2-40,9%); y en las tres escalas simultáneamente un 12,3% (IC del 95%, 8,1-17,9%).

La proporción de «posibles casos psiquiátricos» fue del 36,7% (IC del 95% 30,0-43,9%). Se observó un aumento estadísticamente significativo de los niveles de psicomorbilidad en aquellos profesionales con desgaste profesional (tabla

TABLA 1 Características sociodemográficas y laborales de los sujetos que respondieron al cuestionario y del total de los médicos de atención primaria del Área 8

	Total participantes (n = 196) ^a	Población de referencia del área ^b
Edad (años) ^c	41,1 ± 8,0	43,4 ± 9,0
Varones	40,0%	43,3%
Casado o pareja de hecho	72,3%	–
Consulta de medicina de familia	78,6%	77,7%
Formación especializada vía MIR	63,4%	–
Distrito urbano	87,2%	80,6
Plaza en propiedad	45,6%	52,8%
Organización en EAP	94,4%	91,6
Turno de trabajo de mañana	49,0%	50,8
Antigüedad profesional (años) ^c	12,6 ± 8,5	–
Antigüedad en el puesto actual (años) ^c	5,4 ± 5,5	4,7 ± 4,6
Pertenece a centro docente	36,2%	34,9%
Más de 14 facultativos por EAP	61,7%	60,3%
Presión asistencial		
Medicina de familia ^c	45,4 ± 10,3	42,1
Pediatría ^c	29,5 ± 8,5	28,0
Número pacientes/CIAS ^c		
Medicina de familia	1.892,2 ± 325,0	1.831
Pediatría	1.004,1 ± 210,0	926
Horas de asistencia/día (últimos 2 meses) ^c	5,5 ± 1,2	–
Horas de cursos de formación en último año ^c	75,2 ± 120,9	–
Tienen exclusividad laboral	91,9%	–

^aDatos obtenidos del cuestionario del estudio.

^bDatos agrupados proporcionados por la Gerencia de Atención Primaria del Área 8 de Madrid.

^cMedia y desviación estándar. El resto de los valores se presentan como porcentaje.

3), entre los que el porcentaje de afectados aumentaba al 50%, observándose mayor prevalencia de psicomorbilidad ($p < 0,001$) a mayor número de dimensiones de BO afectadas. Asimismo, la presencia de desgaste profesional se asociaba con un mayor consumo de analgésicos, antidepre-

TABLA 2 Niveles de desgaste profesional o *burnout* según sus tres dimensiones y valor medio obtenido en cada una de ellas entre los médicos encuestados (n = 196)

	Nivel bajo % (IC del 95%)	Nivel medio % (IC del 95%)	Nivel alto % (IC del 95%)	Valor medio ^a
Cansancio emocional	31,3% (25,0-38,4)	26,1% (20,2-33,0)	42,6% (35,6-49,9) ^b	25,1 ± 11,5
Despersonalización	38,5% (31,7-45,8)	26,1% (20,2-33,0)	35,4% (28,8-42,6) ^b	8,2 ± 5,5
Realización personal	38,4% (31,6-45,7) ^b	32,3% (25,9-39,4)	29,3% (23,1-36,3)	35,2 ± 7,7

^aDatos en media ± desviación estándar.

^bNiveles considerados como desgaste profesional.

TABLA 3

Relación entre deterioro de la salud (GHQ-28), absentismo laboral, hábitos de vida no saludables, consumo de medicación y percepción de la situación laboral en población respuesta, y la afección por síndrome de *burnout*

	Total encuestados (n = 196)	Con CE alto (n = 83)	Con DP alto (n = 69)	Con RP baja (n = 73)	Desgaste profesional ^a (n = 135)
GHQ-28 ^b	5,3 ± 6,6	9,0 ± 7,0***	7,2 ± 7,3**	7,9 ± 7,4***	6,8 ± 6,8***
GHQ positivo	36,4%	63,9%***	49,2%**	54,8%***	48,9%***
Consume tabaco	29,2%	28,9%	20,3%*	27,4%	26,7%
Consume café	15,6%	19,3%	14,5%	23,3%*	16,3%
Consume alcohol	58,0%	62,7%	62,3%	65,8%	59,3%
Consume antidepresivo/ansiolítico					
Con frecuencia + en tratamiento	7,8%	14,5%**	10,1%	9,7%	9%
Consumo de analgésicos					
Con frecuencia + en tratamiento	26,1%	37,4%**	24,6	31,5%	31,1%*
Baja laboral > 15 días (últimos 2 años)	12,9%	14,5	10,1%	9,6%	13,3%
Baja laboral por psicorrbilidad	2,1%	4,8%*	1,5%	2,7%	
Riesgo a inducir error médico					
Con frecuencia + siempre	28,7%	45,8%***	49,3%***	38,4%*	35,6%**
Deterioro calidad de asistencia					
Con frecuencia + siempre	44,1%	63,4%***	58,0%**	57,5%**	53,0%***

^aAfección de al menos una dimensión de *burnout*: CE y/o DP y/o RP. ^bMedia ± desviación estándar. *p < 0,05. **p < 0,01. ***p < 0,001. CE: cansancio emocional; DP: despersonalización; RP: realización profesional.

sivos y ansiolíticos, así como con un porcentaje superior de bajas laborales por psicorrbilidad.

