



Medicina de Familia SEMERGEN

www.elsevier.es/semergen



ORIGINAL

Relación entre la inteligencia emocional y el *burnout* en los médicos de Atención Primaria



S. Yebra Delgado^{a,*}, V. García Faza^b, A. Sánchez Calvo^b, P. Suárez Gil^c
y L. González Gómez^a

^a Centro de Salud La Calzada II, Gijón, Asturias, España

^b Centro de Salud El Natahoyo, Gijón, Asturias, España

^c Plataforma de Bioestadística y Epidemiología, Instituto de Investigación Sanitaria del Principado de Asturias (ISPA), Oviedo, Asturias, España

Recibido el 15 de diciembre de 2019; aceptado el 5 de febrero de 2020

Disponible en Internet el 24 de abril de 2020

PALABRAS CLAVE

Burnout;
Atención Primaria;
Inteligencia
emocional;
Relaciones laborales

Resumen

Objetivo: Evaluar la relación de la inteligencia emocional (IE) con el síndrome de *burnout* (BO) en los médicos de Atención Primaria.

Material y métodos: Estudio descriptivo transversal.

Emplazamiento: todos los centros de salud y consultorios del Principado de Asturias.

Participantes: médicos de Atención Primaria que estén en activo. Intervención: en abril de 2018 se envió un cuestionario anónimo autoadministrado con variables sociodemográficas, laborales y las escalas validadas TMMS-24 (IE) y MBI (BO).

Variables: la variable dependiente fue el BO. Como variables independientes se tomaron las 3 dimensiones de la IE, la edad, el sexo, el estado civil, el número de hijos, el tipo de formación, el tipo de contrato, el tiempo trabajado, las horas de guardia, los pacientes al día, el cupo, el ámbito rural o urbano, el área sanitaria, la relación con enfermería/hospital y la docencia. Análisis estadístico: inferencia bayesiana.

Resultados: Se enviaron 647 encuestas, participando 374 sujetos (tasa de respuesta del 57,8%). La distribución posterior de la prevalencia de BO fue del 64,5% [índice de credibilidad 95%: 59,7 a 69,2]. Encontramos asociación del BO con las 3 dimensiones de la IE; tener más habilidades emocionales disminuye el riesgo de presentar BO. Mostraron, además, incrementar la *odds* de prevalencia de BO la edad, el tipo de contrato, el ámbito urbano y la media de pacientes/día. Mostraron disminuir la *odds* de prevalencia tener hijos y ser tutor.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: sarayede@gmail.com (S. Yebra Delgado).

Conclusiones: Cabe destacar el elevado BO de los médicos de Atención Primaria, más de uno de cada 2 médicos están quemados. Por tanto, según resultados obtenidos, proponemos profundizar en la adquisición de habilidades relacionadas con la IE y mejorar las condiciones laborales en Atención Primaria.

© 2020 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

KEYWORDS

Burnout;
Primary Health Care;
Emotional
intelligence;
Work conditions

Relationship between emotional intelligence and burnout syndrome in Primary Healthcare doctors

Abstract

Aim: The purpose of this study is to analyse the relationship between emotional intelligence (EI) and burnout syndrome (BOS) in doctors in Primary Health Care.

Material and methods: Cross-sectional descriptive study.

Setting: All healthcare centres and clinics in Asturias.

Participants: Doctors of Primary Health Care who are active.

Intervention: In April 2018, an anonymous self-administered questionnaire was sent to all concerned. It included sociodemographic data, employment data, and TMMS-24 (EI) and MBI (BOS) validated scales.

Variables: BOS as a dependent variable. Three dimensions of EI, age, sex, marital status, number of children, form of training, contract type, time worked, on-call hours, number of patients per day, quota, rural or urban setting, healthcare area, relationship with nursing/hospital, and teaching as independent variables. Statistical analysis: Bayesian inference.

Results: A total of 647 questionnaires were sent, and 374 subjects took part in the study (response rate: 57.8%). The subsequent distribution of BOS prevalence was 64.5% [95% credibility index: 59.7-69.2]. BOS was associated with 3 dimensions of the EI, and to have higher social skills decreased the risk of presenting with BOS. Age, contract type, urban setting, and number of patients per day tended to increase the odds of prevalence of BOS. Having children or being a guardian tended to decrease the odds of prevalence.

