
Burnout en profesionales de atención primaria en la Cataluña Central

Burnout among primary health care professionals in central Catalonia

Isabel Roig-Grau¹  0000-0001-7076-5840

Berta Fornés-Ollé¹  0000-0003-0006-1113

Ramon Rodriguez-Roig²  0000-0001-5418-4341

Anna Delgado-Juncadella¹  0000-0003-0143-9341

Joan Anton González-Valero¹  00-0002-1953-5406

Irene Rodríguez-Martín¹  0000-0002-1015-8210

¹ Equipo de atención primaria (EAP) Sagrada Família, ABS Manresa-4, Manresa, Barcelona, España.

² EAP Sallent, Sallent, Barcelona, España.

Fechas · Dates

Recibido: 19/10/2021
Aceptado: 21/03/2022
Publicado: 15/04/2022

Correspondencia · Corresponding Author

Isabel Roig Grau
iroig.capsagradafamilia@gmail.com

Resumen

Objetivos: Analizar la prevalencia y gravedad del síndrome de *Burnout* en los profesionales de los Equipos de Atención Primaria y su asociación con variables laborales y demográficas.

Métodos: Estudio transversal, observacional, descriptivo y multicéntrico. La muestra la forman trabajadores de todas las categorías profesionales sanitarias de la Cataluña Central. Se realiza a través del cuestionario autoadministrado y anónimo *Maslach Burnout Inventory* adaptado a la población española con tres escalas que valoran cansancio emocional, despersonalización y realización personal. Las variables cuantitativas se describen con la media y desviación estándar y las cualitativas con porcentajes. Se comparan mediante la t-Student para variables cuantitativas, chi cuadrado de Pearson para las variables categóricas con la corrección de Fisher y Mann-Whitney para las variables continuas.

Resultados: Participaron 614 profesionales, edad media 45.6 años, 84.9% mujeres. El 54.7% no tiene ninguna escala afectada, un 30.94% tiene una escala afectada. El *Burnout* con alteración de dos o más escalas se presenta en el 14.3%, de los que un 3.74% presentan *Burnout* grave con alteración de las tres escalas. La dimensión de cansancio emocional y despersonalización en grado alto y baja realización personal se da mayoritariamente en médicos adjuntos y residentes.

Conclusiones: El síndrome de *Burnout* en los profesionales de Atención Primaria afecta principalmente a médicos, con escasa relación a variables laborales y sociodemográficas, y constituye un factor de riesgo psicosocial para la salud de estos profesionales.

Palabras clave: Burnout; atención primaria; desgaste profesional; profesionales sanitarios.

Abstract

Aim: To estimate the prevalence and severity of burnout syndrome among primary care team professionals and its association with work and demographic variables.

Methods: Cross-sectional, observational, descriptive, and multicenter study. The sample was made up of healthcare workers in all professional categories in central Catalonia (Barcelona). The study was conducted using the self-administered and anonymous Maslach Burnout Inventory questionnaire, adapted to the Spanish population, with three scales that assess emotional exhaustion, depersonalization, and personal accomplishment. Quantitative variables were summarized with mean and standard deviation, and qualitative variables with percentages. We used the tStudent t-test for quantitative variables, Pearson's chi-square for categorical variables with Fisher's correction and Mann-Whitney for continuous variables. Results included 95% confidence intervals and a significance level of $p < 0.05$.

Results: A total of 614 professionals participated; mean age, 45.6 years, and 84.9% were women. Overall, 54.7% had no affected scales, and 30.4% had at least one affected scale; Burnout involving two or more scales was 14.3%, of which 3.7% presented severe Burnout with alteration of all three scales. High levels of emotional exhaustion and depersonalization, and low personal accomplishment were mostly found in physicians seniors and residents.

Conclusions: Burnout syndrome among primary care professionals mainly affects physicians, with little association to the occupational and socio-demographic variables we studied, and represents a psychosocial risk factor for the health of these professionals.

Keywords: Burnout; primary care; professional burnout; healthcare professionals.

Introducción

El término *Burnout* es sinónimo de desgaste profesional y su traducción al castellano significa “estar quemado por el trabajo” (SQT). Se trata de un proceso continuo y dinámico que produce una grave repercusión a nivel profesional con una disminución de la productividad y de la satisfacción laboral. Habitualmente se presenta en el personal que tiene que pasar considerable tiempo en contacto e intensa relación con personas como clientes o usuarios que provee la organización^(1,2).

