

# Prevalencia de *burnout* entre los profesionales de Atención Primaria, factores asociados y relación con la incapacidad temporal y la calidad de la prescripción

R. de Dios del Valle<sup>a</sup> y A. Franco Vidal<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Gerencia de Atención Primaria del Área Sanitaria I de Asturias. Hospital de Jarrío.

<sup>b</sup>Unidad de Calidad del Hospital Central de Asturias.

**INTRODUCCIÓN.** El presente estudio se planteó como objetivo conocer la prevalencia del síndrome de *burnout* en los profesionales que desarrollan su trabajo en Atención Primaria y su relación con las bajas laborales y la calidad de la prescripción.

**MÉTODOS.** Estudio transversal mediante cuestionario *Maslach Burnout Inventory* (MBI). Emplazamiento: 5 Centros de Salud y 25 Consultorios periféricos. Participantes: 145 profesionales. Variables: La puntuación en las subescalas de Cansancio Emocional, Despersonalización y Logros Personales del MBI. Variables laborales. Indicadores de prescripción. Días de baja en el último año.

**RESULTADOS.** Tasa de participación: 79,23%. Edad media: 40,22 años. Fue detectado alto grado de *burnout* en el 36,6% (2-44,6) de los profesionales. Mayores puntuaciones en las diferentes subescalas se relacionaron con ser varón ( $p < 0,001$ ), mayor edad ( $p: 0,034$ ), ser médico de familia ( $p: 0,04$ ), trabajar en un equipo de Atención Primaria ( $p: 0,02$ ), mayor experiencia ( $p: 0,03$ ), mayor presión asistencial ( $p: 0,04$ ). Se obtiene menor grado de desarrollo personal si eres demandante de empleo ( $p: 0,041$ ). El mayor cansancio emocional se relaciona con peores indicadores de prescripción: menos Especialidades Farmacéuticas Genéricas prescritas ( $p: 0,016$ ), menos antimicrobianos recomendados en Atención Primaria ( $p: 0,002$ ), menos antiinflamatorios no esteroideos recomendados en Atención Primaria ( $p: 0,015$ ), más novedades terapéuticas tipo C ( $p: 0,004$ ) y mayor tasa de derivación ( $p: 0,037$ ) de forma significativa y con mayor número de días de baja ( $p: 0,031$ ).

**CONCLUSIONES.** La prevalencia de este síndrome en nuestro medio no es tan alta como en otros estudios, quizás debido a una menor presión asistencial. Observamos cómo este proceso se relaciona con mayor absentismo laboral por problemas de salud y peores indicadores de calidad. El dise-

ño de estrategias encaminadas a prevenir este síndrome se configuran como elementos imprescindibles para mejorar la calidad de los servicios prestados.

*Palabras clave:* síndrome de *burnout*, Atención Primaria, calidad de la asistencia sanitaria, *burnout*, profesional.

**INTRODUCTION.** The present study was proposed in order to know the prevalence of the burnout syndrome in professionals who carry out their work in Primary Health care and its relationship with sick leaves and the quality of the prescription.

**METHODS.** Cross-sectional study with the questionnaire *Maslach Burnout Inventory* (MBI). Site: 5 Health Care Centers and 25 Peripheral medical centers. Participants. 145 professionals. Variables. The score on the subscales of Emotional Tiredness, Depersonalization and Personal Achievements of MBI. Work variables. Prescription indications. Days of sick leave in the last year.

**RESULTS.** Participation rate: 79.23%. Mean age: 40.22 years. A high grade of burnout was detected in 36.6% (2-44.6) of the professionals. Higher scores on the different subscales were related with being male ( $p < 0.001$ ), older age ( $p: 0.034$ ), being a family doctor ( $p: 0.04$ ), working in a primary health care team ( $p: 0.02$ ), greater experience ( $p: 0.03$ ), greater health care pressure ( $p: 0.04$ ). A lower grade of personal development was obtained if the person was demanding employment ( $p: 0.041$ ). Greater emotional tiredness was related with worse indicators of prescription (fewer generic pharmaceutical products prescribed ( $p: 0.016$ ), fewer antimicrobials recommended in primary health care ( $p: 0.002$ ), fewer NSAIDs recommended in primary health care ( $p: 0.015$ ), more type C therapeutic novelties ( $p: 0.004$ ) and greater referral rate ( $p: 0.037$ ) significantly with greater number of days of sick leave ( $p: 0.031$ ).

