

Burnout y su relación con el estrés percibido y la satisfacción laboral en profesionales sanitarios de Atención Primaria de una Comunidad Autónoma

Ignacio Párraga Martínez^a, Enrique González Hidalgo^b, Teresa Méndez García^c, Alejandro Villarín Castro^c y Antonio Alberto León Martín^d

^a Centro de Salud de La Roda (Albacete). Gerencia de Atención Integrada (G.A.I.) de Albacete. Servicio de Salud de Castilla-La Mancha (SESCAM). Facultad de Medicina de Albacete. Universidad de Castilla-La Mancha. Albacete (España).

^b Centro de Salud de La Solana (Ciudad Real). G.A.I. de Manzanares. SESCAM. Ciudad Real (España).

^c Unidad Docente Multiprofesional de Atención Familiar y Comunitaria de Toledo. Gerencia de Atención Primaria de Toledo. SESCAM. Toledo (España).

^d G.A.I. de Ciudad Real. SESCAM. Ciudad Real (España).

Correspondencia:
Ignacio Párraga Martínez.
Dirección postal: Centro de Salud de La Roda. G.A.I. de Albacete. SESCAM.
C/ Mártires, 63. 02630. La Roda. Albacete.
Correo electrónico:
iparraga@sescam.jccm.es

Recibido el 1 de mayo de 2018.
Aceptado para su publicación el 15 de mayo de 2018.

Este artículo de Revista Clínica de Medicina de Familia se encuentra disponible bajo la licencia de Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 4.0 Internacional (by-nc-nd).



RESUMEN

Objetivo: Evaluar la prevalencia de *burnout* y sus componentes en profesionales sanitarios de Atención Primaria de Castilla-La Mancha, así como su relación con el estrés percibido y la satisfacción laboral.

Diseño: Estudio descriptivo observacional transversal.

Emplazamiento: Estudio multicéntrico realizado en equipos de Atención Primaria de seis Áreas Sanitarias de Castilla-La Mancha.

Participantes: Todos los profesionales de medicina y enfermería de Atención Primaria de las Áreas Sanitarias participantes.

Mediciones Principales: Incluidas las siguientes variables: características de participantes (sociodemográficas/laborales), características lugar de trabajo, estrés percibido (*Perceived Stress Scale*), *burnout* (*Maslach Burnout Inventory*) y satisfacción laboral (cuestionario Font-Roja).

Resultados: La prevalencia de *burnout* fue del 20,7 % (IC 95 %: 16,6-24,7). Un 53,3 % presentó alterada al menos una subescala. El 38,9 % mostró alto grado de despersonalización, 28,2 % agotamiento emocional y 8,0 % baja realización personal. La puntuación de estrés percibido fue significativamente superior al aumentar el grado de *burnout* en las tres subescalas ($p < 0,001$). Mediante regresión logística, las variables asociadas a *burnout* fueron: mayor puntuación escala estrés percibido (OR: 1,20; IC95 %: 1,12-1,28), menor puntuación en escala satisfacción (OR: 8,42; IC 95 %: 1,96-36,10), contar con mayor número de pacientes en cupo (OR: 1,01; IC 95 %: 1,00-1,02) y no ser tutor de residentes (OR: 2,88; IC 95 %: 1,06-8,25).

Conclusiones: El *burnout* afecta a uno de cada cinco profesionales de Atención Primaria de nuestra Comunidad Autónoma, siendo la despersonalización la subescala más alterada. Los profesionales con *burnout* presentan puntuaciones superiores de estrés percibido e inferiores de satisfacción laboral. Otras variables relacionadas con el puesto de trabajo también se asocian con la presencia de *burnout*.

PALABRAS CLAVE: Estrés laboral. Satisfacción en el Trabajo. Atención Primaria de Salud.

ABSTRACT

Burnout and its connection with perceived stress and job satisfaction in primary healthcare professionals in an Autonomous Community.

Objective: To evaluate the prevalence of burnout and its components in health care providers in primary care of Castilla-La Mancha, as well as its relation with perceived stress and job satisfaction.

Design: Descriptive, observational cross-sectional study.

Location: Multicenter study carried out by Primary Care Teams of six health areas of Castilla-La Mancha.

Participants: Every health care professional (doctors and nurses) of the six health areas of Castilla-La Mancha.

Main measurements: The variables included were: features of the participants (sociodemographic/occupational), work place features, perceived stress (Perceived-Stress-Scale), burnout (Maslach-Burnout-Inventory) and job satisfaction (Font-Roja test).

Results: Prevalence of burnout: 20.7 % (CI 95 %: 16.6 - 24.7). About 53.3 % had at least one altered subscale. 38.9 % showed high level of depersonalization, 28.2 % emotional exhaustion and 8.0 % low personal fulfillment. Perceived stress score was significantly higher as the level of burnout increased in all three subscales ($p < 0.001$). By using logistic regression, burnout associated variables were: Higher score in perceived stress scale (OR: 1.20; CI 95 %: 1.12-1.28), lower score in satisfaction scale (OR: 8.42; CI 95 %: 1.96-36.10), having more patients in their quota (OR: 1.01; CI 95 %: 1.00-1.02) and no resident supervision (OR: 2.88; CI 95 %: 1.06-8.25).

Conclusion: Burnout affects one in five primary care providers in our Autonomous Community, being depersonalization the most altered subscale. Professionals with burnout present higher perceived stress and lower job satisfaction. Other job-related variables are also associated with the presence of burnout.

