

# Burnout en médicos de Atención Primaria de los centros de salud del municipio de Vigo

V. Sánchez Ventín<sup>a</sup>, I. Jiménez Pereira<sup>b</sup> y L. García Méndez<sup>c</sup>

<sup>a</sup>Centro de Salud de Beiramar. Vigo. España

<sup>b</sup>Centro de Salud de Chapela. Redondela. Pontevedra. España

<sup>c</sup>Centro de Salud O Rosal. El Rosal. Pontevedra. España.

**OBJETIVOS.** Analizar el grado de desgaste profesional entre los médicos de Atención Primaria del municipio de Vigo.

**MATERIAL Y MÉTODO.** Diseño: estudio descriptivo y transversal. Emplazamiento: municipio de Vigo, Atención Primaria, segundo y tercer trimestre 2007. Sujetos: médicos. Mediciones: adaptación española del *Maslach Burnout Inventory*, que valora: cansancio emocional, despersonalización y realización profesional.

**RESULTADOS.** Un 11,32% de las mujeres y un 6,25% de los hombres encuestados presentan a la vez un nivel bajo de cansancio emocional y despersonalización, y un alto valor de realización personal. El porcentaje de respuestas a la encuesta realizada es del 44,88%.

**CONCLUSIONES.** Igual que otros estudios sobre *burnout*, aparece un alto nivel de cansancio emocional (61,38%) y despersonalización (54,45%).

*Palabras clave:* burnout, médicos, Atención Primaria, municipio de Vigo.

**OBJECTIVES.** Analyze the degree of professional burnout among Primary Care physicians in the Vigo municipality.

**MATERIAL AND METHODS.** Design: descriptive, cross-sectional study. Site: municipality of Vigo, primary care, second and third quarter of 2007. Subjects: physicians. Measurements: Spanish adaptation of the *Maslach Burnout Inventory* (MBI) that evaluates: emotional tiredness, depersonalization and performance achievement (PA).

**RESULTS.** A total of 11.32% of women and 6.25% of men surveyed had a low level of emotional tiredness and depersonalization, and a high value of personal achievement. Response percentage to the survey was 44.88%.

**CONCLUSIONS.** As in other studies on burnout, there is a high level of emotional tiredness (61.38%) and depersonalization (54.45%).

*Key words:* burnout, physicians, Primary Care, municipality of Vigo.

## INTRODUCCIÓN

En el año 2005 el mismo grupo de trabajo que ha realizado este estudio efectuó un trabajo sobre *burnout* en el área sur de la provincia de Pontevedra. La alta prevalencia de *burnout* que se detectó (62%) creemos que podría ser debida a la precariedad laboral en la que se encontraba la mayoría de los médicos de familia del área estudiada, y a la conflictividad generada por la negociación de la OPE extraordinaria. Por ello, hemos decidido reproducir el mismo trabajo en el municipio de Vigo un año después de la finalización de la OPE extraordinaria, para eliminar el sesgo que creemos introducía la precariedad laboral.

El término *burnout* es sinónimo de desgaste profesional, y su traducción al castellano es estar quemado.

Correspondencia:

L. García Méndez.

C/ Bernardo Vázquez 41, 3B 36350.

Nigran (Pontevedra). España.

Correo electrónico: leopoldo.garcia.mendez@sergas.es

Recibido el 29-07-08; aceptado para su publicación el 23-12-08.

Es un síndrome clínico descrito en 1974 por Herbert Freudenberger, que trabajaba como psiquiatra voluntario en una clínica para toxicómanos en la ciudad de Nueva York.

Maslach y Jackson lo definieron en 1986 como: "síndrome de agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal, que puede ocurrir entre individuos que trabajan con personas"<sup>1</sup>.

Pines y Aronson lo definieron en 1988 como: "estado de agotamiento mental, físico y emocional producido por involucrarse de forma crónica en el trabajo en situaciones emocionalmente demandantes"<sup>2</sup>.

