



■ En relación con el *burn-out*...

Sr. Director:

El *burn-out* (BO) parece haberse convertido en un problema prevalente entre los facultativos que trabajan en nuestro Sistema Nacional de Salud¹, afectando a la salud y a la capacidad de trabajo de los mismos, y pudiendo influir negativamente en la calidad de la asistencia prestada. Por ello hemos leído con atención el artículo de Sos et al.², y querríamos comentar algunos aspectos del mismo.

En primer lugar, sus resultados muestran una prevalencia de BO inferior a la encontrada en otros estudios³⁻⁶; no quedando claros los criterios utilizados para definir dicha afectación.

Por otro lado, nos parece interesante observar cómo señala al grupo de profesionales con edades comprendidas entre 37-45 años como el de mayor afectación de BO. Nosotros hemos realizado un estudio para establecer la pre-

valencia de BO y su asociación con otras variables, en médicos y pediatras de Atención Primaria de un área sanitaria de la Comunidad de Madrid⁷, y en el análisis multivariante encontramos que el grupo de profesionales con edades comprendidas entre 37-46 años presenta la mayor prevalencia de BO. La coincidencia en este dato, no descrito con anterioridad, nos parece importante, ya que de confirmarse en próximos trabajos, explica de manera satisfactoria las discrepancias encontradas en los estudios observacionales publicados que relacionan la edad y el BO³⁻⁶; así los diferentes valores encontrados serían consecuencia de distintos puntos de corte establecidos.

Este hallazgo nos acerca a la descripción de la posible historia natural del síndrome de BO. En nuestro estudio, la curva descrita por la distribución de las tres dimensiones de BO a lo largo de la edad (Fig. 1), podría apoyar lo que hemos llamado “hipótesis evolutiva”, por la que se diferencian 3 periodos a lo largo de la vida de los profesionales: una primera

etapa asintomática (con menor prevalencia de BO); una etapa intermedia entre los 37-46 años con especial vulnerabilidad al síndrome (edades con mayor afectación); y una etapa posterior en la que vuelve a disminuir la prevalencia de BO, por una posible readaptación de los profesionales. Esta hipótesis encaja en la concepción que Chernis y otros autores tienen del síndrome de BO como fenómeno dinámico y continuo¹.

Otra explicación se enmarca en la que llamaríamos “hipótesis generacional”. Existe una generación de médicos de familia más castigada por el BO. A dicho grupo de edad pudieran pertenecer los profesionales más comprometidos con la “Reforma de la Atención Primaria”, y ante las posibles expectativas frustradas, sean especialmente vulnerables. Esto último se apoya en la premisa de que las personas más entregadas y comprometidas con su trabajo, son más vulnerables al BO⁸.

Volviendo al artículo de Sos, nos han sorprendido las reflexiones sobre la especial vulnerabilidad de los más jóvenes a BO, ya

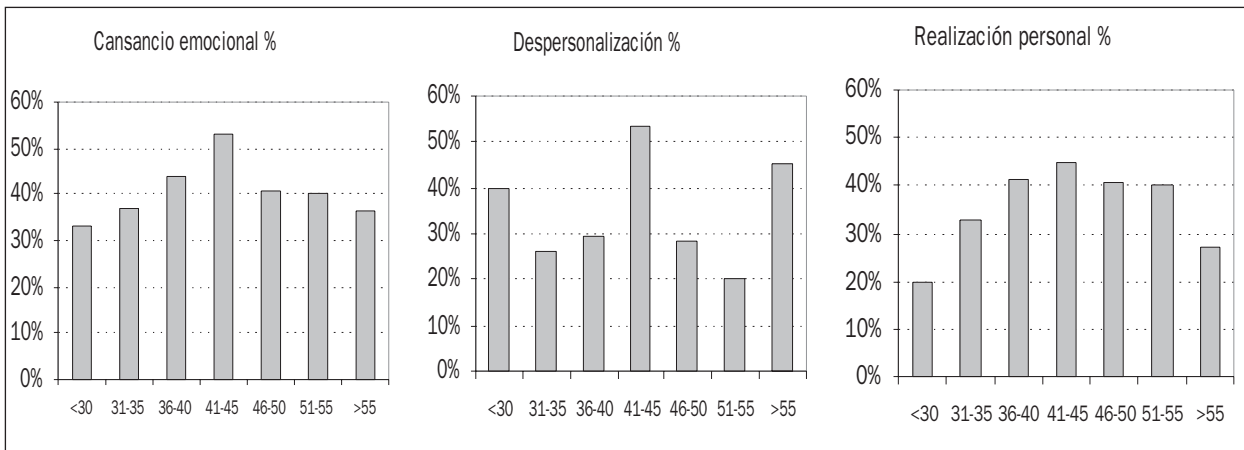


Figura 1.

Distribución de la afectación de cada una de las tres dimensiones de burn-out según la edad de los profesionales.

que sus propios resultados las desmenten (y más aún los nuestros). Además, no entendemos cómo, partiendo de dicha premisa, excluyen de dicho estudio a los profesionales con una experiencia profesional menor o igual a 3 años.