En 1981 Christina Maslach & Jackson⁽¹⁾, lo definen como una respuesta al estrés laboral crónico que conlleva la vivencia de encontrarse emocionalmente agotado, con sentimientos negativos hacia las personas con las que se trabaja (actitudes de despersonalización), y la aparición de procesos de devaluación del propio rol profesional. En 1996 en su primera edición se presentan tres versiones del MBI. El MBI Human Services Survey (MBIHSS)⁽³⁾, dirigido a los profesionales de la salud que describe el *Burnout* como un síndrome tridimensional caracterizado por: a) Cansancio Emocional (CE), b) Despersonalización (DP) y c) reducida Realización Personal (RP). Se considera CE al sentimiento de encontrarse saturado emocionalmente por el trabajo; DP a la respuesta fría e impersonal hacia los pacientes; y RP a los sentimientos de competencia y eficacia en la realización del Trabajo. Su definición no se encontraba en el DSM-V ni en el CIE 10, por no ser reconocido como enfermedad, pero sí que había sido mencionado en el *International Classification of Diseases* (ICD 10) como Z73.0. El 1 de enero del 2022 entra en vigor la última revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades y problemas de salud conexos (CIE-11), tal como se anunció durante la 72ª Asamblea Mundial de la Salud de la OMS (mayo de 2019) siendo reconocido como un problema relacionado con el trabajo como QD85.

Entre las diferentes causas que pueden llevar al *Burnout* en la Atención Primaria estaría la falta de motivación^(4,5) la masificación de las consultas con una excesiva presión asistencial⁽⁶⁾ la burocratización⁽⁷⁾ adaptarse a las nuevas tecnologías informáticas con programas que no se dominan, el incremento de la ancianidad y el sobre envejecimiento, el poco tiempo disponible para la atención en pacientes pluripatológicos^(8,5), o el enfrentarse a nuevas realidades como la atención a la población inmigrante⁽⁹⁾.

La prevalencia de *Burnout* en profesionales de Atención primaria en España es bastante variable según los diferentes estudios publicados que posiblemente se deban a si se considera como *Burnout* tener afectado todas o alguna de las dimensiones: 12.4%⁽¹⁰⁾, 16%⁽¹¹⁾, 67.9%⁽¹²⁾, 69.2%⁽⁸⁾ en estudios en médicos, y del 17.2%^(13,14), 39.3%⁽¹⁵⁾, 14,9%⁽¹⁶⁾ en todos los estamentos.

La justificación del estudio se fundamenta en que el personal sanitario por su circunstancia laboral está expuesto a padecer un estrés laboral progresivo que puede evolucionar a un síndrome de *Burnout* con la aparición de una serie de disfunciones conductuales y psicológicas, que van a tener repercusiones nocivas para ellos y para la organización y no hay ningún estudio en la región de la Cataluña Central que haya estudiado este fenómeno y abarque a todos los estamentos.

El objetivo general del estudio es estimar la prevalencia del síndrome de *Burnout* y su distribución en las diferentes categorías profesionales de los Equipos de Atención Primaria (EAP) de la Región Sanitaria de la Cataluña Central y como objetivos específicos conocer la afectación de cada una de las tres dimensiones de *Burnout* (cansancio emocional, despersonalización y realización personal) en cada categoría profesional y determinar las variables sociodemográficas y laborales que puedan estar asociadas.

Métodos

Los participantes del estudio son trabajadores de todas las categorías profesionales de los diferentes EAP del *Institut Català de la Salut*, (ICS) en la región sanitaria de la Cataluña Central que participaron de forma voluntaria: médicos de familia, pediatras, residentes de medicina y de enfermería, odontólogos, enfermería, matronas, auxiliares de enfermería, trabajador/-a social y personal administrativo fijos e interinos. Fueron excluidos los profesionales con contratos temporales, el Centro Penitenciario Lledoners (dado que las características de la población atendida no eran equivalentes a la de las consultas de Atención Primaria y la muestra hubiera perdido homogeneidad) y la comarca del Solsonés porque sólo tiene 3 profesionales del ICS.

La identificación del número de habitantes de cada población se extrajo del *Idescat* (Instituto de Estadística de Cataluña) y del Registro de Asegurados del *CatSalut* donde los municipios de menos de 2.000 habitantes se consideraron municipio rural, de entre 2.000 y 10.000 habitantes se consideraron municipio semirural y los de más de 10.000 habitantes se consideraron municipio urbano.

El procedimiento de muestreo fue no probabilístico a conveniencia. El análisis de los resultados se llevó a cabo desde el 1 de junio hasta el 30 de septiembre de 2019. El número total de profesionales que integran la población diana fue de 1090. La muestra de encuestas remitidas y válidas es de 614 cuestionarios de las que 2 se desechan por incompletas (tasa de respuesta del 56,4%). Las 614 encuestas analizadas (n) garantizan una confianza (Z) del 95% (error alfa=0,05) y una precisión (i) de $\pm 8\%$ para una proporción de *Burnout* del 50% (supuesto más desfavorable de que $p=q=0,5$) según la fórmula $n=Z^2 p.q/i^2$.