**CONCLUSIONS.** The prevalence of this syndrome in our setting is not as high as in other studies, perhaps due to lower care pressure. We observe how this process is related with greater work absenteeism due to health problems and worse qua-

Correspondencia: R. de Dios del Valle.  
C/ San Lázaro, 31, 5.º F. 33008 Oviedo.  
Correo electrónico: ricardodios@telecable.es

Recibido el 01-03-06; aceptado para su publicación el 19-09-06.

lity indicators. The design of the strategies aimed at preventing this syndrome is outlines as essential elements to advance in the improvement of the quality of the services provided.

*Key words:* burnout syndrome, primary health care, health care quality, burnout, professional.

## INTRODUCCIÓN

Los profesionales que cuidan de las personas se ven abocados a implicarse durante mucho tiempo en sus problemas. La exposición constante a conflictos con fuerte carga emocional y de difícil solución va causando una acumulación de estrés crónico en el profesional, estrés que puede cansarle emocionalmente y llevarle a una situación de agotamiento o de “estar quemado” (*burnout*)<sup>1</sup>. El síndrome de *burnout* puede ser considerado como un trastorno adaptativo producido por el estrés laboral crónico<sup>2</sup>, y que ha sido definido como “un cansancio emocional que lleva a una pérdida de motivación y eventualmente progresa hacia sentimientos de inadecuación y fracaso”<sup>3</sup>. La prevalencia de alto grado de *burnout* va del 37,5%<sup>4</sup> al 43%<sup>5</sup>. Las consecuencias van desde problemas físicos, emocionales, conductuales y sociales para el profesional que lo sufre<sup>6</sup>. Además, conlleva pérdida de eficacia laboral<sup>7</sup> y de calidad del trabajo<sup>8</sup>. Un 58% de los profesionales con un nivel de cansancio emocional alto expresan su deseo de cambiar de trabajo<sup>9</sup>. También se ha correlacionado el gasto farmacéutico por asegurado con el cansancio emocional<sup>10</sup>. Conociendo la importancia de este problema decidimos diseñar el presente estudio con el objetivo principal de conocer su prevalencia en todos los profesionales del área

(fig. 1). Los objetivos secundarios que nos propusimos fueron los factores laborales asociados, así como evaluar la relación existente entre la presencia del síndrome con las bajas laborales e indicadores de desempeño profesional.

## MATERIAL Y MÉTODOS

### Diseño

Estudio descriptivo transversal, mediante cuestionario anónimo enviado por correo.

### Ámbito de estudio

Atención Primaria (AP) del Área Sanitaria I de Asturias.

### Criterios de inclusión

Profesionales (médicos, pediatras, enfermeras, trabajadores sociales, odontoestomatólogos, fisioterapeutas) que trabajen en el Área I y los adscritos a la bolsa de demandantes de empleo del área.

### Criterios de exclusión

Profesionales que sufren algún proceso patológico avanzado que afecte gravemente a su salud encontrándose en estadios terminales.

### Período de estudio

Se realiza un corte en abril de 2004.

### Selección de participantes

Son válidos para el estudio todos aquellos profesionales que cumplan criterios de inclusión y no de exclusión; y que de forma voluntaria participen enviándonos el cuestionario cumplimentado. Se envía a la totalidad de los profesionales.

### VARIABLES ESTUDIADAS

VARIABLES DEPENDIENTES: puntuación en el Cuestionario *Maslach Burnout Inventory* (MBI), versión española<sup>1</sup>. Cuestionario de 22 preguntas que valora cansancio emocional, despersonalización y autorrealización personal. Se utilizan los puntos de corte: Subescala de Cansancio Emocional: baja (< 22), media (22-31) y alta (> 31); Subescala de Despersonalización: baja (< 7), media (7-13) y alta (> 13); y de Realización Personal: alta (> 35), media (30-35) y baja (< 30). Las independientes se distribuyen en dos grupos en función de la relación que presentan con el *burnout*. Un primer grupo formado por factores que pueden influir en su aparición según la literatura (profesión, distancia del domicilio al centro de trabajo, edad, sexo, tiempo que lleva ejerciendo, tiempo que lleva trabajando en el mismo centro, tipo de contrato, número de guardias al mes, tipo de zona de salud, presión asistencial, número de compañeros en el centro, si tiene cargos de responsabilidad). Un segundo grupo formado por las variables que miden el desempeño de los profesionales y que pudieran verse afectadas por la existencia del síndrome (número de días de baja por enfermedad común en el último año, % de especialidades farmacéuticas genéricas prescritas, % de antimicrobianos re-