Conclusions: The high level of BOS in Primary Health Care doctors should be pointed out, with more than one out of 2 doctors having burnout. Therefore, we suggest looking into how emotional skills are achieved, and also how to improve working conditions in Primary Health Care.

© 2020 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

En el último año la Atención Primaria (AP) ha ocupado una parte importante de los informativos y la agenda política. ¿Estamos quemados los médicos de AP? ¿Pueden ser solo las condiciones laborales o hay algo más?

El síndrome de *burnout* (BO) es un síndrome psicológico que nace en respuesta al estrés crónico producido por las relaciones interpersonales en el ámbito laboral¹, que afecta sobre todo a profesiones en contacto con personas, como el personal sanitario. Dentro de las especialidades médicas, una de las más afectadas es la medicina de familia².

Las 3 dimensiones clave de este síndrome son²:

- Agotamiento emocional: cansancio que puede manifestarse física o psíquicamente, sensación de no poder dar más de sí mismo a los demás.
- Despersonalización: desarrollo de sentimientos y actitudes negativas, distantes y frías hacia otras personas,

especialmente los pacientes en el caso del ámbito sanitario.

- Escasa realización personal: caracterizada por desilusión para dar sentido a la propia vida y hacia los logros personales, con sentimientos de fracaso y baja autoestima.

El Maslach Burnout Inventory³ ha sido especialmente diseñado para valorar estas dimensiones y es la herramienta estándar utilizada en la mayoría de los estudios. Para personal sanitario se utiliza la versión Maslach Burnout Inventory-Human Services Survey¹ (Anexo 1).

La importancia de este modelo tridimensional recae en que sitúa la experiencia estresante individual dentro del contexto social e incluye el concepto personal que se tiene sobre uno mismo y sobre los demás¹. Esto nos lleva a plantearnos si existen factores relacionados con la forma de entender y vivir lo que nos rodea que puedan influir en este síndrome, como podría ser la inteligencia emocional (IE).

Peter Salovey y John Mayer presentaron por primera vez su teoría de la IE en 1990, complementada posteriormente con los trabajos de Goleman (1996)⁴ y de Fernández-Berrocal et al. en España⁵. Goleman se refiere a la IE como el conjunto de «aptitudes para reconocer y regular las emociones en nosotros mismos y en los demás». Goleman afirma que la IE es esencial para un rendimiento eficaz a nivel individual y organizativo en el ámbito laboral y además puede desarrollarse y mejorarse de forma individual y grupal⁶.

En Medicina, la IE es clave para organizar las destrezas interpersonales y de comunicación, interviniendo en: la relación médico-paciente, el rendimiento y la satisfacción profesional o en el entrenamiento y el desarrollo de las habilidades de comunicación clínica⁷.

Existen distintas escalas para medir la IE; una de las más utilizadas es la escala validada de IE percibida Trait Meta-Mood Scale-24, traducida al español por Fernández-Berrocal et al.^{5,8} en 2004. Esta escala contiene 3 dimensiones clave de la IE, con 8 ítems cada una de ellas: atención emocional (ser capaz de sentir y expresar los sentimientos de forma adecuada), claridad emocional (capacidad para comprender los estados emocionales), reparación emocional (capacidad de regular y cambiar los estados emocionales correctamente) (Anexo 2).

Existen numerosos artículos sobre el desgaste profesional en el ámbito de AP⁹⁻¹⁶, donde hasta un 41,3% de los médicos tenían afectada al menos una de las 3 dimensiones del BO¹⁴. En la mayoría de los artículos se relaciona el BO con variables personales u organizativas¹⁰, pero existen pocos trabajos publicados sobre la influencia de la IE en el BO, la mayoría realizados fuera del ámbito de la AP¹⁷⁻²¹.

El objetivo de nuestro trabajo es evaluar la relación de la IE con el BO en los médicos de AP y, a su vez, estimar la prevalencia de BO en dicha población, así como evaluar la relación de BO con diferentes factores sociodemográficos y laborales.

Material y métodos

Diseño del estudio

Se realizó un estudio descriptivo transversal multicéntrico en el ámbito del Principado de Asturias.