El grupo de edad que de forma estadísticamente significativa sufría mayor desgaste profesional, sobre todo en su dimensión de DP, fue el de los 37-46 años. La presión asistencial, categorizada en niveles de menor a mayor presión, no presentaba una relación directamente proporcional con el desgaste profesional; sin embargo, niveles medios-altos de presión asistencial, entre 35 a 47 pacientes/día para médicos de familia y entre 30 a 40 pacientes/día para pediatras, tenían significativamente mayor BO (p < 0,01) y CE (tabla 4). De acuerdo con el análisis bivalente, los trabajadores que ejercían en el ámbito urbano y los propietarios de plaza fija presentaban también mayor prevalencia de BO. Entre los pediatras con un mayor tiempo de asistencia diaria existía un mayor nivel de CE (p < 0,01).

El análisis multivalente reflejaba que el desgaste profesional se asociaba a tener plaza en propiedad y ser facultativo de Equipo de Atención Primaria (EAP). Las variables que en el análisis logístico multivalente se asociaban con cada subescala fueron: para CE, los años trabajados en el puesto actual (más de 5 años) y el número de pacientes en el cupo (más de 1.700 pacientes); para DP, el grupo de edad de 37 a 46 años; en el caso de baja RP, cuando controlamos para una posible enfermedad mental, el ser pediatra se asociaba a un mayor BO, y si no se controla para una enfermedad mental, fueron los años en el puesto actual (más de 5 años) los que se asociaban a una baja RP (tabla 5).

El 36,8% de los médicos percibían que la presión de trabajo les llevó a disminuir su calidad asistencial «con fre-

cuencia», y el 7,3% consideraba que le ha hecho disminuir «siempre». De los anteriores, percibió riesgo de cometer un error médico con frecuencia el 30%, mientras que el 0,5% consideraba que existía un riesgo permanente. Se apreció una diferencia entre los profesionales con BO (el 42,5% opinaba que la presión en el trabajo les llevó a disminuir «frecuentemente» la calidad de la asistencia, y un 10,5% opinaba que «siempre») y aquellos sin BO (23,7 y 0%, respectivamente; p < 0,05) (tabla 3).

La tasa de respuesta a la pregunta abierta sobre las causas sentidas de problemas o estrés en el puesto de trabajo fue del 68,4% (167 participantes de 196). El problema más mencionado, y con un valor ponderado muy destacado, fue el referido al exceso de carga laboral (presión asistencial excesiva/cupos excesivos) (tabla 6).

Discusión

La elevada tasa de respuesta obtenida en el presente estudio (80,3%), junto con el hecho de que no hubo diferencias significativas entre la población que respondió y la población de referencia, y que la respuesta a la pregunta sobre la causa de no participación en el estudio no puso de manifiesto actitudes determinadas ante el motivo del mismo, sugiere que es posible generalizar nuestros resultados al total de médicos de AP del Área 8 de Madrid. Encontramos una elevada prevalencia de *burnout* (69,2%), ligeramente superior a la obtenida en otros estudios nacionales^{6,8-10}, y de probable psicopatología detectada median-

TABLA 4 Distribución de variables relacionadas con el desgaste profesional según las dimensiones del síndrome de *burnout*