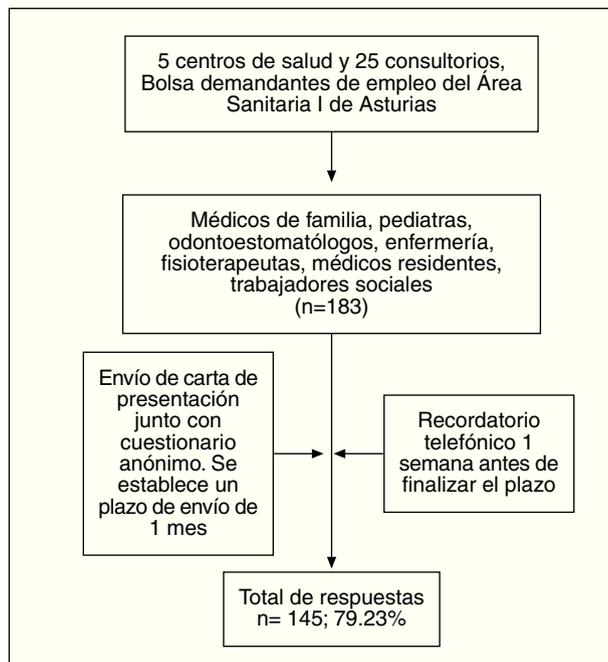


Figura 1. Esquema general del estudio. Estudio descriptivo transversal.

comendados en AP prescritos, % de antiinflamatorios no esteroideos recomendados en AP, % de novedades terapéuticas tipo C prescritas, tasa de derivación por mil habitantes; estos últimos sólo para facultativos).

### Análisis estadístico

Se describe la muestra utilizando, para las variables cuantitativas, media y desviación estándar; y para las cualitativas, distribución porcentual de frecuencias. Se llevó a cabo un análisis bivariante buscando la influencia de las variables independientes con la prueba de Chi cuadrado para las variables cualitativas, y la prueba de la "t" de Student, ANOVA y otras pruebas no paramétricas, para variables cuantitativas.

## RESULTADOS

Participaron 145 profesionales de un total de 183 (tasa de respuesta: 79,23%) (tabla 1). En la tabla 2 podemos ob-

servar la distribución de los profesionales según el grado de *burnout* que sufren en cada una de las subescalas. De los 145 profesionales estudiados, 53 (36,6%; IC 95%: 29-44,6) presentan un alto grado de *burnout* y un 26,9% (20,2-34,6) un bajo grado. Entendemos por alto grado de *burnout* cuando al menos una de las tres subescalas ha puntuado como alto grado. Bajo grado cuando en las tres puntuas de esa forma. Respecto a las relaciones existentes entre la puntuación del MBI y las variables que pueden relacionarse con su aparición, nos encontramos con que existe una relación significativa entre la puntuación en Cansancio Emocional y el sexo ( $p < 0,001$ ; presentando los varones una puntuación media de 22,8 frente a un 17,4 de las mujeres), profesión ( $p: 0,040$ ; siendo los médicos de familia los que presentan un mayor nivel de cansancio emocional, con una puntuación media de 22,3), tipo de trabajo ( $p: 0,02$ ; siendo los profesionales que pertenecen a los equipos los que presentan una puntua-