El colectivo estudiado está formado por un 15,1% de hombres (92) y un 84,9% de mujeres (522) y el grupo etario mayoritario corresponde a la franja de edad entre 40-49 años con una media de 45,64 años. Un 42% trabajan en un centro urbano, el 55% en un centro semirural y el 3% de los encuestados en un centro rural.

Se obtuvo el consentimiento informado oral de los participantes. El estudio cumple con todos los procedimientos éticos, respetando los derechos de privacidad y fue aprobado en fecha 29/05/2019 por el Comité Ético de Investigación Clínica del Instituto de Investigación en Atención Primaria Jordi Gol con el código 19/055-P.

Como instrumento de medición se utilizaron dos cuestionarios, un cuestionario con variables sociodemográficas y laborales de elaboración propia y el cuestionario *Maslach Burnout Inventory* (MBI) adaptado a la población española^(17,18).

Las variables sociodemográficas incluían: edad, sexo, número de hijos, estado civil y las variables profesionales: situación laboral (fijo/interino), años de experiencia profesional, tipo de centro: rural/semirural/urbano, tiempo empleado para llegar al centro, realizar guardias, porcentaje de población extranjera y de ancianidad >74 años.

El MBI (Anexo) como instrumento de medida del desgaste profesional está compuesto por 22 ítems que miden las tres dimensiones que conforman el constructo *Burnout*: (CE, 9 ítems, DP, 5 ítems y RP, 8 ítems), valoradas en la escala tipo Likert de 7 niveles de 0 a 6 (0 = nunca, 1 = pocas veces al año o menos, 2 = una vez al mes o menos, 3 = unas pocas veces al mes, 4 = una vez a la semana, 5 = pocas veces a la semana, 6 = todos los días). La consistencia interna en la adaptación española del MBI⁽¹⁸⁾ obtuvo un valor alfa de Cronbach de 0,90 para CE; de 0,79 para la DP y 0,71 en la RP muy similar a la versión original. (Versión original: CE:0,89; DP:0,77; RP:0,74)

Las puntuaciones de cada dimensión se obtienen sumando los valores de cada una por separado, sin combinarlas entre sí, ya que no está claro si las tres pesan igual en esta puntuación. Las puntuaciones totales de cada dimensión se distribuyen en tres rangos; bajo, medio y alto. (Tabla 1).

Tabla 1. Puntos de corte y gradación de la escala de *Maslach Burnout Inventory* (MBI)^(17,18).

Dimensiones (número de preguntas incluidas)	Bajo	Medio	Alto
Cansancio Emocional (9) 1-2-3-6-8-13-14-16-20 ^a	0-18	19-26	27-54
Despersonalización (5) 5-10-11-15-22 ^a	0-5	6-9	10-30
Realización Personal (8) 4-7-9-12-17-18-19-21 ^a	0-33	34-39	40-48

^a ítems según el orden en que constan en el cuestionario *MBI*.

Para interpretar las puntuaciones, tanto de CE como DP, a mayor puntuación apuntan a un mayor desgaste profesional, mientras que la escala de RP tiene una incidencia inversa al síndrome, ya que una mayor puntuación apoya la existencia de menos desgaste, es decir, una mejor RP. En caso de obtener un CE bajo, una DP baja y una alta RP, es indicativo de no *Burnout*. En el resto de los casos podría hablarse de *Burnout* moderado o alto. Como en la mayoría de los estudios com-

parados ^(11,13) se ha utilizado la definición del síndrome como dos ó más escalas afectadas en grado alto.

El análisis de datos, tabulado con el programa ofimático Microsoft y se analiza con el programa estadístico R versión 4.0.5. Las variables cuantitativas se han descrito con la media y desviación estándar y las cualitativas con porcentajes. Las características basales cuantitativas se comparan con la *t-Student* o la prueba *Mann-Whitney* en función de su distribución. Para las variables cualitativas se utiliza la *chi cuadrado* de Pearson con la corrección de Fisher. Los intervalos de confianza de los parámetros se calculan al 95% y se considera como estadísticamente significativas las diferencias que han conseguido un valor de $p < 0,05$.