	Total (n = 196)	Con CE alto (n = 83)	Con DP alto (n = 69)	Con RP baja (n = 73)	Desgaste profesional ^a (n = 135)
Grupo de edad			**		
≤ 36 años	34,4%	30,1%	26,1%	27,4%	29,6%
> 36 a ≤ 46 años	43,1%	48,2%	55,1%	50,7%	49,6%
> 46 años	22,6%	21,7%	18,8%	21,9%	20,7%
Distrito				**	**
Urbano	12,8%	10,8%	10,1%	6,9%	9,6%
Rural	87,2%	89,2%	89,9%	93,1%	90,4%
Horas de asistencia					
≤ 6	83,3%	79,5%	85,3%	84,9%	83,6%
> 6	16,7%	20,5%	14,7%	15,1%	16,4%
Años de ejercicio					
< 5 años	18,5%	15,7%	15,9%	9,6%	17,0%
≥ 5 a < 10 años	21,0%	23,0%	17,4%	23,3%	20,0%
≥ 10 a < 20 años	39,0%	37,4%	46,4%	46,6%	42,2%
≥ 20 años	21,5%	24,1%	20,3%	20,6%	20,7%
Años ejercicio puesto actual			***		
< 5 años	55,9%	49,4%	53,6%	46,6%	51,1%
≥ 5 a < 10 años	20,5%	22,9%	20,3%	23,3%	23,7%
≥ 10 años	23,6%	27,7%	26,1%	30,1%	25,2%
Plaza en propiedad	45,6%	50,6%	52,2%	54,8%*	51,1%*
Ser médico de					
Modelo de equipo	94,4%	97,6%	95,7%	97,3%	96,3%
Modelo tradicional	5,6%	2,4%	4,3%	2,7%	3,7%
N.º de pacientes en el cupo		**			
≤ 1.700	41,2%	28,9%	34,8%	41,7%	38,1%
> 1.700	58,8%	71,1%	65,2%	58,3%	61,9%
Presión asistencial ^b		**			*
Baja	28,7%	19,2%	21,7%	31,5%	27,4%
Media-alta	42,6%	55,4%	53,6%	46,6%	48,2%
Alta	28,7%	25,3%	24,6%	21,9%	24,4%

^aAfección de al menos una dimensión de desgaste: cansancio emocional y/o despersonalización y/o realización profesional. ^bCategorías de presión asistencial (en n.º de pacientes/día). Para médicos de familia: baja, < 35; media/alta, ≥ 35 a ≤ 47; muy alta, > 47. Para pediatras: baja, ≤ 30; media/alta, > 30 a ≤ 40; muy alta, > 40. *p < 0,05. **p < 0,01. ***p < 0,05 test de tendencia de Cochran Armitage. CE: cansancio emocional; DP: despersonalización; RP: realización profesional.

te el GHQ(36,7%), que fue muy superior a la obtenida en estudios sobre la población general, y en el límite superior del rango hallado entre la población consultante en AP²²⁻²⁶. Ambas variables están relacionadas de forma directamente proporcional. Una significativa proporción de facultativos, sobre todo entre los afectados por BO, percibe que la presión de trabajo que soporta deteriora la calidad de la asistencia que presta (en sintonía con los resultados obtenidos en otro estudio entre residentes norteamericanos²⁷), y puede inducir a cometer errores médicos. Todo ello pone de manifiesto una situación preocupante en la atención primaria, que no sólo afectaría a la calidad de vida de sus pro-

fesionales, sino que también podría comprometer la calidad y eficiencia de la asistencia que en ella se presta. Una gran mayoría de facultativos cree que la elevada carga de trabajo, definida como presión asistencial excesiva/cupos excesivos, es la principal causa de estrés en su puesto de trabajo, al igual que otros estudios que han realizado una pregunta abierta similar a la nuestra¹². Aunque sí hemos encontrado una relación entre el tamaño del cupo (mayor de 1.700 individuos) y mayores niveles de BO, la relación hallada entre presión asistencial y BO no es lineal, lo que dificulta la comprensión de la misma: quizá podría explicarse por la existencia de un umbral de saturación

TABLA 5 Análisis multivariante del síndrome de *burnout* respecto a diversas variables predictoras

	Nivel de referencia	χ^2 de Wald	p > χ^2	Odds ratio	
Modelo 1: modeliza la probabilidad de cansancio emocional					
Intercepto	–	25,93	0,000	–	
Tamaño del cupo:	≤ 1.700 pacientes	6,26	0,012	2,6	
	> 1.700 pacientes				
Años de actividad:	< 5 años	5,39	0,020	1,7	
	5 a 10 años				
	> 10 años				
GHQ-posible enfermedad mental:	Negativo a test GHQ: GHQ < 6 puntos	37,30	0,000	9,3	
	Positivo a test				
Nivel presión asistencial					
	Medio/alto	Nivel de presión asistencial: bajo y muy alto*	5,62	0,018	2,3
Modelo 2: modeliza la probabilidad de despersonalización					
Intercepto	–	14,43	0,000	–	
GHQ-posible enfermedad mental:	Negativo a test GHQ: GHQ < 6 puntos	5,32	0,021	2,1	
	Positivo a test				
Grupo de edad	≤ 36 años	4,64	0,031	2,0	
	> 36 a ≤ 46 años				
	> 46 años				
Modelo 3: modeliza la probabilidad de baja realización profesional					
Intercepto	–	15,33	0,000	–	
GHQ-posible enfermedad mental:	Negativo a test GHQ: GHQ < 6 puntos	16,63	0,000	3,7	
	Positivo a test				
Especialidad:	Medicina de familia				
	Pediatra	5,02	0,025	2,3	
Modelo 4: modeliza la probabilidad de desgaste profesional en cualquiera de sus dimensiones					
Intercepto	–	4,93	0,026	–	
GHQ-posible enfermedad mental:	Negativo a test GHQ: GHQ < 6 puntos	21,5	0,000	9,7	
	Sí				
Ser médico de modelo de equipo	Ser médico de modelo tradicional	5,49	0,019	5,8	
Poseer plaza en propiedad	Cualquier otra situación laboral: interino, suplente, etc.	4,92	0,026	2,2	