**Tabla 1. Descripción de la población de estudio**

Variables cualitativas				
Variable	Grupos	n	%	IC 95%
Sexo	Varón			
	Mujer	97	66,9%	58,93-74,14
Profesión	Médicos	77	53,1%	44,95-61,12
	ATS	56	38,6%	30,96-46,74
	Pediatras	5	3,45%	1,27-7,48
	Odontostomatólogos	3	2,1%	0,53-5,53
	Trabajadores sociales	2	1,38%	0,53-5,53
	Fisioterapeutas	2	1,38%	0,53-5,53
Situación laboral	Profesional de equipo	75	51,7%	43,6-59,8
	Profesional de refuerzo	18	12,4%	7,8-18,6
	Demandante de empleo	32	22,1%	15,88-29,36
	MIR	13	8,97%	5,08-14,5
	Unidades de apoyo	7	4,83%	2,14-9,31
Tipo de contrato	Propietario	34	23,4%	17,1-30,9
	Interino en plaza vacante	60	41,4%	33,6-49,5
	Sustituto comisión de servicios	6	4,1%	1,7-8,4
	MIR y demandantes de empleo	45	31%	23,9-38,9
Zona de salud	Básica	77	53,1%	45-61,1
	Especial	27	18,6%	12,9-25,6
	Demandantes de empleo y MIR de 1.º y 2.º año	41	28,3%	21,4-36
Asunción de responsabilidad	Sí	27	17,9%	12,9-25,6
	No	73	50,3%	42,2-58,4
	MIR y demandantes de empleo	45	31,7%	23,9-38,9
Variables cuantitativas				
Variable		Media	Desviación Estándar	
Edad		40,22	9,6	
Años que lleva ejerciendo		14,99	8,32	
Años en el puesto actual		9,26	7,14	
Años en la bolsa de demandantes de empleo		5,42	4,82	
Presión asistencial		21,98	11,52	
Distancia en km del domicilio al centro de trabajo		36,55	53,07	
Tasa de derivación por mil habitantes		25,46	5,81	
%EFG		12,23	10,58	
%Antimicrobianos recomendados en AP prescritos		65,58	13,9	
%AINE recomendados en AP prescritos		66,16	17,06	
%Novedades terapéuticas tipo C prescritas		0,61	0,29	
Días de baja en el último año		14,36	43,19	
N.º de procesos de baja en el último año		0,53	0,79	

ATS: ayudante técnico sanitario; MIR: médico interno residente; EFG: Especialidades Farmacéuticas Genéricas; AP: Atención Primaria; AINE: antiinflamatorios no esteroideos.

ción más alta, 22,8). Se encuentra así mismo que a mayor edad se presenta un mayor nivel de cansancio emocional (p: 0,034), a mayor número de años ejerciendo también se presenta un mayor nivel de cansancio emocional (p: 0,03), a mayor número de compañeros en el equipo (p < 0,0001) y a mayor presión asistencial en consulta (p: 0,004). Así mismo, la puntuación en despersonalización se relaciona de forma estadísticamente significativa con el sexo; y la puntuación en logros personales se relaciona con el tipo de trabajo y de forma inversa con la distancia del domicilio al centro (p: 0,049; aunque con una correlación débil). La

puntuación en la subescala de Logros Personales sólo se relaciona de forma estadísticamente significativa con el tipo de trabajo, presentan un menor grado de desgaste, es decir, una mayor realización de logros personales los profesionales que desarrollan su labor en las unidades de apoyo, seguidos por los profesionales de equipo, siendo los profesionales en bolsa de demandantes de empleo los que presentan un peor desarrollo profesional (p: 0,041).

Podemos observar cómo a mayor puntuación en la subescala de cansancio emocional se observan peores resultados en los indicadores de calidad de prescripción; así, a