Población a estudio

La población a estudio fueron los médicos de AP del sistema público de salud asturiano en activo en el momento del lanzamiento de las encuestas.

Criterios de exclusión: fueron excluidos del estudio los residentes en formación, los servicios de cuidados paliativos y los servicios de atención continuada.

Tamaño y método de muestreo: se estudió el total de la población, por lo que no se realizó ningún tipo de muestreo.

Se realizó un estudio piloto en el que participaron 26 residentes de MFyC con el objetivo de evaluar la comprensión de la encuesta y realizar las modificaciones necesarias para facilitar su cumplimentación.

En abril del 2018 se envió una carta de presentación por correo interno a todas las consultas de AP del Principado de Asturias para intentar mejorar la tasa de respuesta. A los 15

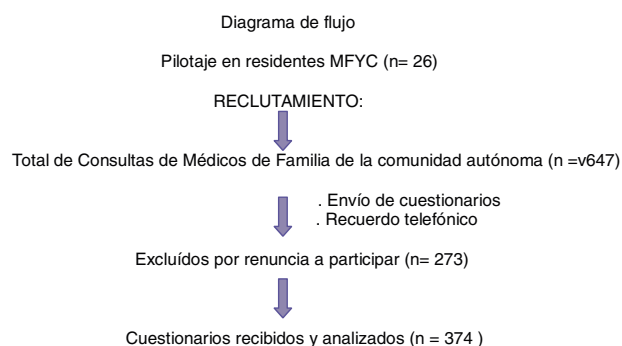


Figura 1 Diagrama de flujo.

días se realizó el envío de los cuestionarios anónimos auto-administrados (sociodemográfico, Trait Meta-Mood Scale-24 y Maslach Burnout Inventory) con una hoja de instrucciones y condiciones de aceptación de la participación en el estudio. A la semana siguiente realizamos un recuerdo telefónico a todos los centros de salud y consultorios. Establecimos el período de recepción de las encuestas durante los meses de mayo y junio (fig. 1).

Variables

Se tuvo en cuenta como variable dependiente el BO y sus dimensiones. Como punto de corte para establecer el criterio de BO se ha considerando tener afectada al menos una de las 3 esferas en su rango superior (cansancio alto y/o despersonalización alta y/o realización personal baja)^{1,23}. Como variables independientes se tomaron las 3 dimensiones de la IE (atención emocional, claridad emocional y reparación emocional), la edad por fecha de nacimiento, el sexo, el estado civil, el número de hijos, el tipo de formación (especialidad de MFyC vía MIR o no), el tipo de contrato (eventual, interino o propietario), el tiempo trabajado en cada tipo de contrato, las horas de guardia, la media de pacientes al día, el cupo, el ámbito rural o urbano (según la clasificación del Sistema de Información Poblacional y recursos sanitarios del SESPA), el área sanitaria (área I: Jarrio; área II: Cangas del Narcea; área III: Avilés; área IV: Oviedo; área V: Gijón; área VI: Arriondas; área VII: Mieres; área VIII: Langreo), la relación con enfermería/hospital, la docencia del centro y si eran o no tutores.

Análisis estadístico

Se describieron todas las variables según técnicas estadísticas convencionales. El análisis se llevó a cabo mediante inferencia bayesiana. Para inferir la prevalencia de BO se utilizaron 2 modelos: uno con distribución previa no informativa con beta (1,1) y otro con una distribución beta con media 0,54 (DE 0,08), reflejando el conocimiento previo existente sobre el problema. La distribución posterior de la prevalencia se resume mediante la media y el intervalo de credibilidad del 95% (I Cred 95%) y se representa mediante un gráfico de densidad. El I Cred 95% representa el equivalente bayesiano del intervalo de confianza de la estadística frecuentista o clásica y presenta la ventaja de poder ser interpretado directamente en términos probabilísticos, de