*Niveles de presión asistencial (en pacientes/día): Para médicos de familia: baja, < 35; media/alta, ≥ 35 a ≤ 47; muy alta, > 47. Para pediatras: baja, ≤ 30; media/alta, > 30 a ≤ 40; muy alta, > 40.

por encima del cual el profesional deja de intentar un control efectivo sobre la consulta, o simplemente apunta a la dificultad de medir la carga laboral del médico a través de indicadores meramente cuantitativos, como la presión asistencial. Dado que la relación entre carga laboral y niveles de BO está claramente establecida en otros ámbitos profesionales²⁸, y aparece también en alguno de los estudios realizados en nuestro medio¹⁰, deberíamos esforzarnos en ensayar mejores herramientas de medida de dicha carga laboral entre los facultativos de atención primaria. Nuestro estudio aporta nuevos elementos de juicio a la discusión sobre factores con una posible implicación causal o

moduladora en la aparición del síndrome de desgaste profesional. Se reafirma el hecho de que están más predispuestos al mismo los facultativos con plaza en propiedad (lo que probablemente se debe a su falta de expectativas de mejora profesional)^{6,10,27} y con mayor antigüedad en el puesto de trabajo, y apuntamos la posible influencia del tamaño del cupo en el hecho de encontrar menores niveles de BO en el ámbito rural. La relación entre BO y edad sugiere una distribución de aspecto parabólico; dicha relación podría explicar las discrepancias encontradas en otros estudios^{6,8,10,12,21,29}, que dependerían del punto de corte con el que se construyen los grupos de edad.

TABLA 6 Pregunta abierta: problemas que han obtenido un valor ponderado superior a 100 puntos o han aparecido mencionados en al menos 20 cuestionarios

Problema	Total N = 196			Afectados por BO, N = 116			No afectados por BO, N = 51		
	N.º orden	% respuestas*	Media ponderada**	N.º orden	% respuestas*	Media ponderada**	N.º orden	% respuestas*	Media ponderada**
Presión asistencial excesiva/cupos excesivos	1.º	76,7%	7,3	1.º	75,0%	7,1	1.º	80,4%	7,8
Escasez de tiempo	2.º	31,1%	2,69	2.º	31,9%	2,7	3.º	29,4%	2,5
Burocracia excesiva en la consulta	3.º	31,1%	2,4	3.º	30,2%	2,3	2.º	33,3%	2,7
Falta de suplencias	4.º	19,8	1,4	4.º	19,8%	1,4	5.º	19,6%	1,3
Abuso de la accesibilidad por parte del usuario	5.º	16,2%	1,35	6.º	18,1%	1,5	10.º	11,8%	1,0
Atención de urgencias simultánea a la consulta (incluso a domicilio)	6.º	15,6%	1,2	8.º	15,5%	1,1	8.º	15,7%	1,3
Ausencia de espíritu de equipo, mala comunicación...	7.º	16,2%	1,2	10.º	15,5%	1,1	6.º	17,7%	1,3
Incentivación nula o mal planteada	8.º	18,0%	1,2	11.º	14,7%	1,1	4.º	25,5%	1,5
Problemas de comunicación y coordinación con atención especializada	9.º	15,0%	1,1	7.º	16,4%	1,3	12.º	11,8%	0,7
Usuarios demasiado exigentes/conflictivos	10.º	15,0%	1,07	9.º	15,5%	1,1	9.º	13,7%	1,0
Falta de formación (relacionada con frecuencia con dificultades de acceso)	11.º	15,6%	1,06	5.º	19,0%	1,3	16.º	7,8%	0,6
Problemas relacionados con el área administrativa (falta personal, errores, falta de coordinación)	12.º	15,6%	1,0	14.º	14,7%	0,98	7.º	17,7%	1,2
Problemas de coordinación con enfermería	13.º	12,6%	0,95	12.º	14,7%	1,1	19.º	7,8%	0,5
Escaso reconocimiento por otros estamentos médicos (gerencias, atención especializada)	14.º	12,6%	0,86	13.º	14,7%	1,0	20.º	7,8%	0,5
Acumulación excesiva de tareas (la atención primaria como cajón de sastre)	15.º	10,8%	0,76	15.º	11,2%	0,8	13.º	9,8%	0,6
Falta de apoyo por parte de la gerencia	16.º	9,0%	0,68	16.º	10,3%	0,8	22.º	5,9%	0,4
Excesivas listas de espera	17.º	9,0%	0,6	17.º	8,6%	0,7	15.º	9,8%	0,5

*Porcentaje de participantes que han mencionado la respuesta entre el total de los que respondieron.