Resultados

La Tabla 2 presenta los valores medios obtenidos en las distintas subescalas del MBI, en la muestra global observamos una relación significativa entre los médicos de familia (39,19%) y CE que se ubican en el intervalo alto de dicha escala (p -valor $< 0,001$) y en la escala de DP (p -valor = 0.003) un 18,24% de médicos. Los residentes y médicos de familia también registraron niveles bajos de RP sin significancia estadística (p -valor= 0,465).

Tabla 2. Prevalencia de las tres dimensiones del Síndrome Burnout según estamento profesional

ESTAMENTO	TOTAL ENCUESTADOS	CANSANCIO EMOCIONAL ALTO		DESPERSONALIZACIÓN ALTO		REALIZACIÓN PERSONAL BAJA	
		N	%	N	%	N	%
Médico de Familia	148	58	39,19%	27	18,24%	42	28,38%
Enfermería	214	38	17,76%	14	6,54%	44	20,56%
Auxiliar Enfermería	25	2	8,00%	2	8,00%	4	16,00%
Odontólogo/-a	14	1	7,14%	0	0%	2	14,29%
Administrativo/-a	152	48	31,58%	21	13,82%	42	27,63%
Pediatra	27	8	29,63%	3	11,11%	7	25,93%
Residente	18	4	22,22%	5	27,78%	6	33,33%
Trabajador/-a Social	16	6	37,50%	2	12,50%	3	18,75%
TOTAL	614	165	26,87%	74	12,05%	150	24,43%

Número de encuestados ordenados por estamentos y su distribución en números absolutos (N) y porcentajes (%) según afectación de cada una de las tres dimensiones.

El 54.7% (IC95%: 50,93; 58,81) de los profesionales encuestados no tenía ninguna escala afectada, un 30,94% tenía una escala afectada (IC95%: 27,19; 34,50), el 10,58 % (IC95%: 8,12; 12,98) 2 escalas afectadas; el 14.3% presentaba 2 o más afectadas y el 3.74% (IC: 2,23; 5,23) presentaba las 3 escalas afectadas (Tabla 3).

Tabla 3. Prevalencia de afectación de las dimensiones del Síndrome de *Burnout* según número de escalas.

	TOTAL EN-CUESTADOS	0 ESCALAS		1 ESCALA		2 ESCALAS		3 ESCALAS	
		N	%	N	%	N	%	N	%
Médico de Familia	148	61	41,22%	59	39,86%	16	10,81%	12	8,11%
Enfermería	214	138	64,49%	58	27,10%	16	7,48%	2	0,93%
Aux. Enfermería	25	19	76,00%	4	16,00%	2	8,00%	0	0,00%
Odontólogo/-a	14	11	78,57%	3	21,43%	0	0,00%	0	0,00%
Administrativo/-a	152	75	49,34%	51	33,55%	18	11,84%	8	5,26%
Pediatra	27	15	55,56%	7	25,93%	4	14,81%	1	3,70%
Residente	18	8	44,44%	5	27,78%	5	27,78%	0	0,00%
Trabajador/-a Social	16	9	56,25%	3	18,75%	4	25,00%	0	0,00%
TOTAL	614	336	54,72%	190	30,94%	65	10,59%	23	3,75%
≥ 2 escalas = 14,34%									

La afectación de 0 escalas presenta una relación estadística ($p < 0,001$) a favor de odontólogos (78,57%). Una escala afectada ($p < 0,001$) se presenta mayoritariamente en médicos (58,75%). También existe una relación estadística entre los trabajadores sociales (25%) y tener 2 escalas afectadas ($p = 0,005$) y con las 3 escalas afectadas ($p = 0,003$) los más perjudicados también son los médicos en un 8,11%

Tabla 4. Asociación entre variables sociodemográficas-laborales y tipo de dimensión afectada.

	Cansancio Emocional Alto		Despersonalización Alta		Realización Personal Baja	
	%	p-valor	%	p-valor	%	p-valor
Edad		0,059		0,021		0,222
<= 40 Años	23,41		10,03		22,07	
> 40 Años	32,08		14,47		27,67	
Sexo		0,080		< 0,001		0,581
Mujer	25,38		9,73		23,85	
Hombre	34,78		25,00		27,17	
Tipo de Centro de A.P.		0,238		0,342		0,511
Rural	30,00		5,00		25,00	
Semirural	24,04		10,98		26,11	
Urbano	30,12		13,90		22,01	
Estado Civil		0,714		0,183		0,918
Casado/En pareja	27,29		12,66		24,89	