modo que representa el conjunto de valores entre los que se encontrará el parámetro con una probabilidad del 95%. Para estimar el efecto de las diferentes variables consideradas se ajustaron varios modelos de regresión logística múltiple no condicional estimando las *odds ratio* (OR) de cada una de las variables a partir de distribuciones previas no informativas para los coeficientes (log de las OR). Se presentan las medias posteriores de las OR, los I Cred 95% y las probabilidades posteriores de que las OR sean mayores de 1. Para introducir en el modelo las variables categóricas (atención, claridad y reparación emocional, área sanitaria, etc.) se crearon variables *dummy*. En estadística bayesiana, los parámetros tienen una probabilidad previa o *a priori* (antes de observar los datos) y una probabilidad posterior o *a posteriori* (después de observar los datos). El resultado no es un número, sino una distribución de probabilidad del parámetro a estimar (por ejemplo, una media, una proporción, una OR, etc.), y esa distribución se suele resumir por un estadístico como puede ser la media o la mediana, etc. Es decir, hemos obtenido una distribución de probabilidad de la OR que resumimos como «media posterior de la OR». Se trata de múltiples valores de la OR, cada uno con su densidad de probabilidad, no de un único valor como ocurre en la estadística clásica. Como se trata de una distribución de múltiples valores de la OR, se puede calcular la probabilidad de que el valor de la OR sea mayor de 1, que no será otra cosa que el área bajo la curva por encima de 1. Este valor hay que interpretarlo como la probabilidad (posterior, porque es después de observar los datos) de que el factor que se estudia sea «de riesgo». De forma análoga se podría calcular la probabilidad posterior de que la OR fuera menor de 1, si lo que se desea es evaluar la probabilidad de que el factor sea protector. En inferencia bayesiana no existe ningún «punto de corte» para esa probabilidad que indique «significación estadística». Simplemente, obtenemos una evaluación probabilística de que el parámetro tome ciertos valores. Todo el análisis estadístico se llevó a cabo mediante el software R 3.5.2 y las simulaciones Markov chain Monte Carlo con JAGS 4.3.0.

Comité Ético

El proyecto fue aprobado por el Comité Ético de Investigación Clínica Regional del Principado de Asturias, quedando exento el consentimiento firmado de los participantes por resultar tácito al contestar las encuestas voluntariamente.

Resultados

Se enviaron un total de 647 encuestas, participando 374 sujetos (tasa de respuesta del 57,8%). El porcentaje de participación de las distintas áreas sanitarias osciló entre el 80% en el área VI, siendo la más participativa, y el 44% del área VIII, siendo la de menor participación, sin encontrar ninguna explicación plausible a esta variabilidad de implicación en el estudio. De las variables estudiadas, cabe destacar las siguientes: el 63,6% eran mujeres, la media de edad fue de 55,5 años (DE 7,24), 303 (81%) tenían una plaza en propiedad, 65 (17,5%) eran tutores y 233 (59,6%) trabajaban en medio urbano. El 80% valoraba como «buena o excelente» la relación laboral con enfermería, y en cuanto a la relación

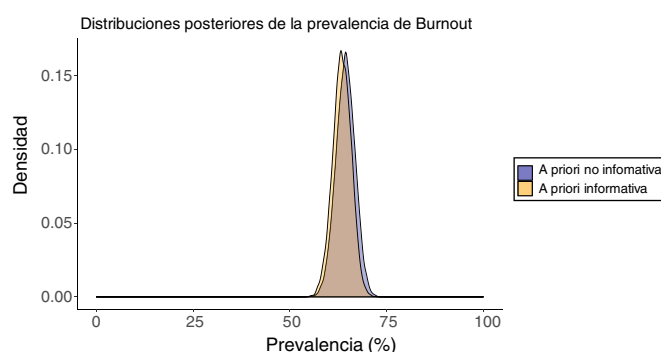


Figura 2 Distribuciones posteriores de la prevalencia de *burnout*.

con otras especialidades, el 79,6% la calificó como «regular o mala». Todas las características de la muestra aparecen en la [tabla 1](#).

La distribución posterior de la prevalencia de BO fue del 64,5% [I Cred 95%: 59,7 a 69,2] (con datos *a priori* informativos sobre estudios previos) ([fig. 2](#)). Presentaron niveles elevados de BO solo en una dimensión 112 participantes (29,9%), en 2 dimensiones 74 (19,8%) y en las 3 dimensiones 55 (14,7%) ([tabla 2](#)). El 15% de los profesionales estaban libres de BO, puesto que no tenían afectadas ninguna de las 3 esferas (56 sujetos). El 20,5% restante presentaba al menos una esfera con moderada afectación.