El *burnout* se asocia siempre a alteraciones físicas, conductuales y emocionales.

Los estudios publicados hasta la fecha vienen a decir que afecta aproximadamente a un 20% de los profesionales, incluso algunos estudios reflejan que puede afectar a uno de cada dos profesionales, y en mayor medida en la Atención Primaria respecto a la atención especializada.

Entre las diferentes causas que pueden llevar al *burnout* en la Atención Primaria estarían la falta de motivación<sup>3</sup>, la masificación de las consultas, el poco tiempo disponible

para la atención o el enfrentarse a nuevas realidades como la atención a la población inmigrante. La atención a la población inmigrante se percibe como un problema por los profesionales de la salud, lo que se evidencia en que el 56,27% considera que plantean más problemas en la consulta que el resto de su población atendida, y el 63,3% señala que demandan más atención sanitaria<sup>4</sup>. Otros estudios sugieren que los varones son más susceptibles de sufrir el síndrome de *burnout*<sup>5</sup>. Otra de las causas sería la dificultad para adaptarse a las nuevas tecnologías, que pone al alcance cantidades ingentes de información, que a veces es muy difícil de manejar. Se considera que la penetración de la tecnología informática en el ejercicio de la medicina va retrasada entre un 30% y un 50% en comparación con otros campos de la actividad humana que mueven recursos similares. Su presencia en los profesionales sanitarios puede repercutir negativamente en la atención que reciben los pacientes<sup>6,7</sup>.

Los principales síntomas son:

1) Cansancio emocional. Es la incapacidad para establecer el contacto emocional necesario para la realización satisfactoria del acto médico. La incapacidad se relaciona con el *burnout* cuando se adquiere en el tiempo, y no cuando corresponde a la personalidad del individuo afectado.

2) Despersonalización. Los afectados por *burnout* dejan de verse como personas, lo que provoca la desconfianza de los pacientes hacia los profesionales afectados.

3) Baja realización personal. Los profesionales aquejados de este síndrome se ven como incapaces, y se subestiman en relación con el resto de compañeros, y además, el agotamiento profesional les impide cambiar; tampoco son capaces de adquirir nuevos conocimientos y de actualizar su formación. Se aíslan progresivamente del grupo de trabajadores al que pertenecen.

Maslach ideó en 1986 el cuestionario que lleva su nombre, y que está constituido por 22 ítems en forma de afirmaciones, sobre sentimientos y actitudes del profesional en su trabajo y hacia los clientes a los que atiende. Valora tres áreas: agotamiento profesional, despersonalización y baja realización profesional en el trabajo. Altas puntuaciones en las dos primeras escalas y bajas en la tercera definen el trastorno. La subescala de agotamiento emocional consta de 9 ítems, la subescala de despersonalización está formada por 5 ítems, y la subescala de realización personal se compone de 8 ítems que evalúan los sentimientos de autoeficacia y de realización personal en el trabajo.

Existen numerosos instrumentos para evaluar el síndrome del profesional quemado. Algunos han sido utilizados con relativa frecuencia en las dos últimas décadas, y se han producido adaptaciones a grupos profesionales concretos, como policías, profesores, etc. En España, ante las insuficiencias que presentan las adaptaciones de instrumentos anglosajones, algunos investigadores han optado por construir sus propios cuestionarios.

Se han realizado adaptaciones de la escala de Maslach a la población española, como la de Moreno y Oliver<sup>8</sup>.

El síndrome de *burnout* hay que diferenciarlo de la ansiedad, el estrés, la depresión y los problemas de adaptación. No suele ser incapacitante, pero conduce a una baja calidad en la asistencia y a una alteración en la relación con los compañeros.