**Tabla 2. Distribución de la muestra según el grado de *burnout* en las tres subescalas**

Profesión	Subescala de Cansancio Emocional								
	Bajo (< 22)			Medio (22-31)			Alto (> 31)		
	n	%	IC 95%	n	%	IC 95%	n	%	IC 95%
Médico EAP	17	48,6	32,5-65	4	11,4	3,7-25,3	14	40	2,5-56,7
Médico Refuerzo	5	50	21,2-78,8	2	20	3,5-51,9	3	30	8,3-61,9
Médico Bolsa	13	68,4	45,5-86,1	5	26,3	10,3-49,1	1	5,3	0,3-23,3
ATS EAP	18	51,4	35,1-67,5	10	28,6	15,5-45	7	20	9,2-35,6
ATS Refuerzo	5	62,5	27,8-89,4	2	25	4,4-61,2	1	12,5	0,6-48
ATS Bolsa	7	53,8	27,4-78,7	6	46,2	21,3-72,6	0	0	0-20,6
Pediatría	3	60	18,2-92,7	2	40	7,35-81,8	0	0	0-45,1
Odontología	3	100	36,8-100	0	0	0-63,2	0	0	0-63,2
Trabajador social	2	100	22,4-100	0	0	0-77,6	0	0	0,7-7,6
Fisioterapia	1	50	2,5-97,5	1	50	45-97,5	0	0	0-77,6
MIR	7	53,8	27,4-78,7	3	23,1	6,2-50,9	3	23,1	6,23-50,9
Total	81	55,9	47,7-63,8	35	24,1	17,7-27,1	29	20	14,1-27,1
Profesión	Subescala de Despersonalización								
	Bajo (< 7)			Medio (7-13)			Alto (> 13)		
	n	%	IC 95%	n	%	IC 95%	n	%	IC 95%
Médico EAP	23	65,7	49-79,9	5	14,3	5,4-28,9	7	20	9,2-35,6
Médico Refuerzo	4	40	14,2-70,9	6	60	29,1-85,8	0	0	0-25,9
Médico Bolsa	12	63,2	40,3-82,2	5	26,3	10,4-49,1	2	10,5	1,8-30,6
ATS EAP	19	54,3	37,8-70,1	12	34,3	20,1-51	4	11,4	3,7-25,3
ATS Refuerzo	6	75	38,8-95,6	2	25	4,4-61,2	0	0	0-31,2
ATS Bolsa	7	53,8	27,4-78,7	5	38,5	0,5-2,9	1	7,7	0,4-32,5
Pediatría	4	80	33,4-99	1	20	1-66,6	0	0	0-45,1
Odontología	3	100	36,8-100	0	0	0-63,2	0	0	0-63,2
Trabajador social	2	100	22,4-100	0	0	0-77,6	0	0	0-77,6
Fisioterapia	2	100	22,4-100	0	0	0-77,6	0	0	0-77,6
MIR	10	76,9	49,1-93,8	1	7,7	0,4-32,5	2	15,4	2,7-42,2
Total	92	63,4	55,4-71	37	25,5	18,9-33,1	16	11	6,7-16,9
Profesión	Subescala de Logros Personales								
	Bajo (> 35)			Medio (30-35)			Alto (< 30)		
	n	%	IC 95%	n	%	IC 95%	n	%	IC 95%
Médico EAP	20	57,1	40,5-72,6	10	28,6	15,5-45	5	14,3	5,4-28,9
Médico Refuerzo	3	30	8,3-62	4	40	14,2-70,9	3	30	8,3-62
Médico Bolsa	8	42,1	21,8-64,6	3	15,8	4,2-37,2	8	42,1	21,8-64,6
ATS EAP	25	71,4	55-84,5	6	17,1	7,3-32,3	4	11,4	3,7-25,3
ATS Refuerzo	6	75	38,8-95,6	1	12,5	0,6-48	1	12,5	0,6-48,02
ATS Bolsa	5	38,5	15,7-65,9	5	38,5	15,7-65,9	3	23,1	6,2-50,9
Pediatría	4	80	33,4-99	0	0	0-45,1	1	20	1-66,6
Odontología	1	33,3	1,7-86,8	2	66,7	13,2-98,3	0	0	0-63,2
Trabajador social	2	100	22,4-100	0	0	0-77,6	0	0	0-77,6
Fisioterapia	1	50	2,5-97,5	1	50	2,5-97,5	0	0	0-77,6
MIR	9	69,2	41,3-89,4	3	23,1	6,2-50,9	1	7,7	0,4-32,5
Total	84	57,9	49,8	35	24,1	17,7-31,6	26	17,9	12,3-24,8

ATS: ayudante técnico sanitario; EAP: equipo de Atención Primaria; MIR: médico interno residente.

mayor cansancio emocional se recetan menos especialidades genéricas (p: 0,016), se prescriben menos antimicrobianos recomendados en Atención Primaria (p: 0,002), menos antiinflamatorios no esteroideos recomendados en Atención Primaria (p: 0,015), se prescriben, en cambio, más novedades terapéuticas tipo "C", es decir, fármacos que no aportan nada nuevo (p: 0,004). Se observa así mismo que, a mayor cansancio emocional, la capacidad resolutiva en Atención Primaria disminuye incrementándose la tasa de derivación (p: 0,037). Otro dato de interés es la relación que se presenta entre la puntuación de la subescala de cansancio emocional y los procesos de baja laboral; así a mayor puntuación en cansancio emocional mayor número

de procesos de baja sufridos por los profesionales (p: 0,011), y mayor número de días de baja sufridos por los profesionales (p: 0,031) (tablas 3 y 4).