En el análisis descriptivo de las dimensiones de la IE muestran una *atención emocional* adecuada 145 sujetos (38,8%) y necesitan mejorar 229 (61,2%). De estos sujetos que necesitan mejorar, presentaban poca *atención emocional* 215 (57,5%) y demasiada 14 (3,7%). En cuanto a la variable *claridad emocional*, 47 sujetos (12,6%) tenían una comprensión excelente de sus estados emocionales, 207 (55,3%) mostraban una adecuada comprensión, y deberían mejorarla 120 sujetos (32,1%). En la variable *reparación emocional*, 48 sujetos (12,9%) tenían una excelente capacidad para regular sus estados emocionales, 253 (67,8%) presentaban una capacidad adecuada y deberían mejorarla 72 sujetos (19,3%).

Se realizó un análisis a través de un modelo logístico multivariante con distribuciones previas no informativas ([tabla 3](#)). En cuanto a las variables sociodemográficas, la edad mostró incrementar la *odds* de prevalencia del BO un 1,04 por cada año de edad, mientras que tener hijos disminuye la probabilidad de tener el síndrome un 44%. Entre las variables laborales, ser interino (respecto a propietario), la media de pacientes al día y trabajar en un medio urbano mostraron aumentar la *odds* de prevalencia del BO, mientras que ser tutor la disminuye en un 49%. Las 3 categorías de la IE mostraron estar relacionadas de forma relevante con el BO. Tener demasiada *atención emocional* aumenta la *odds* de prevalencia del BO respecto a tener poca. Tener una excelente *claridad emocional* y una adecuada o excelente *reparación emocional* disminuye la *odds* de prevalencia del BO.

Discusión

El objetivo principal del presente estudio era evaluar si existía relación entre la IE y el BO.

Tabla 1 Descripción de la población estudiada

Variable	Resultados
Sexo, n (%)	
Mujer	238 (63,6)
Hombre	136 (36,4)
Edad (años), media (DE)	55,5 (7,24)
Estado civil, n (%)	
Casado/a	276 (74,4)
Soltero/a	61 (16,4)
Divorciado/a	20 (5,4)
Viudo/a	9 (2,4)
Separado/a	5 (1,3)
Número de hijos, media (DE)	1,46 (1,02)
Formación MIR, n (%)	277 (74,3)
Tipo de contrato actual, n (%)	
Eventual	32 (8,6)
Interino	39 (10,4)
Propietario	303 (81)
Tiempo en cada tipo de contrato (años), media (DE)	
Eventual	4,9 (5,74)
Interino	7,7 (8,24)
Propietario	13,8 (13,42)
Realización atención continuada, n (%)	
Sí	193 (51,6)
No	181 (48,4)
Horas de atención continuada al mes, media (DE)	44,18 (39,01)
Pacientes por cupo, media (DE)	1.537 (358,69)
Presión asistencial (pacientes al día), media (DE)	33,75 (8,48)
Pertenecen a un centro docente, n (%)	184 (49,3)
Son tutores/as, n (%)	65 (17,5)
Percepción de la relación con enfermería, n (%)	
Mala	18 (4,9)
Regular	56 (15,1)
Buena	161 (43,5)
Excelente	135 (36,5)
Percepción de la relación con el hospital, n (%)	
Mala	64 (17,3)
Regular	231 (62,3)
Buena	75 (20,2)
Excelente	1 (0,3)
Ámbito laboral, n (%)	
Rural	151 (40,4)
Urbano	223 (59,6)
Área sanitaria a la que pertenecen, n (%)	
I	30 (8,0)
II	18 (4,8)
III	45 (12)
IV	111 (29,7)
V	93 (24,9)
VI	28 (7,5)
VII	25 (6,7)
VIII	24 (6,4)

Tabla 2 Prevalencia del síndrome de *burnout* en sus 3 dimensiones y niveles

	Nivel bajo, %	Nivel medio, %	Nivel alto, %
Cansancio emocional	42,5	20,9	36,6
Despersonalización	33,4	23,8	42,8
Realización personal	34,2	21,9	43,9