Este trabajo tiene como objetivo analizar la prevalencia del desgaste profesional entre el personal médico de medicina de familia de los centros de salud del municipio de Vigo. Se ha realizado entre el segundo y tercer trimestre del año 2007.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Se trata de un estudio descriptivo transversal realizado en el año 2007, mediante encuestas remitidas por correo a la totalidad de los médicos de familia que trabajan en los centros de salud del municipio de Vigo. El número total de personas que integran la población diana es de 225.

Los cuestionarios se enviaron por correo interno a los centros de salud del municipio de Vigo. Se incluía una carta de presentación en la que se describía la finalidad de la encuesta, y se garantizaba el anonimato. Para ello, la encuesta debía ser introducida en un sobre sin datos de identificación, que a su vez debía ser remitida por el jefe de servicio a los autores del trabajo sin indicar el centro de procedencia. Para aumentar la tasa de participación nos pusimos primeramente en contacto con los jefes de servicio de los centros elegidos. A la semana siguiente de ser enviada la encuesta contactamos de nuevo con los centros para reforzar la contestación. Se utilizó una adaptación del cuestionario MBI (*Maslach Burnout Inventory*).

Además, se incluyeron las variables: edad, sexo, profesión, jornada laboral, situación laboral, número de tarjetas sanitarias individuales y cursos realizados por el personal médico en el año anterior a la encuesta remitida, con el fin de conocer las características profesionales de los participantes en la encuesta, así como las propuestas de los encuestados para superar el *burnout*.

La población encuestada incluye la totalidad de los médicos de familia que trabajaban en los 16 centros de salud del municipio de Vigo hasta el tercer trimestre del año 2007, en turno de mañana y tarde.

Con respecto al cansancio emocional, las puntuaciones de 27 o más indican un nivel alto, entre 19 y 26, moderado, e inferiores a 19, bajo. En la subescala de despersonalización, las puntuaciones iguales o superiores a 10 indican un nivel alto, de 6 a 9, moderado, e inferior a 6, bajo. En la subescala de realización personal, los valores superiores a 40 indican un valor alto, de 34 a 39, intermedio, y menor de 33, bajo. En caso de obtener un cansancio emocional bajo, una despersonalización baja y una alta realización personal, no existe *burnout*. En el resto de los casos podría hablarse de *burnout* moderado o alto.

## RESULTADOS

El número total de encuestas remitidas fue de 225. Contestaron 101 profesionales (44,89%), 47 hombres (46,54% de las respuestas) y 54 mujeres (53,46% de las respuestas).

El grupo etéreo mayoritario corresponde al grupo de 40-49 años, con una media de edad de 46,49 años y desviación estándar (DE) de 2,85%. La jornada laboral predominante es la de la mañana (85%). La situación laboral que prevalece es la de propietario (73%). El número mayoritario de tarjetas sanitarias individuales es el grupo 1.250-1.499 (23%), con escasa diferencia de los grupos 1.500-1.749 (22%) y 1.750-1.999 (22%). La media de cursos realizados es de 3,6, DE 1,35.

En la tabla 1 se exponen los resultados obtenidos del cuestionario.

El 11,32% de las mujeres y el 6,25% de los hombres presentaban a la vez cansancio emocional bajo, despersonalización baja y una realización personal alta.

Destaca la elevada prevalencia de cansancio emocional alto (61,38%) y despersonalización alta (54,45%).

El 14,55% de los hombres y el 15,68% de las mujeres presentan cansancio emocional alto, despersonalización alta y realización personal baja.

Las principales propuestas aportadas para disminuir el *burnout* han sido las siguientes: disminuir el número de pacientes 22,3%, más medios 9,6%, mejorar la comunicación con el segundo nivel 7,4%, aumento de las retribuciones 7,4%.

## DISCUSIÓN

Hasta la fecha, la mayoría de los estudios que se han realizado sobre *burnout* se han basado en el cuestionario MBI. La aceptación y la difusión de este cuestionario han permitido realizar estudios en diferentes países, y comparar los resultados obtenidos. Sin embargo, el MBI, a pesar de sus virtudes, también presenta inconvenientes, de manera que, siguiendo el criterio establecido en el manual del cuestionario, es difícil concluir el número de sujetos que han desarrollado la patología ACERCA y los que no. Además, existen serias discrepancias acerca de cómo se debe proceder para realizar el diagnóstico y para valorar la incidencia de la patología en una muestra<sup>9</sup>.