**Valor ponderado medio de cada respuesta (ver sujetos y métodos).

Discusión
Cuadro resumen



Lo conocido sobre el tema

- El síndrome de *burnout* es una entidad morbosa independiente con una elevada prevalencia entre los médicos españoles.
- Su distribución según variables sociodemográficas y laborales no está clara. Tampoco lo está su relación con la salud de los profesionales y la calidad de la atención sanitaria prestada.
- Se hace necesario determinar el peso de los diferentes factores causales implicados en su génesis.

Qué aporta este estudio

- Objetivamos una elevada prevalencia de *burnout* y de psicomorbilidad entre los profesionales de atención primaria; ambas variables se relacionan entre sí de forma directamente proporcional.
- Obtenemos una significativa percepción de pérdida de calidad asistencial y riesgo de errores médicos en relación con la presión en el trabajo, sobre todo entre los profesionales afectados por el *burnout*.
- Aparecen relaciones del *burnout* con el número de pacientes por cupo y los años de ejercicio en el puesto actual. Encontramos una relación de aspecto parabólico entre *burnout* y edad, diferente de la encontrada en otros trabajos.

Es necesario seguir investigando para conocer los factores modificables que influyen en la elevada prevalencia del síndrome entre los facultativos de AP, más allá incluso de los modelos causales tradicionales ya propuestos. Cambios en el sistema sanitario, con la consiguiente incertidumbre³⁰, políticas de restricción presupuestaria, aumento de las demandas de la población, junto a una disminución de la autonomía del profesional y de su reconocimiento³⁰⁻³³, podrían estar detrás de la alta prevalencia del síndrome. Aspectos más concretos, como la falta de motivación³⁴, la ausencia de carrera profesional, las dificultades para realizar una formación continuada de calidad y la sobrecarga burocrática de las consultas, de más fácil abordaje, deberían considerarse como prioritarios y resolverse sin demora.

Los cambios en aspectos modificables que conlleven un menor desgaste profesional no sólo implicarían mejorar la calidad de vida y la salud de los profesionales, sino que podrían contribuir a mejorar la calidad de la atención prestada, a incrementar la resolución de la atención primaria, a disminuir la tasa de absentismo laboral y su gasto, y, en general, a mejorar la eficiencia en el uso de nuestros recursos.

Agradecimiento

Queremos expresar nuestro más sincero agradecimiento a todos los médicos y pediatras participantes en el estudio, que gracias a su desinteresada colaboración han hecho posible su realización. Además, agradecemos el apoyo recibido de la Gerencia del Área 8 de Madrid en la elaboración de este trabajo.