		Cansancio Emocional Alto		Despersonalización Alta		Realización Personal Baja	
		%	p-valor	%	p-valor	%	p-valor
	Separado / Divorciado	23,53		7,35		22,06	
	Soltero /-a	25,64		10,26		23,08	
	Viudo/-a	40,00		30,00		30,00	
	Tiempo de retorno a casa		0,817		0,500		0,689
	< 15 Minutos	26,81		10,87		24,64	
	15-29 Minutos	28,44		13,30		26,61	
	30-59 Minutos	24,76		13,33		20,95	
	≥ 60 Minutos	18,18		0,00		18,18	
	Estamento		< 0,001		0,003		0,277
	Médico de Familia	39,19		18,24		28,38	
	Enfermería	17,76		6,54		20,56	
	Odontólogo/-a	7,14		0,00		14,29	
	Trabajador/-a Social	37,50		12,50		18,75	
	Antigüedad en la empresa		0,055		0,882		0,840
	0-5 Años	18,29		12,2		21,95	
	6-15 Años	32,29		14,58		23,96	
	16+ Años	31,68		12,87		25,25	
	Localización Centro A.P.		0,981		0,190		0,827
	Alt Berguedà	21,43		0,00		21,43	
	Anoia	25,00		13,64		21,97	
	Bages	28,09		12,71		25,08	
	Baix Berguedà	26,09		8,70		34,78	
	Berguedà centre	28,57		28,57		28,57	
	Osona	26,12		8,96		23,13	
	Tipo de contrato		< 0,001		0,428		0,192
	Fijo	34,66		13,36		26,71	
	Interino	20,87		10,90		21,81	
	Guardias		0,754		0,267		0,692
	No	26,03		10,48		25,08	
	Si	27,49		13,75		23,37	

En el análisis bivariado (Tabla 4) se observa una relación significativa entre la variable edad del individuo y los niveles elevados de DP (p-valor = 0.021), siendo los individuos mayores de 40 años los que presentan un mayor porcentaje de DP alto 14,47%, en comparación con un 10,03% en menores o igual a 40 años. Hay una asociación significativa entre el sexo del profesional y la dimensión de DP (p-valor <0,001) en que un 25% de los hombres presentaron un nivel alto de DP en comparación con un 9,73% de las mujeres. Para la variable tipo de contrato existió una relación significativa entre el CE (p-valor <0,001) y el hecho de ser fijo en un 34,66% versus trabajar como interino un 20,87%. En cambio con 0 escalas afectadas nos encontramos el 61,37% de profesionales interinos versus el 47,21% de personal fijo.

Tabla 5. Asociación entre variables sociodemográficas-laborales y número de escalas afectadas

	0 Escala		1 Escala		2 Escalas		3 Escalas	
	%	p-valor	%	p-valor	%	p-valor	%	p-valor
Edad		0,356		0,356		0,022		0,008
< = 40 Años	57,19		42,81		10,70		2,01	
> 40 Años	52,20		47,8		18,87		7,55	
Sexo		0,070		0,070		0,040		< 0,001
Mujer	56,49		43,51		12,98		2,48	
Hombre	45,65		54,35		21,74		10,87	
Tipo de EAP		0,245		0,245		0,783		0,670
Rural	55,00		45,00		15,00		0,00	
Semirural	57,86		42,14		15,13		3,86	
Urbano	50,97		49,03		13,13		3,86	
Estado civil		0,166		0,166		0,918		0,032
Casado/en pareja	53,06		46,94		14,63		3,28	
Separado/ Divorciado	66,18		33,82		13,24		5,88	
Soltero/-a	56,41		43,59		12,82		2,56	
Viudo/-a	40,00		60,00		20,00		20,00	
Tiempo de retorno a casa		0,801		0,801		0,132		
<15 minutos	53,62		46,38		12,68		3,26	
15-29 minuts	54,13		54,87		18,35		4,13	0,804
30-59 minuts	58,10		41,90		12,38		4,76	
>60 minutos	63,64		36,36		0,00		0,00	
Estamento		<0,001		<0,001		0,005		0,003
Médico de Familia	41,22		58,78		18,92		8,11	
Enfermería	64,49		35,51		8,41		0,93	

	0 Escala		1 Escala		2 Escalas		3 Escalas	
	%	p-valor	%	p-valor	%	p-valor	%	p-valor
Odontólogo/a	78,57		21,43		0,00		0,00	
Trabajador/-a Social	56,25		43,75		25,00		0,00	
Antigüedad en la empresa		0,071		0,071		0,709		0,818
0-5 Años	63,41		36,59		13,41		2,44	
6-15 Años	51,04		48,96		17,71		4,17	
16+ Años	48,51		51,49		14,85		3,47	
Localización Centro A.P.		0,274		0,274		0,672		0,807
Alt Berguedà	71,43		28,57		14,29		0,00	
Anoia	56,06		43,94		12,88		3,79	
Bages	53,18		46,82		14,72		4,35	
Baix Berguedà	39,13		60,87		8,70		0,00	
Berguedà centro	42,86		57,14		28,57		0,00	
Osona	59,70		40,30		14,18		3,73	
Tipo de contrato		<0,001		<0,001		0,119		0,225
Fijo	47,29		52,71		16,97		5,05	
Interino	61,37		38,63		12,15		2,80	
Guardias		0,694		0,694		0,867		1,000
No	55,87		44,13		13,97		3,49	
Si	53,95		46,05		14,78		3,78	