De los resultados obtenidos se desprende que sí existe una asociación de las 3 dimensiones de la IE con este síndrome. Tener demasiada *atención emocional* multiplica hasta por 6 la probabilidad de tener BO. Esto significa que excederse en la implicación emocional está relacionado con un mayor nivel de BO. Por tanto, como profesionales de la salud, debemos intentar tener una implicación adecuada a nivel emocional con nuestros pacientes, sin caer en la indiferencia pero sin llegar a sentir los problemas del paciente como propios. Tener una excelente *claridad emocional* disminuye en un 60% la probabilidad de tener BO. Es decir, comprender bien nuestros sentimientos y los de los pacientes nos protege frente a este síndrome. Podemos relacionar esta variable con la empatía. En cuanto a la *reparación emocional*, no solo protege tenerla excelente, sino también adecuada. Este hallazgo es importante, ya que en nuestro ámbito laboral vivimos situaciones difíciles, como la comunicación de malas noticias o la atención al paciente al final de la vida, que se entremezclan con otras de menor carga emocional. Además, dada la alta presión asistencial y las condiciones laborales, habitualmente no disponemos de un tiempo de reflexión entre paciente y paciente que nos permita prestar atención y cambiar nuestros estados de ánimo, por lo que carecer de esta habilidad puede llevar al BO al profesional.

En este sentido existen numerosos trabajos sobre el BO, pero ninguno que intente relacionar ambas variables en el ámbito de la AP, por lo que nuestro estudio resulta novedoso al demostrar dicha asociación.

Dentro de los objetivos secundarios, encontramos una alta prevalencia BO en los profesionales de AP: más de un 60% estaban quemados. Aunque la cifra está dentro del rango de otros estudios, nos llama la atención que se encuentra en el límite alto⁹⁻¹⁴. Esto podría estar relacionado también con el envejecimiento de profesionales en nuestra especialidad (la segunda especialidad más envejecida del SNS según el último informe del Ministerio de Sanidad)²⁴.

En cuanto a las variables sociodemográficas, la edad aumentaba la probabilidad de tener BO. Los profesionales más jóvenes experimentan niveles mayores de estrés y también de cansancio emocional y fatiga, que en un momento posterior, tras el paso del tiempo ejerciendo la profesión, se asocia con un mayor BO. Tener hijos es un factor protector, mientras que el sexo y el estado civil no demostraron tener relación.

Respecto a las variables laborales, observamos que tener más BO está directamente relacionado con el tipo de contrato (los interinos están más afectados que los

Tabla 3 Distribuciones posteriores de las odds ratios del síndrome de *burnout* a partir de un modelo de regresión logística multivariante con distribuciones previas no informativas

Variables	OR (media posterior)	I Cred 95%	Probabilidad posterior OR > 1 (%)
<i>Edad</i>	1,04	[0,99 a 1,09]	96
<i>Sexo (mujer)</i>	1,38	[0,77 a 2,31]	83,8
<i>Casado/a</i>	1,3	[0,6 a 2,46]	71,1
<i>Tener hijos</i>	0,56	[0,99 a 1,09]	4
<i>Tipo de contrato</i>			
Propietario	Ref.	Ref.	Ref.
Eventual	1,83	[0,52 a 4,83]	77,7
Interino	2,16	[0,79 a 5, 02]	92
<i>Realizar atención continuada</i>	1,42	[0,73 a 2,51]	83,6
<i>Media pacientes al día</i>	1,03	[0,99 a 1,07]	95,5
<i>Tutor/a</i>	0,51	[0,25 a 0,93]	1,4
<i>Área urbana</i>	1,93	[0,87 a 3,76]	94,4
<i>Área sanitaria</i>			
I	Ref.	Ref.	Ref.
II	2,46	[0,45 a 8,23]	79,8
III	1,9	[0,38 a 5,9]	71
IV	1,32	[0,33 a 3,54]	56,6
V	0,81	[0,18 a 2,29]	25,8
VI	2,11	[0,44 a 6,52]	77,3
VII	1,05	[0,22 a 3,07]	40
VIII	3,3	[0,52 a 11,57]	87
<i>Atención emocional</i>			
Debe mejorar	Ref.	Ref.	Ref.
Adecuada	1,42	[0,80 a 2,35]	87,4
Demasiada	6,41	[0,95 a 25,41]	97
<i>Claridad emocional</i>			
Debe mejorar	Ref.	Ref.	Ref.
Adecuada	1,12	[0,59 a 1,96]	58,5
Excelente	0,39	[0,14 a 0,85]	0,9
<i>Reparación emocional</i>			
Debe mejorar	Ref.	Ref.	Ref.
Adecuada	0,53	[0,22 a 1,06]	3,5
Excelente	0,38	[0,12 a 0,90]	1,6