Por último, coincidimos con los autores en la necesidad de profundizar en las posibles causas del síndrome de BO, como el camino más seguro para poder concebir mecanismos de intervención que puedan prevenirlo o atenuarlo. De ahí que apoyemos cualquier trabajo o iniciativa que intente añadir luz sobre este asunto.

A. Molina Siguero, M. A. García Pérez, M. Alonso González¹

Médicos de Familia. Centro de Salud Presentación Sabio. Área 8 de AP de Madrid. Especialista en Medicina de Familia y Comunitaria ¹Técnico de Salud de la Gerencia de Área 8 de AP. Madrid

BIBLIOGRAFÍA

- Mingote JC. Síndrome de burnout o desgaste profesional. FMC 1998; 5: 493-503.
- Sos P, Sobrequés J, Segura J, Manzano E, Rodríguez C, García, et al. Desgaste profesional en los médicos de Atención Primaria de Barcelona. MEDIFAM 2002; 12: 613-9.
- Atance JC. Aspectos epidemiológicos

del síndrome de burnout en personal sanitario. Rev Esp Salud Pública 1997; 71: 293-303.

- 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.
- De las Cuevas C, De la Fuente JA, Alviani M, Ruiz -Benítez A. Desgaste profesional y clima laboral en Atención Primaria. Mapfre Medicina 1995; 6: 7-18.
- Prieto L, Robles E, Salazar LM, Daniel Vega E. Burnout en médicos de atención primaria de la provincia de Cáceres. Aten Primaria 2002; 29: 294-302.
- Molina A, García MA, Alonso M, Cecilia P. Prevalencia de desgaste profesional y psicomorbilidad en médicos de Atención Primaria de un área sanitaria de Madrid. Aten Primaria (en prensa).
- Mingote JC, Pérez F. El estrés del médico. Madrid: Díaz de Santos, 1999.

■ Sobre la correcta utilización de las siglas: reflexiones a propósito de AINE e IECA

Sr. Director:

Actualmente, la utilización de siglas en los textos médicos es muy frecuente. Sin embargo, y a pesar de la proliferación de su uso (en ocasiones, abuso), en muchas ocasiones se utilizan o se es-

criben incorrectamente. A este respecto, hemos observado que diversos autores utilizan repetidamente formas erróneas de algunas siglas (en especial, AINE e IECA) en artículos publicados en ésta y en otras revistas científicas.

En los últimos años se han publicado diversos trabajos en los que se habla ampliamente del uso correcto de las siglas en castellano (1-5); el motivo de esta carta es comentar dos aspectos en los que hemos observado incorrecciones con cierta frecuencia: no escribir la transcripción del nombre completo cuando se utiliza por primera vez una sigla y formar incorrectamente el plural de las siglas.

Una sigla, según el Diccionario de la Lengua Española (6), es "una palabra formada por el conjunto de letras iniciales de una expresión compleja". La palabra sigla designa tanto cada una de las letras iniciales de las palabras que forman parte de una denominación como la palabra formada por el conjunto de estas letras iniciales (7). Las siglas, en este último caso, se forman, en general, con las iniciales de nombres y adjetivos de un título o denominación (como en el caso de IECA, "inhibidor de la enzima convertora de la angiotensina"), aunque también pueden intervenir en su formación letras que no son iniciales (como en el caso de AINE, "antiinflamatorio no esteroi-

deo"), pueden formarse sin que intervengan todos los términos significativos o bien pueden utilizarse en su formación letras de partículas menores (1).

Cuando se utiliza una sigla en un texto, la primera vez que se menciona debe transcribirse el nombre completo, seguido entre paréntesis de las siglas correspondientes. En posteriores alusiones basta únicamente con la sigla y no es necesario volver a desarrollarla (2,3). En el título y en el resumen es mejor no utilizar siglas pero, si se usan, deben ser, asimismo, explicadas; esta explicación no exime de la obligación de desarrollarlas la primera vez que aparecen en el texto.

Antes de abordar el plural de las siglas, vale la pena recordar también otros aspectos interesantes. La Real Academia Española (7) indica claramente que las siglas, en el uso actual, se escriben sin puntos ni blancos de separación (sólo se escribe punto tras las letras que componen las siglas cuando van integradas en textos escritos completamente en mayúsculas), presentan normalmente en mayúscula todas las letras que las componen, no llevan nunca tilde (aunque su pronunciación la requiriese según las reglas de acentuación) y nunca deben dividirse mediante guión de final de línea.