En el análisis bivariado (Tabla 5), existe una relación significativa entre la edad del individuo, tener dos o más escalas afectadas (p-valor=0.022) y tener 3 (p-valor=0.008). Un 18,87% de los individuos mayores de 40 años tienen dos o más escalas afectadas y un 7,55% tienen tres escalas afectadas (p-valor=0,008).

En cuanto a las escalas, existe una relación significativa entre el estado civil y el hecho de tener 3 escalas afectadas (p-valor = 0,032), siendo las personas viudas las que presenten un mayor porcentaje de tener las tres escalas afectadas, 20% vs. 3,28% en personas casadas o en pareja, un 5,88% en personas separadas o divorciadas y un 2,56% en personas solteras.

También hubo relación estadística (p-valor > 0.001) entre tener 1 escala afectada y los profesionales con contrato fijo (52,71%) respecto a los interinos (38,63%); en cambio con 0 escalas afectadas el 61,37% de profesionales interinos vs. el 47,21% de personal fijo.

Discusión

La prevalencia global es del 14,33%. Esta cifra se encuentra dentro de las variaciones publicadas^(11,13,14) siendo el colectivo médico el más vulnerable, con un perfil mayor de 40 años, sexo masculino, estado civil de viudedad y con contrato laboral fijo. La mitad de los encuestados no presenta ninguna escala afectada.

La tasa de respuesta obtenida en el presente estudio utilizando el correo interno como forma de contacto fue del 56,4% es similar a otro con la misma metodología⁽¹⁹⁾ con mayor tasa de respuesta que por vía telemática⁽¹³⁾ y menor que si se hubiera realizado con entrega personalizada⁽¹⁰⁾.

La relación de mayor nivel de *Burnout* con un determinado sexo es controvertida; es obvio que existen diferentes roles que exponen a cada sexo a distintos estresores y estrategias de afrontamiento. Mientras que algunos autores no identifican prácticamente diferencias⁽²⁰⁾, otros estudios⁽²¹⁾ describen que las mujeres reportan una interacción más negativa entre la vida laboral y familiar que provoca un mayor CE; probablemente más vulnerables por la doble carga de trabajo que supone contabilizar la práctica asistencial y la organización familiar⁽²⁾ aspecto que no hemos constatado en nuestro estudio en que no se ha encontrado ningún efecto principal del sexo en el CE ni en la RP. Sin embargo, sí que hemos observado que los hombres presentan niveles significativamente más altos que las mujeres en la escala de DP, resultados que se compadecen con los obtenidos por otros autores⁽¹⁹⁾ quizás causado por unas expectativas profesionales que no se ven satisfechas con el paso del tiempo.

Se ha detectado mayor prevalencia de *Burnout* en los profesionales mayores de 40 años⁽⁸⁾, con un mayor CE en el personal con contrato fijo respecto al interino, sin una clara relación con la antigüedad laboral⁽²⁰⁾ que contrasta con la variabilidad de resultados en otros estudios; que proponen que con el devenir de los años el profesional adquiere más seguridad y experiencia en su trabajo, haciéndose menos vulnerable a padecer un desgaste profesional⁽²²⁾.

Respecto a las diferencias entre los profesionales que trabajan en zona rural o urbana, aspecto que en concordancia con otros autores no se ha obtenido diferencias⁽¹⁹⁾. Los resultados según autores consultados no son uniformes. La localización urbana del centro⁽²¹⁾ favorece más el *Burnout* y aduce que aglutinan un cupo y una presión asistencial elevados. En contrapartida⁽¹¹⁾ el trabajo en la zona rural por las condiciones de trabajo y situaciones de emergencia desembocaría en una abulia con pocas expectativas de progreso y favorecería más la aparición de este síndrome.