Bibliografía

- Freudenberger HJ. Staff Burnout. *J Soc Iss* 1974;30:159-65.
- Maslach C, Jackson S. Lawyer burnout. *Barrister* 1978;5:52-4.
- Maslach C. Burnout: a social psychological analysis. En: Jones JW, editor. *The burnout syndrome*. California: Berkely University of California, 1981.
- Daniel Vega E. Estudio del síndrome de desgaste profesional entre los médicos de un hospital general [tesis doctoral dirigida por los Dres Pérez Urdániz y Fernández Cantí]. Salamanca: Universidad de Salamanca, 1995.
- Mingote JC, Pérez F. *El estrés del médico*. Madrid: Ed. Díaz de Santos, 1999.
- Prieto L. Burnout en médicos de atención primaria. *Aten Primaria* 2001;28:444-5.
- Cebriá J, Segura J, Corbella S, Sos P, Comas O, García M, et al. Rasgos de la personalidad y *burnout* en médicos de familia. *Aten Primaria* 2001;27:459-68.
- De las Cuevas C, de la Fuente JA, Alviani M, Ruiz-Benítez A. Desgaste profesional y clima laboral en Atención Primaria. *Mapfre Medicina* 1995;6:7-18.
- Belloch SL, Renovell V, Calabuig JR, Gómez L. Síndrome de agotamiento profesional en médicos residentes de especialidades médicas hospitalarias. *An Med Interna* 2000;17:118-22.
- Prieto L, Robles E, Salazar LM, Daniel Vega E. *Burnout* en médicos de atención primaria de la provincia de Cáceres. *Aten Primaria* 2002;29:294-302.
- 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;103:408-12.
- Orlowki JP, Gullede AD. Critical care stress and burnout. *Crit Care Clin* 1986;2:173-81.
- Donabedian A. Promoting quality through evaluating the process of patient care. *Medical Care* 1968;6:181-201.
- Atance JC. Algunas aproximaciones al síndrome de *burnout* en profesionales sanitarios. *Medicina del Trabajo* 1996;5:337-43.
- 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.
- 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.
- Merín J, Cano A, Miguel JJ. El estrés laboral: bases teóricas y marco de intervención. *Ansiedad y Estrés* 1995;1:113-30.
- Maslach C, Jackson SE. *Maslach burnout inventory*. Manual Research Edition. University of California. Palo Alto: Consulting Psychologist Press, 1986.
- Álvarez E, Fernández L. El síndrome de *burnout* o el desgaste profesional (I): revisión de estudios. *Rev Asoc Neuropsiq* 1991;11:257-65.
- Lobo A, Pérez-Echeverría MJ, Artal J. Validity of the scaled version of the General Health Questionnaire (GHQ-28) in a spanish population. *Psychol Med* 1986;16:135-40.
- Banks MH. Validation of the general health questionnaire in a young community sample. *Psychol Med* 1983;13:349-53.
- Rajmil L, Gispert R, Roset M, Muñoz PE, Segur A, Equipo de la Encuesta de Salud de Catalunya. Prevalencia de enfermedad mental en población general de Catalunya. *Gac Sanit* 1998;12:153-9.
- Vázquez-Barquero JL, Díez JF, Peña C, Aldama J, Samaniego C, Menéndez J, et al. A community mental health survey in Cantabria: a general description of morbidity. *Psychol Med* 1987;17:227-41.
- Muñoz PE. Estudio de validación predictiva del General Health Questionnaire (GHQ) en población general urbana (expediente 93/0905). *Anales del Fondo de Investigaciones Sanitarias* 1993. Madrid: Fondo de Investigación Sanitaria; 1993, p. 221.
- Chocrón L, Vilalta J, Lagazpi I, Auquer K, Franch L. Prevalencia de psicopatología en un centro de Atención Primaria. *Aten Primaria* 1995;16:586-93.
- Herrán A, Vázquez-Barquero JL, Artal J, García J, Iglesias C, Montejo J, et al. El reconocimiento de la enfermedad mental en Atención Primaria y sus factores determinantes. *Actas Esp Psiquiatr* 1999;27:87-95.
- Shanafelt TD, Bradley KA, Wipf JE, Back AL. Burnout and self-reported patient care in an internal medicine residency program. *Ann Intern Med* 2002;136:358-67.
- Maslach C, Schaufeli WB, Leiter MP. Job burnout. *Annu Rev Psychol* 2001;52:397-422.
- Atance JC. Aspectos epidemiológicos del síndrome de burnout en personal sanitario. *Rev Esp Salud Pública* 1997;71:293-303.
- Dworkin RW. The Cultural revolution in health care. *The Public Interest* 2000; 139. Disponible en: www.thepublicinterest.com, sección «Archive», 2000.
- Linzer M, Visser MR, Oort FJ, Smets EM, McMurray JC, Hays HC. Predicting and preventing physician burnout: results from the United States and the Netherlands. *Am J Med* 2001;111:170-5.
- Gervás J, Hernández LM. La autoestima de los médicos y la reforma sanitaria. *Med Clin (Barc)* 1994;103:421-2.
- Campbell DE, Sonnad SS, Ecjhauser FE, Campbell KK, Greenfield LJ. Burnout among american surgeons. *Surgery* 2001;130:696-705.
- Simó J, Chinchilla N. Motivación y médicos de familia (II). *Aten Primaria* 2001;28:668-73.

COMENTARIO EDITORIAL

Distrés crónico y desgaste profesional: algunas hipótesis etiológicas y nosotáxicas

J. Cebrià Andreu

ABS Granollers Sud. ICS. FPCE Blanquerna. Universitat Ramon Llull. Barcelona. España.

La preocupación creciente por el desgaste profesional que sufren los médicos de familia no es casual. El llamado síndrome del *burnout* se va caracterizando cada vez más como la amenaza más seria que acecha a la salud de los profesionales al servicio de los demás. Afecta a su salud, a su calidad de vida y directamente a su rendimiento. Tiene, por tanto, serias repercusiones en la comunidad. Un médico «quemado» que tiene personas que cuidar a su cargo, difícilmente podrá actuar con los estándares de calidad que la misma sociedad está exigiendo.