propietarios), el número de pacientes al día y el ámbito laboral, coincidiendo con estudios previos^{11,14,15}. Estas 3 características se relacionan directamente con la calidad de las horas de trabajo, es decir, unas agendas más saturadas y unas condiciones más precarias producen más BO. De hecho, la medicina de familia es la especialidad con más precariedad laboral según el último informe del Ministerio de Sanidad²⁴.

Sin embargo, ser tutor es un factor protector y disminuye la probabilidad de tener BO en casi un 50%, resultado que podemos intentar explicar desde varios puntos de vista. En primer lugar, es posible que las personas que hayan decidido ser tutoras sean las más motivadas con la profesión y, por tanto, tengan un menor BO. Por otro lado, el residente supone un estímulo continuo para actualizarse y mantenerse

activo en la profesión. Además, el residente es una ayuda en la consulta, con quien se puede compartir la carga laboral y emocional.

Por tanto, y para finalizar, queremos destacar el elevado BO de los médicos de AP: más de uno de cada 2 médicos están quemados, una alarma que no podemos seguir ignorando, ya que este síndrome tiene consecuencias a nivel personal y organizacional (produce absentismo laboral, riesgo de conductas adictivas, etc.) y, lo que es más importante, conlleva una disminución de la satisfacción de los pacientes y un empeoramiento de la calidad asistencial. Es necesario lograr una mayor sensibilización acerca de la importancia que tiene el BO para tratar de aportar aquellas medidas que amortigüen su incidencia. Por esto, y según los resultados obtenidos, proponemos profundizar en la adquisición de

habilidades relacionadas con la IE desde etapas tempranas, es decir, desde la formación universitaria, y, por supuesto, mejorar las condiciones laborales en AP.

Limitaciones

La limitación principal de nuestro estudio es su naturaleza transversal, que excluye la evaluación de temporalidad, uno de los criterios mayores de causalidad (Hill).

Aunque hemos conseguido una tasa aceptable de respuesta, este tipo de estudios puede incurrir en un sesgo de no respuesta, infra o sobrestimando los resultados (si el motivo por el que el personal sanitario no respondió a los cuestionarios fue por BO, los resultados estarían infraestimados, mientras que si los que no contestaron estaban sanos, podríamos estar sobrestimándolos). Además, existen otros factores que podrían estar relacionados con el síndrome y que no hemos podido medir, como el ambiente laboral, el tiempo por consulta, la burocracia o las expectativas de los pacientes. Al obtener los datos mediante la autocumplimentación de formularios, alguna información autorreferida podría estar distorsionada (horas de guardia, tamaño del cupo, número de pacientes/día, etc.).

Conclusiones

Encontramos un elevado nivel de BO en los médicos de AP del Principado: más de uno de cada 2 están quemados. Además, existe una relación clara entre las 3 dimensiones de la IE con el BO: a mayores habilidades emocionales, menor riesgo de presentar este síndrome. También hemos encontrado asociación entre las condiciones laborales y el BO: la presión asistencial alta (mayor número de pacientes/día y trabajar en el ámbito urbano) y tener una interinidad (sin plaza fija) favorecen el síndrome. Como factor protector más relevante, además de la IE, encontramos que ser tutor disminuye la probabilidad de tener BO.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Anexo. Material adicional

Se puede consultar material adicional a este artículo en su versión electrónica disponible en [doi:10.1016/j.semarg.2020.02.006](https://doi.org/10.1016/j.semarg.2020.02.006).