Se observa mayor síndrome de *Burnout* en el estado civil de viudedad con afectación en las tres escalas y sin relación con el número de hijos. Teóricamente se ha propuesto⁽¹¹⁾ que ser soltero implica un efecto negativo en el *Burnout* por falta de soporte familiar y vivir en pareja o matrimonio actuaría como amortiguador con mayores posibilidades de afrontar conflictos emocionales y dificultaría la presentación del síndrome⁽²⁾. El porcentaje de ancianidad atendida que conlleva un aumento de las necesidades de uso del sistema sanitario, y de población extran-

jera que suele pedir más atención sanitaria en comparación con la población autóctona⁽⁹⁾ variables poco estudiadas en la literatura consultada, reflejó que ambas influían poco en las escalas del *Burnout* en los profesionales que tenían altas tasas de estos colectivos.

A diferencia de lo que ocurre en otras investigaciones⁽²³⁾, el presente estudio, en enfermería es uno de los colectivos con menos síndrome de *Burnout*, asociación que no hemos profundizado.

Como fortalezas de esta investigación cabe destacar el elevado número de participantes que representa a toda una región sanitaria con el reconocimiento de todos los estamentos como característica diferencial. Los autores son del mismo rango que los encuestados y este aspecto probablemente haya favorecido la buena acogida por parte de los participantes. Al ser las respuestas anónimas creemos que la mayoría de los participantes tuvieron la libertad de responder sin miedo a represalias. El estudio presenta algunas limitaciones. Es un diseño transversal, que sólo permite estudiar asociaciones entre las variables, sin posibilidad de establecer condiciones de causalidad. Asimetría de género en la muestra a favor de las mujeres. Por último, la tasa de no respuestas (considerarlo inútil, falta de interés, no recibir el cuestionario entre otros), pudo ser un sesgo. A pesar de todo ello el tamaño muestral nos ha permitido tener una seguridad razonable respecto a la confianza en los resultados, así como las conclusiones que de él se han derivado.

Tras el análisis podemos concluir que los profesionales de Atención Primaria del *Institut Català de la Salut* (ICS) en la Cataluña Central manifiestan una prevalencia baja de síndrome de *Burnout* grave (3,74%). El cansancio emocional alto y la realización personal baja son las escalas más afectadas en médicos y residentes en la línea de la tendencia reflejada por otros autores⁽¹⁵⁾. Como perspectivas y propuestas de mejora para abordar el desgaste profesional del personal sanitario, se requieren soluciones tanto centradas en el individuo como estructurales y organizativas. En consecuencia, se resalta la importancia de profundizar en las causas de este fenómeno, para corregir estas tendencias y alinear el éxito organizacional con el bienestar del profesional sanitario.

Agradecimientos

Nuestro agradecimiento a todos los compañeros de Atención Primaria de la Cataluña Central que han participado en el presente estudio porque ellos han sido el objetivo y el resultado. Dedicado a ellos como sus verdaderos protagonistas.

Referencias Bibliográficas

1. Maslach C, Jackson SE. The measurement of experienced burnout. *Journal of Occupational Behaviour*. 1981; 2(2):99-113.
2. Atance-Martínez JC. Aspectos epidemiológicos del síndrome de "burnout" en personal sanitario. *Rev Esp Salud Pública*. 1997; 71(3):293-303.
3. Maslach C, Jackson SE, Leiter MP. *Maslach Burnout Inventory: Manual* (3rd ed.). Palo Alto: Consulting Psychologists Press, 1996.
4. Simó-Miñana J, Chinchilla-Albiol N. Motivación y médicos de familia (II) *Aten Primaria*. 2001; 28(10):668-73
5. Martínez Melero, M. Síndrome de Burnout en profesiones sanitarias. *Enfermería y medicina como población diana*. *Rev. sanit. investig*. 2021;12(2).
6. García-Iglesias JJ, Gómez-Salgado et al. Factores predictores de los niveles de burnout y work engagement en médicos y enfermeras: una revisión sistemática. *Rev Esp Salud Pública*. 2021; 95: 5 de abril e202104046.
7. Agarwal SD, Pabo E, Rozenblum R, Sherritt KM. Professional Dissonance and Burnout in Primary Care: A Qualitative Study. *JAMA Intern Med*. 2020; 180(3):395-401
8. Molina-Siguero A, García-Pérez MA, Alonso González M, Cecilia-Cermeño P. Prevalencia de desgaste profesional y psicomorbilidad en médicos de atención primaria de un área sanitaria de Madrid. *Atención Primaria*. 2003; 31(9):564-74
9. Escola Galega de Administración Sanitaria Ed. [Santiago de Compostela]. *Atención Sanitaria y nuevas necesidades poblacionales: inmigración y demanda*, D.L.2008.
10. Sobrequés J, Cebrià J, Segura J, Rodríguez C, García M, Juncosa S. La satisfacción laboral y el desgaste profesional de los médicos de atención primaria. *Aten Primaria*. 2003; 31(4):227-33.
11. Frutos-Llanes R, Jiménez-Blanco S, Blanco-Montagut LE. Síndrome de desgaste profesional en los médicos de atención primaria de Ávila. *Semergen*. 2014; 40(7):357-65.
12. Matía-Cubillo AC, Cordero-Guevara J, Mediavilla-Bravo J, Pereda-Riguera. MJ. Prevalencia de Burnout y variables asociadas en los médicos de atención primaria de Burgos. *Aten Primaria*. 2006; 38(1):58-60.
13. 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(1):25-31.
14. Domínguez Fernández JM. Síndrome de desgaste profesional en trabajadores de atención a la salud en el área sanitaria de Ceuta. *Aten Primaria*. 2012; 44(1):30-35.
15. Navarro-González D, Ayechu-Díaz A, Huarte-Labiano I. Prevalencia del síndrome de burnout y factores asociados a dicho síndrome en los profesionales sanitarios de Atención Primaria. *Semergen*. 2015; 41(4):191-98.