## DISCUSIÓN

La tasa de participación (79,23%) es satisfactoria comparándola con otros estudios<sup>4,5,11-15</sup>. Aunque existen numerosos estudios sobre *burnout*, apenas los hay que comparen la incidencia del problema en las diferentes profesiones sanitarias que trabajan en Atención Primaria. Así mismo, tampoco encontramos muchos estudios que relacionen este hecho con la calidad asistencial. En el presente estudio

**Tabla 3. Relación entre la puntuación media de las subescalas de MBI y las variables cualitativas que podían asociarse a la aparición del síndrome de *burnout***

Escalas MBI	Variable	Grupos	Media	IC95%	p
Cansancio emocional	Sexo	Varón	22,8	21,9-29,2	< 0,001
		Mujer	17,4	15,5-19,6	
Despersonalización		Varón	8	6,1-9,9	0,044
		Mujer	5,49	4,6-6,4	
Logros personales		Varón	36,5	34,4-38,7	0,798
		Mujer	36,2	34,9-37,5	
Cansancio emocional	Zona de salud	Especial	20,3	15,9-24,7	0,661
		Básica	21,36	18,5-24,3	
Despersonalización		Especial	7,52	4,9-10,2	0,432
		Básica	6,04	4,8-7,3	
Logros personales		Especial	36,3	33,4-39,2	0,491
		Básica	37,26	35,7-38,8	
Cansancio emocional	Tareas de responsabilidad	No	21,4	18,6-24,2	0,667
		Sí	20,2	15,3-25,1	
Despersonalización		No	6,6	5,3-7,9	0,682
		Sí	6	3,6-8,5	
Logros personales		No	36,8	35,3-38,4	0,666
		Sí	37,5	34,7-40,4	
Cansancio emocional	Profesión	Medicina	22,3	19,2-25,4	0,040
		ATS	19,98	17,2-22,8	
		Otros	15,4	10,8-19,9	
Despersonalización		Medicina	6,7	5,2-8,1	0,196
		ATS	6,7	5,3-8,1	
		Otros	4,7	2,9-6,6	
Logros personales		Medicina	35,02	33-37	0,130
		ATS	37,2	35,6-38,6	
		Otros	37,7	35,1-40,3	
Cansancio emocional	Tipo de trabajo	Equipo	22,8	19,9-25,7	0,020
		Refuerzo	21,3	15,9-26,7	
		Bolsa	17,6	14,1-21,3	
		Unidad de apoyo	15,4	10,8-19,9	
		Equipo	7,2	5,7-8,7	
Despersonalización		Refuerzo	5,3	3,5-7	0,305
		Bolsa	6,3	4,7-8	
		Unidad de apoyo	4,7	2,9-6,6	
		Equipo	37,3	35,8-39	
		Refuerzo	34,9	31,3-38,5	
Logros personales		Bolsa	33,7	31-36,3	0,041
		Unidad de apoyo	37,7	35,1-40,3	
		Propietario	21,7	17,1-26,3	
		Interino	21	18,2-23,9	
		Propietario	6,38	4,3-8,5	
Cansancio emocional	Tipo de contrato	Interino	6,42	4,3-8,5	0,792
		Propietario	38,1	35,9-40,3	
Despersonalización		Propietario	36,5	34,8-38,1	0,756
		Interino	36,5	34,8-38,1	
Logros personales		Propietario	38,1	35,9-40,3	0,251
		Interino	36,5	34,8-38,1	

MBI: *Maslach Burnout Inventory*; ATS: ayudante técnico sanitario.