Bibliografía

- Maslach C, Leiter MP. Understanding the burnout experience: Recent research and its implications for psychiatry. *World Psychiatry*. 2016;15:103–11.
- Bris Pertinéz J. El autocuidado emocional del médico de familia: algunas propuestas. *AMF*. 2017;13:195–201.
- Fernández-Berrocal P, Extremera N, Ramos N. Validity and reliability of the Spanish modified version of the Trait Meta-Mood Scale. *Psychol Rep*. 2004;94:751–5.
- Goleman D. *Inteligencia emocional*. Barcelona: Kairos; 1996.
- Fernández-Berrocal P, Berrios-Martos P, Extremera N, Augusto JM. *Inteligencia emocional: 22 años de avances empíricos*. *Behav Psychol*. 2012;20:5–13.
- Goleman D, Cherniss C. *Inteligencia emocional en el trabajo*. Barcelona: Kairos; 2005.
- Hernández-Vargas CI, Dickinson-Bannack ME. Importancia de la inteligencia emocional en Medicina. *Inv Ed Med*. 2014;3:155–60.
- Berrocal P, Extremera N. A review of trait meta-mood research. *Adv Psychol Res*. 2008;55:17–45.
- Sánchez Ventín V, Jiménez Pereira I, García Méndez L. Burnout en médicos de Atención Primaria de los centros de salud del municipio de Vigo. *Semergen*. 2009;35:211–3.
- Ortega Ruiz C, López Ríos F. El burnout o síndrome de estar quemado en los profesionales sanitarios: revisión y perspectivas. *Int J Clin Health Psychol*. 2004;4:137–60.
- Matía Cubillo AC, Cordero Guevara J, Mediavilla Bravo JJ, Pereda Riguera MJ, González Castro ML, González Sanz A. Evolución del burnout y variables asociadas en los médicos de atención primaria. *Aten Primaria*. 2012;44:532–9.
- Cebrià J, Palma C, Sobrequés J, Ger S, Ferrer M, Segura J. Evolución del síndrome de desgaste profesional en médicos de familia: estudio longitudinal a los 5 años. *Semergen*. 2008;34:107–12.
- Olivar Castrillón C, González Morán S, Martínez Suárez 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.
- Navarro-González D, Ayechu-Díaz A, Huarte-Labiano I. Prevalencia del síndrome del burnout y factores asociados a dicho síndrome en los profesionales sanitarios de Atención Primaria. *Semergen*. 2015;41:191–8.
- Martín MC, Fernández FB, Gómez RN, Martínez FC. Prevalencia y factores asociados al burnout en un área de salud. *Aten Primaria*. 2001;27:313–7.
- Vilà Falgueras M, Cruzate Muñoz C, Orfila Pernas F, Creixell Sureda J, González López MP, Davins Miralles J. Burnout y trabajo en equipo en los profesionales de Atención Primaria. *Aten Primaria*. 2015;47:25–31.
- Lindeman B, Petrusa E, McKinley S, Hashimoto DA, Gee D, Smink DS, et al. Association of burnout with emotional intelligence and personality in surgical residents: Can we predict who is most at risk? *J Surg Educ*. 2017;74:e22–30.
- Holliday EB, Bonner JA, Formenti SC, Hahn SM, Kalnicki S, Liu FF, et al. Emotional intelligence and burnout in academic radiation oncology chairs. *J Healthc Manag*. 2017;62:302–13.
- Ortiz-Acosta R, Beltrán-Jiménez BE. Inteligencia emocional percibida y desgaste laboral en médicos internos de pregrado. *Educ Med*. 2011;14:49–55.
- Nespereira-Campuzano T, Vázquez-Campo M. Inteligencia emocional y manejo del estrés en profesionales de Enfermería del Servicio de Urgencias hospitalarias. *Enferm Clin*. 2017;27:172–8.
- Macías Fernández AJ, Gutiérrez-Castañeda C, Carmona González FJ, Crespo Vilchez D. Relación de la inteligencia emocional y la calidad de vida profesional con la consecución de objetivos laborales en el distrito de atención primaria Costa del Sol. *Aten Primaria*. 2016;48:301–7.
- Maslach C, Jackson S. *Maslach Burnout Inventory Manual*. Palo Alto, California: Consulting Psychologist Press; 1986.
- Olivares-Faúndez V, Gil-Monte PR. Análisis de las principales fortalezas y debilidades del «Maslach Burnout Inventory» (MBI). *Cienc Trab*. 2009;11:160–7.
- Barber Pérez P, González López-Valcárcel B. Estimación de la oferta y demanda de médicos especialistas. España 2018-2030. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2018.