- 16.** Grau Martín A, Flichtentrei D, Suñer R, Prats M, Braga F. Influencia de factores personales, profesionales y transnacionales en el síndrome de burnout en personal sanitario hispanoamericano y español (2007). *Rev. Esp. Salud Pública.* 2009; 83(2):215-30.
- 17.** Seisdedos N. MBI. Inventario "Burnout" de Maslach: manual. Madrid: TEA, Palo Alto: Consulting Psychologists Press, 1997.
- 18.** Cañadas-de la Fuente GA, San Luis C, Lozano LM, Vargas C, García I, de la Fuente EI. Evidencia de validez factorial del Maslach Burnout Inventory y estudio de los niveles de burnout en profesionales sanitarios. *Rev Latinoam Psicología.* 2014; 46(1):44-52
- 19.** 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(5):294-302.
- 20.** Cebriá 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
- 21.** Albaladejo R, Villanueva R, Ortega P, Astasio P, Calle ME, Domínguez V. Síndrome de Burnout en el personal de enfermería de un hospital de Madrid. *Rev Esp Salud Pública.* 2004; 78:505-51
- 22.** Sos-Tena P, Sobrequés-Soriano J, Segura-Bernal J, Manzano-Mulet E, Rodríguez-Muñoz C, García-García M. et al. Desgaste profesional en los médicos de Atención Primaria de Barcelona. *Medifam* 2002; 12(10):613-19.
- 23.** Gómez-Urquiza JL, Monsalve-Reyes CS, San Luis-Costas C, Fernández-Castillo R, Aguayo-Estremera R, Cañadas-de la Fuente GA. Factores de riesgo y niveles de Burnout en enfermeras de atención primaria: una revisión sistemática. *Aten Primaria.* 2017; 49(2):77-85.

Anexo. Cuestionario Maslach Burnout Inventory (MBI)

	0 Nunca	1 Pocas veces al año o menos	2 Una vez al mes o menos	3 Unas cuantas veces al mes	4 Un vez a la semana	5 Pocas veces a la semana	6 Todos los días
1	Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo.						
2	Cuando termino mi jornada de trabajo me siento vacío.						
3	Cuando me levanto por la mañana y me enfrento a otra jornada de trabajo me siento fatigado.						
4	Siento que puedo entender fácilmente a los pacientes						
5	Siento que estoy tratando a algunos pacientes como si fueran objetos impersonales						
6	Siento que trabajar todo el día con la gente me cansa.						
7	Siento que trato con mucha eficacia los problemas de mis pacientes.						
8	Siento que mi trabajo me está desgastando.						
9	Siento que estoy influyendo positivamente en la vida de otras personas a través de mi trabajo.						
10	Siento que me he hecho más duro con la gente.						
11	Me preocupa que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente.						
12	Me siento con mucha energía en mi trabajo.						
13	Me siento frustrado en mi trabajo.						
14	Siento que estoy demasiado tiempo en mi trabajo.						
15	Siento que realmente no me importa lo que les ocurra a mis pacientes.						
16	Siento que trabajar en contacto directo con la gente me cansa.						
17	Siento que puedo crear con facilidad un clima agradable con mis pacientes.						
18	Me siento estimado después de haber trabajado íntimamente con mis pacientes.						
19	Creo que consigo muchas cosas valiosas en este trabajo.						
20	Me siento como si estuviera al límite de mis posibilidades.						
21	Siento que en mi trabajo los problemas emocionales son tratados de forma adecuada.						
22	Me parece que los pacientes me culpan de alguno de sus problemas.						