se ha intentado buscar la relación entre el mismo e indicadores de calidad utilizados en el contrato programa. Comparando nuestros resultados con otros estudios encontramos que tenemos un bajo grado de *burnout*, tanto teniendo en cuenta el resultado global como el del estamento médico exclusivamente<sup>5,11,13,16</sup>. Podría ser debido a menor presión asistencial (22 pacientes/día). A nivel práctico, nos encontramos con factores relacionados con el *burnout* no modificables, sexo (varón) y edad. La literatura existente es contradictoria, algunos apuntan al varón<sup>5,13</sup> como sexo de riesgo, otros a la mujer<sup>11,17</sup>. Con la edad pasa lo mismo, uno apuntan a la edad como factor de riesgo<sup>5</sup> y otros como protector<sup>13</sup>. Existen otros factores relacionados con la actividad laboral que se han asociado de forma significativa. El cansancio emocional se relaciona con ser médico de familia, trabajar como médico de equipo y con la presión asistencial. Los profesionales de la bolsa de demandantes de empleo presentan un menor grado de logros personales, seguidos por los de refuerzo. El médico es el profesional de mayor riesgo; y parece lógico pensar que el trabajar como médico de equipo provoque un mayor grado de *burnout* debido a que se encuentra más implicado con sus pacientes y con sus problemas. Estos profesionales, sin embargo,

tienen una buena autorrealización profesional comparándola con los demandantes de empleo y refuerzo. La presión asistencial se relaciona con el cansancio emocional, siendo este un factor ya descrito en otros estudios<sup>18</sup>. La distancia del trabajo al domicilio se relaciona con un menor grado de desarrollo personal. El Área I se encuentra a hora y media del centro de la Comunidad. Muchos profesionales hacen este recorrido diariamente, parece que esto contribuye a incrementar el problema. Las líneas de intervención deben abordar diferentes factores, y de forma diferente según el profesional. En este sentido debemos priorizar las intervenciones con los médicos por estar en situación de riesgo, además con los profesionales de equipo debemos plantear estrategias de reducción de la presión (agenda de calidad, cupos nuevos), descansos programados y dotación de recursos personales para el manejo del estrés. En el caso del personal de refuerzo y demandante de empleo debemos establecer una política de recursos humanos que permita la incorporación progresiva a los equipos para lograr un desarrollo profesional. Lograr una organización participativa y un desarrollo de la AP puede contribuir a un mayor grado de autorrealización. La mayor parte de los indicadores de calidad (prescripción, tasa de derivación) e incapacidad

**Tabla 4. Relación entre la puntuación de las tres subescalas del MBI y variables cuantitativas consideradas como posibles factores relacionados con la aparición del síndrome y las variables que miden la calidad asistencial y el absentismo**

Relación entre la puntuación de las escalas del MBI y variables relacionadas con la aparición del síndrome				
Variables		Cansancio Emocional	Despersonalización	Logros Personales
Distancia del domicilio al trabajo (km)	Coefficiente Correlación	0,043	0,131	-0,171
	p	0,622	0,132	0,049
Tiempo que lleva ejerciendo	Coefficiente Correlación	0,186	0,12	0,116
	p	0,030	0,886	0,178
Presión asistencial	Coefficiente Correlación	0,297	0,050	0,078
	p	0,004	0,663	0,460
Nº de compañeros en el centro	Coefficiente Correlación	0,367	0,013	-0,092
	p	0,000	0,893	0,357
Edad	Coefficiente Correlación	0,177	0,024	0,064
	p	0,034	0,776	0,447
Tiempo en la bolsa	Coefficiente Correlación	0,337	-0,030	-0,048
	p	0,059	0,337	0,795
N.º de guardias al mes	Coefficiente Correlación	0,053	0,080	-0,062
	p	0,582	0,407	0,521
Relación entre la puntuación de las escalas del MBI y las variables que miden la calidad en la actividad asistencial y el absentismo				
Variables		Cansancio Emocional	Despersonalización	Logros personales
% EFG prescritas	C. Correlación	-0,339	-0,218	-0,026
	p	0,016	0,129	0,860
% Antimicrobianos recomendados en AP prescritos	C. Correlación	-0,418	-0,351	0,214
	p	0,002	0,013	0,136
% AINES recomendados en AP prescritos	C. Correlación	-0,342	-0,084	-0,049
	p	0,015	0,561	0,737
% Novedades Terapéuticas C prescritas	C. Correlación	0,483	0,311	0,136
	p	0,004	0,073	0,444
Tasa de derivación	C. Correlación	0,335	0,058	0,047
	p	0,037	0,728	0,778
Nº de días de baja en el último año	C. Correlación	0,217	0,088	0,021
	p	0,031	0,385	0,833
Nº de procesos de baja	C. Correlación	0,256	0,098	0,034
	p	0,011	0,332	0,735