No es de extrañar, pues, el debate actual, abierto tanto en los foros científicos como en instancias más políticas. En el primer caso, existen cabos sueltos que quedan por atar en este síndrome todavía oscuro por su complejidad y por la controversia existente para consensuar una definición operativa. En el otro, preocupa la importante amenaza que empieza a suponer para la sociedad su continuo crecimiento.

El artículo de Molina Siguero et al aporta nueva información que ayuda a clarificar algunos puntos de este debate y da pie a algunas reflexiones. Los datos de su trabajo son un claro exponente de que nos encontramos ante un problema real y de proporciones notables. Los estudios en nuestro medio notifican prevalencias que van desde el 25 a casi el 70% en los respondentes del artículo comentado.

Pero ¿qué es exactamente el *burnout* o síndrome de desgaste profesional? ¿Qué sabemos realmente y qué hipótesis causales y diagnósticas se manejan? ¿Sufre desgaste profesional todo aquel que puntúa alto en alguna escala del MBI? De una manera muy sucinta, vamos a intentar comentar algunos puntos candentes del tema.

Ya es un lugar común la afirmación de que el *burnout* está mal delimitado. Sabemos que existe, que es ubicuo en las sociedades avanzadas occidentales, que su comprensión es multidimensional y que es producto del estrés crónico. A partir de aquí los datos se dispersan. Maslach describe seis grandes áreas interrelacionadas entre sí, que son a la vez causa y consecuencia de cambios sociales profundos y que ayudan a comprender las causas del *burnout*: cargas de trabajo, sistemas de recompensas, capaci-

Puntos clave

- El *burnout*, a pesar de tener una difícil delimitación, existe y es ubicuo.
- Es producto del distrés crónico producido básicamente (aunque no exclusivamente) en el trabajo.
- En un constructo multidimensional donde se relacionan factores personales, organizacionales y socioculturales. Probablemente cuando hablamos de cansancio emocional todavía no hay un *burnout* establecido.
- Se implican de forma constante la falta de energía, el cansancio emocional y cognitivo.
- También se observan actitudes de cinismo y desresponsabilización, así como una claudicación personal.
- Quizá habría que agruparlo en una amplia dimensión sindrómica con otros trastornos de DSM IV y CIE 10, en la actualidad inconexos.

dad de control sobre el trabajo, apoyo social, el grado de justicia en el trato por parte de la organización y los valores. De estos factores, probablemente el elemento nuclear sea la cuestión de los valores. Los cambios sociales y la aparición de valores en alza que confrontan con otros propios de las profesiones de ayuda (p. ej., productividad, eficiencia, rentabilidad y control «cotizan al alza», mientras que el altruismo y la abnegación lo hacen a la baja) han propiciado una pérdida progresiva del sentido del ejercicio de la medicina. Este cambio sutil pero poderoso ha hecho emerger tensiones de gran magnitud en todos los individuos de nuestra sociedad y en las profesiones

cuya misión es cuidar de todos ellos, por partida doble. Esta coyuntura tiene otras repercusiones consustanciales, como los estilos de gestión que tienden a aumentar las cargas de trabajo. Este factor, la sobrecarga de trabajo y, sobre todo, la falta de tiempo por paciente, es el más implicado como causa directa de desgaste en nuestro medio asistencial. El artículo de Molina Sigüero et al confirma una vez más la estrecha asociación entre *burnout* y tamaño de los cupos y número de visitas excesivo y, en general, con malas condiciones ergonómicas.

En el estudio del *burnout* nos encontramos frente a una dificultad importante de tipo psicométrico. Como ya se ha comentado, el desgaste profesional se mide básicamente con el MBI (*Maslach Burnout Inventory*), diseñado hace más de 20 años por Jackson y Maslach y que consta de tres escalas. Sólo una de ellas, la que mide el cansancio emocional, ha demostrado un buen rendimiento, siendo las otras dos, despersonalización y realización personal, de significación y aplicación más dudosa. Estamos midiendo un fenómeno con un instrumento de medida muy sensible y poco específico que detecta básicamente situaciones de estrés emocional. Y quizá no todo el estrés emocional sea *burnout*. Esto podría explicar la discordancia en el porcentaje de prevalencias comunicadas en los diferentes trabajos en nuestro medio. Esta dificultad de delimitación lleva de cabeza a los investigadores en el tema, hasta el punto de que se están ensayando otras aproximaciones más operativas. Por ejemplo, la escala S-MBM mide tres escalas diferentes, fatiga física, agotamiento emocional y abatimiento cognitivo, sin duda conceptualmente más homogéneas. Existen otros cuestionarios, pero tienen en común que el agotamiento emocional sigue siendo el núcleo indiscutido del síndrome.