Algunos estudios sociológicos, realizados en diferentes ámbitos de la sanidad, confirman la situación de estrés y desmotivación que sufren numerosos profesionales sanitarios. Posiblemente las bajas remuneraciones de médicos y enfermeras y la desmotivación profesional afectan a un porcentaje bastante elevado, situado entre un 60 y un 70%<sup>10</sup>. Curiosamente, en este trabajo, el incremento de la remuneración económica es una de las demandas que menos aparece en las propuestas de los encuestados, siendo la demanda más frecuente disminuir la presión asistencial.

Creemos que es necesario incorporar nuevos cuestionarios que contemplen la realidad social y laboral actual en la que se encuentran inmersas las profesiones sanitarias. El mayor inconveniente de este trabajo, igual que el de

**Tabla 1. Resultados del cuestionario**

	Profesión	Cansancio emocional	Despersonalización	Realización personal
Bajo	Médico/a	16,83%	26,73%	28,71%
Medio	Médico/a	21,78%	18,81%	26,73%
Alto	Médico/a	61,38%	54,45%	44,55%
Valor medio*		30,63 (12,71)	10,22 (6,35)	37,35 (7,54)

\*Datos en media (desviación estándar).

otros trabajos realizados sobre *burnout*, sobre sexualidad, alcoholismo, etc., es la baja tasa de respuesta; entre los distintos motivos que podrían justificar la baja participación estaría el sentimiento de vergüenza, culpabilidad, o el miedo a sentirse identificado.

Es necesario lograr una mayor sensibilización sobre la importancia que tiene el *burnout* en el clima laboral de los centros y en la relación entre los médicos y los pacientes. También es preciso el reconocimiento de su existencia por parte de la administración sanitaria, para tratar de aportar aquellas medidas que amortiguen su incidencia. Sin embargo, muchas veces se oculta su existencia para no reflejar el fracaso de la propia administración sanitaria con sus recursos humanos. Creemos necesario introducir encuestas generalistas en las que los apartados correspondientes a *burnout* no fueran tan identificables, para así conseguir mayores cuotas de participación.

## BIBLIOGRAFÍA

- Maslach C, Jackson SE. Maslach Burnout Inventory. Manual Research Edition. University of California. Palo Alto C.A.: Consulting Psychologist Press; 1986.
- Pines AM, Aronson E. Career burnout: causes and cures. New York: Free Press; 1988.
- Simó J, Chinchilla N. Motivación y médicos de familia (II). Aten Primaria. 2001;28:668-73.
- Sánchez Bayle M, Martín García M. Atención Sanitaria y nuevas necesidades poblacionales: inmigración y demanda. Escola Galega de Administración Sanitaria; 2008.
- Cebrià J, Segura J, Corbella S, Sos P, Comas O, García M. Rasgos de personalidad y *burnout* en médicos de familia. Aten Primaria. 2001;27:459-68.
- 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.
- Collier WU, McCue JD, Markus A, Smith L. Stress in medical residency: statu quo after a decade of reform? Ann Intern Med. 2002;136:384-90.
- Moreno B, Oliver C, Aragonese A. El *burnout*, una forma específica de estrés laboral. En: Buela-Casal G, Caballo VE, editores. Manual de psicología clínica aplicada. Madrid: Siglo XXI; 1991. p. 271-85.
- Gil-Monte P. El síndrome de quemarse por el trabajo. Ed. Pirámide; 2005. p. 144.
- Flores Lozano JA. Manual de prevención y autoayuda del *burnout* del médico. Ed. Grupo Entheos; 2002. p. 21.