MBI: Maslach Burnout Inventory.

temporal son peores a mayor grado de *burnout*. No existen muchos artículos sobre este tema, pero uno de los pocos observa una relación entre el cansancio emocional y el gasto farmacéutico por asegurado<sup>10</sup>. Parece ineludible el compromiso de las instituciones con el abordaje de este problema ya que afecta a la salud de sus profesionales y a la calidad de los servicios prestados.

Entre las limitaciones del estudio que debemos tener en cuenta a la hora de generalizar los resultados se encuentran fundamentalmente el tamaño de la población y sus características derivadas de la zona rural, así como las derivadas del hecho de ser un cuestionario autoadministrado en el domicilio, con la consiguiente imposibilidad de poder garantizar quién responde al mismo.

#### AGRADECIMIENTOS

A todos los profesionales del Área Sanitaria I de Asturias.

#### BIBLIOGRAFÍA

1. Maslach C, Jackson SE. MBI Inventario "Burnout" de Maslach. Manual. Madrid: TEA Ediciones S.A., 1997.
2. González Corrales R, Gándara Martín J, Flórez Lozano JA. Síndrome de burnout ¿Qué podemos hacer? SEMERGEN. 2002;28:18-38.
3. Flórez Lozano JA. Síndrome de "Estar quemado". Barcelona: Edika med, 1994.
4. Martínez de la Casa Muñoz A, Del Castillo Comas C, Magaña Loarte E, Bru Espino E, Franco Moreno A, Segura Frogoso A. Estudio sobre la prevalencia del burnout en los médicos del Área Sanitaria de Talavera de la Reina. Aten Primaria. 2003;32:343-8.
5. 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.
6. Orłowski JP, Gullede AD. Critical care stress and burnout. Crit Care Clin. 1986;2:173-81.
7. Small GW. House officer stress syndrome. Psychosomatics. 1981; 22:860-9.
8. Revicki DA, May HJ, Whitley ThW. Reliability and validity of the Work-Related Strain Inventory among health professionals. Behav Med. 1991;17:11-120.
9. Deckard GJ, Hicks LL, Hammory BH. The occurrence and distribution of burnout among infectious diseases physicians. J Infect Dis. 1992;165:224-8.
10. Cebriá J, Sobrequés J, Rodríguez C, Segura J. Influencia del desgaste profesional en el gasto farmacéutico de los médicos de atención primaria. Gaceta Sanitaria. 2003;17:483-9.
11. Jorge Rodríguez F, Blanco Ramos MA, Issa Pérez S, Romero García I, Gayoso Diz P. Relación de la calidad de vida profesional y burnout en médicos de atención primaria. Aten Primaria. 2005;36: 442-7.
12. De Pablo González R, Suberviola González JF. Prevalencia del Síndrome de Burnout o desgaste profesional en los médicos de atención primaria. Aten Primaria. 1998;22:580-4.
13. Prieto Albino L, Robles Agüero E, Salazar Martínez LM, Daniel Vega E. Burnout en médicos de atención primaria de la provincia de Cáceres. Aten Primaria. 2002;29:294-302.
14. Recio Cazada J, Reig Ferrer A. Coordinadores de Centros de Salud y burnout. ¿Es patógena la labor directiva? SEMERGEN. 2003;29: 459-67.
15. 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.
16. Atance Martínez JC. Aspectos epidemiológicos del síndrome de burnout en personal sanitario. Rev Esp Salud Pública. 1997;71: 293-303.
17. McCraine EW, Lambert VA, Lambert CE. Work stress, hardiness and Burnout among hospital staff nurses. Nurs Res. 1987;33:374-8.
18. Molina Sigüero A, García Pérez MA, Alonso González M, Cecilia Cermeño P. Prevalencia del desgaste profesional y psicopatología en médicos de atención primaria de un área sanitaria de Madrid. Aten Primaria. 2003;1:564-71.