La primera intuición que se tiene al reunir las piezas fragmentadas de este *puzzle* es que el síndrome de *burnout* existe como entidad nosológica de amplio espectro, con unos síntomas que irían de los más inaparentes a los más dramáticos. De acuerdo con otros autores, incluso la misma escala del cansancio emocional tendría muchas gradaciones. Desde casos de estrés leve a situaciones de auténtica antesala del *burnout*. El primer estadio, que podría incluir a un porcentaje considerable de profesionales, según vamos constatando, podríamos llamarlo el «fenómeno del desaliento del cuidador», y no sería en sí mismo una situación patológica, sino que su nivel de análisis sería de orden sociocultural y organizacional. Estaría definido por sentimientos comunes de insatisfacción y distrés producidos básicamente por la poca armonía entre la realidad laboral que vive día a día el colectivo asistencial y las expectativas individuales, pero también por factores sociales que tensionan la vida personal y profesional ligados al cambio de valores de la sociedad, ya comentado. Este contexto es un excelente facilitador de desmotivación profesional y la puerta de entrada a un *burnout* más establecido.

En los casos más avanzados, sí que podríamos hablar del *burnout* como entidad psicopatológica. Aquí sí que estamos hablando de personas con padecimiento mental concomitante, como demuestran Molina Sigüero et al. Y las cifras, en torno al 30%, coinciden. La ansiedad y la sintomatología distímica evocan un trastorno adaptativo crónico observable desde una perspectiva laboral, pero podríamos encontrar sugestivas hipótesis en cuadros que tendrían cierto parentesco. De hecho, hay autores que han descrito casos de *burnout* en situaciones alejadas del trabajo, como atletas o matrimonios. Análogamente, a las situaciones de laboratorio que se describen en animales de experimentación como síndrome de indefensión aprendida, el *burnout* en su estadio más grave podría relacionarse con situaciones demasiado adversas para adaptarse a ellas y que tendrían serias consecuencias en el organismo, incluyendo, por supuesto, el cerebro. El distrés continuo y de alta intensidad facilitarían que los productos neurohormonales propios de la respuesta de afrontamiento provocasen cambios orgánicos y también malfunción cerebral. Un análisis celular involucraría la depleción sináptica de algunos neurotransmisores, especialmente de tipo dopaminérgico y endorfinico.

Estos fenómenos psicofisiopatológicos serían comunes a una serie de trastornos y darían lugar a una hipótesis que englobaría, en una amplia dimensión nosotóxica, lo que podríamos denominar síndrome neurasténico, caracterizado por un bajo tono hedónico, alteraciones en la calidad del sueño, el sufrimiento y embotamiento físico y psíquico, conductas de evitación, altos niveles de ansiedad y falta de energía. Todo ello se acompaña de una claudicación más o menos evidente del individuo a enfrentarse a las obligaciones y tareas diarias. Este espectro sindrómico contendría muchos de los llamados trastornos somatomorfos, ciertos cuadros depresivos en relación con trastornos adaptativos, distimias/disforias crónicas, el síndrome de fatiga crónica, la fibromialgia, episodios de somatizaciones y, por supuesto, lo que llamamos fases avanzadas de *burnout*. Naturalmente, esta afirmación necesita de posteriores estudios, pero abre un camino sugestivo a la investigación de estas enfermedades, hoy día mal conocidas.

Queda mucho por investigar, y aquí se han mostrado caminos en los que hay que avanzar. Hay que acordar definiciones operativas que sirvan para construir instrumentos más válidos y que discriminen las con otras reacciones emocionales al estrés. Es necesario, también, identificar aquellos puntos en el sistema sanitario que ponen más en peligro la salud de los profesionales para establecer estrategias de mejora. Existe poca información sobre los costes sociales directos e indirectos que suponen tener un porcentaje tan alto de médicos con un nivel de estrés a la larga intolerable. Una última línea de trabajo sería más clínica, y debería estudiar las relaciones entre trastornos mentales y *burnout*, así como entre ésta y otras enfermedades, como la cardiopatía isquémica.

Bibliografía general

- Carlson NR. Fisiología de la conducta. 4.^a ed. Barcelona: Ariel Neurociencia, 2001.
- Hobfoll SE, Shirom A. Conservation of resources theory: applications to stress management in the workplace. En: Golembiewsky RT, editor. Handbook of organization behavior. 2th ed. New York: Dekker, 2000.
- Maslach C, Schaufeli WR, Leiter MP. Job burnout. *Annu Rev Psychol* 2001;52:397-422.
- Moore JE. Why is this happening? A causal attribution approach to work exhaustion consequences. *Acad Manag Rev* 2000;25:335-49.
- Pines A. Couple burnout. New York, London: Routledge, 2000.
- Schaufeli WR, Enzmann D. The burnout companion to study and practice. A critical Analysis. Washington, DC: Taylor & Francis, 1998.