Algunas siglas pueden ser acrónimos. Un acrónimo es, por un lado, el término formado por la unión de elementos de dos o más palabras, constituido normalmente por el principio de la primera y el final de la segunda o, también, por otras combinaciones (por ejemplo, Inserso, de Instituto Nacional de Servicios Sociales) y por otro, también se llama acrónimo a la sigla que se pronuncia como una palabra. Debido a su forma pronunciable, es muy frecuente que los acrónimos, tras una primera fase en que aparecen escritos con mayúsculas por su condición de siglas (UCI, SIDA), acaben por

incorporarse al léxico común del idioma y se escriban, por ello, con letras minúsculas (uci, sida), salvo cuando se trata de nombres o denominaciones que exigen su escritura con inicial mayúscula (Unesco, Unicef). La formación de siglas y acrónimos es un fenómeno muy extendido en países anglosajones, especialmente en ámbitos científico-técnicos. Numerosas palabras que son, originalmente, siglas o acrónimos ingleses (láser, radar, télex) se han incorporado a nuestro idioma. En algunos casos, los acrónimos extranjeros se han adaptado o traducido al español, y así, no decimos aids (*acquired immunodeficiency syndrome*), sino sida (síndrome de inmunodeficiencia adquirida). Cuando los acrónimos se incorporan al caudal léxico del idioma como nombres comunes, entonces sí deben someterse a las reglas de acentuación gráfica en español (láser) (7).

Las siglas, al igual que los acrónimos, y a diferencia de las abreviaturas (representación gráfica reducida de una palabra o grupo de palabras, obtenida por eliminación de algunas de las letras o sílabas finales o centrales de su escritura completa, y que siempre se cierra con un punto) y de los símbolos (abreviaciones de carácter científico-técnico, constituidos por letras o, en ocasiones, por signos no alfabetizables, que, en general, son fijados convencionalmente por instituciones de normalización y poseen validez internacional) se leen sin restablecer el texto al que reemplazan. Las siglas y los acrónimos, por tanto, no son sólo abreviaciones gráficas, sino también orales.

Una de las incorrecciones que se observa con más frecuencia en la utilización de las siglas en los textos médicos surge cuando se usan en plural. En castellano, en la escritura, el plural de las siglas es invariable (7), es decir, no modifican su forma cuando designan un referente múltiple (las siglas

no admiten plural por flexión, es decir, añadiendo una -s a la forma singular). Por tanto, las siglas, en cuanto tales, no tienen plural, aunque pueden ser reflejo de un enunciado en plural (1); en este caso, la indicación de pluralidad se hace mediante el artículo que las precede o las palabras que las introducen (los AINE, varios IECA, ...). Caso aparte lo constituyen aquellas siglas, pocas, que, sin admitir -como todas- plural por flexión, pueden contenerlo en su propia estructura de significado; en tal caso, duplican cada una de las letras iniciales (es el caso, por ejemplo, de EEUU, sigla de Estados Unidos) (4,5). Así pues, es del todo incorrecto hablar de los AINES, los AINEs, los AINE's, los IECA's o los IECA's, ya que, como se ha dicho, no debe realizarse el plural añadiendo una s, precedida o no de apóstrofo, de forma similar a lo que se hace, de forma correcta, en inglés (por ejemplo, NSAIDs -sigla de non-steroidal anti-inflammatory drugs) (8). Hay que tener en cuenta, sin embargo, que los acrónimos, una vez incorporados al léxico común, forman el plural siguiendo las reglas generales de su formación en español, esto es, añadiendo -s si terminan en vocal (ucis) o -es si terminan en consonante (láseres, radares) (7).

AINE e IECA son sólo ejemplos de nomenclatura farmacológica afectada por la pluralización incorrecta. Podríamos añadir los ISRS (inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina), los ARA (antagonistas del receptor de angiotensina), los AL (anestésicos locales), los IMAO (inhibidores de la monoaminoxidasa), los IBP (inhibidores de la bomba de protones) y las PG (prostaglandinas), así como siglas muy utilizadas en otras áreas: sirvan a modo de ejemplo los EAP (equipos de atención primaria) y las ABS (áreas básicas de salud), tan frecuentes en textos de medicina de familia y comunitaria.



E. Guardiola Pereira^{1,2}, J. E. Baños Díez²

¹*Unidad de Información y Documentación Médica. Q. F. Bayer. Barcelona.*

²*Departamento de Ciencias Experimentales y de la Salud. Facultad de Ciencias de la Salud y de la Vida. Universitat Pompeu Fabra. Barcelona*

BIBLIOGRAFÍA

1. Martínez de Sousa J. Siglas. En: Martínez de Sousa J. Dudas y errores de lenguaje. 5ª ed. Madrid: Editorial Paraninfo; 1992. p. 27-9.
2. Siglas. En: Vilarroya O, editor. Medicina Clínica. Manual de estilo. Publicaciones biomédicas. Barcelona: Doyma; 1993. p. 301-5.
3. Baños JE, Guardiola E. Abreviaturas, siglas y acrónimos. 1. ¿el dolor "añadido" al lenguaje? *Dolor* 1996; 11: 97-9.
4. Baños JE, Guardiola E. ¿Drogas? no; ¿AINES? tampoco. *Dolor* 1997; 12: 197-8.
5. Baños JE, Guardiola E. El dolor del lenguaje. Barcelona: P. Permanyer SL; 2001.
6. Real Academia Española. Diccionario de la lengua española. 22ª ed. Madrid: Real Academia Española, 2001. p. 1401.
7. Real Academia Española. Diccionario de dudas/avance. Disponible en: URL: <http://www.rae.es/> [consultada el 28 de enero de 2003].
8. Navarro FA. Diccionario crítico de dudas inglés-español de medicina. Madrid: McGraw-Hill Interamericana, 2000. p. 5, 348.