KEY WORDS: Burnout, Professional. Quality of Life. Primary Health Care.

INTRODUCCIÓN

La presencia de estrés se relaciona con la reducción de conductas positivas de salud y con el incremento de las nocivas¹, afectando tanto la salud como la calidad de vida². A su vez, diferentes situaciones como las dificultades para conciliar la vida familiar con el trabajo, las propias características del trabajo y su contexto organizativo pueden estar relacionadas con la presencia de estrés laboral³.

El agotamiento de los recursos para cumplir con la actividad laboral puede aumentar la sensación de estrés hasta ocasionar *burnout*⁴. Aunque no disponemos de una definición unánimemente aceptada de *burnout* o desgaste profesional, este concepto se refiere a un tipo de estrés generalmente vinculado a las profesiones asistenciales⁵, representando los trabajadores sanitarios uno de los colectivos más afectados⁶. En el personal sanitario se han descrito factores de riesgo relacionados tanto con el ambiente laboral como personales (sociodemográficos, hábitos de vida, formación, pacientes asignados, acreditación docente, tutorización de residentes, realización de atención continuada o pacientes por cupo)^{7,8}.

Por otra parte, se considera que el *burnout* y la satisfacción laboral representan respuestas afectivas diferentes al trabajo, aunque muy relacionadas⁹. Los estudios que han analizado la relación entre el síndrome de quemarse por el trabajo y la satisfacción laboral indican que la relación entre ambas variables es negativa, es decir, conforme aumentan los niveles de una disminuyen los de otra^{10,11}.

Considerando lo anterior y la posible relevancia de los cambios en las condiciones laborales y económicas tanto en la salud¹² como el estrés¹³ de los profesionales sanitarios, el momento actual es adecuado para incrementar el conocimiento sobre *burnout*. Además, se deben estudiar, junto con las variables sociodemográficas y sociolaborales, otras características como la satisfacción laboral y el estrés que se relaciona con situaciones de la vida no laboral. Por tanto, nos proponemos determinar la prevalencia de *burnout* y sus componentes en profesionales sanitarios de atención primaria de Castilla-La Mancha, así como su relación con el estrés percibido y la satisfacción laboral.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo observacional de carácter transversal y multicéntrico, incluyendo a todos los profesionales de medicina (médicos de familia y pediatras) y enfermería de los 97 equipos de atención primaria (AP) de seis Áreas Sanitarias de Castilla-La Mancha (Toledo, Albacete, Ciudad Real, Almansa, Hellín y Manzanares). Estas fueron elegidas por conveniencia. En ellas trabajan 1897 profesionales, reduciéndose la población diana hasta 1658, pues se excluyeron aquellos que desempeñaran algún cargo directivo en el Servicio de Salud de Castilla-La Mancha durante los tres años

previos al inicio del estudio, que estaban en el lugar de trabajo menos de seis meses al iniciar el estudio y los que se encontraban en situación de baja laboral, maternidad, excedencia o vacaciones en el momento del inicio del estudio.

Se invitó a participar mediante una carta que explicaba el objetivo del estudio y que les entregó un miembro de su Equipo de AP con el que contactó anteriormente el equipo investigador. El estudio fue aprobado por el Comité Ético de Investigación Clínica del Área Sanitaria de Albacete. La recogida de datos se realizó entre enero y junio de 2016.

Se diseñó un cuestionario autoadministrado que se respondió anónimamente y que facilitó la persona de contacto del equipo investigador. Tras su cumplimentación, se envió mediante correo interno a la dirección facilitada de la Gerencia correspondiente. Se realizó un recordatorio de participación al mes del contacto inicial. El cuestionario fue elaborado específicamente para este estudio e incluyó las siguientes variables:

- **Características de los participantes:** edad, sexo, estado civil, profesión (médico/a, enfermero/a, pediatra), experiencia profesional, años permanencia Centro de Salud (C.S.), tutor de residentes (MIR o EIR), realización de guardias, tipo de contrato laboral (fijo/interino/eventual).
- **Características del lugar de trabajo:** habitantes Zona Básica de Salud (ZBS), características ZBS (urbana/semiurbana/rural), ubicación consulta (C.S./Consultorio Local), pacientes/cupo, pacientes visitados/día, tipo de Gerencia (Atención Integrada o Atención Primaria).
- **Estrés percibido:** medido con Escala de Estrés Percibido (*Perceived Stress Scale*, PSS)¹⁴, validada en población española¹⁵. Instrumento autocumplimentado que evalúa el nivel de estrés que percibe el sujeto en su vida durante el último mes. Consta de 14 ítems con una escala tipo Likert (0-4 puntos), correspondiendo a mayor puntuación un mayor nivel de estrés percibido¹⁶.
- **Burnout:** evaluado mediante el cuestionario *Maslach Burnout Inventory* (MBI), validado en España^{17,18}. Consta de 22 ítems valorados según una escala tipo likert (0-6 puntos). Compuesto por tres subescalas (cansancio emocional -AE-, realización personal en el trabajo -RP- y despersonalización -DP-). Las puntuaciones de cada escala se obtienen sumando los valores de cada ítem. Bajas puntuaciones en realización personal en el trabajo junto a altas en cansancio emocional y en despersonalización se corresponden con altos niveles de *burnout*. Existen unos puntos de corte en función de la puntuación para nivel bajo, medio y alto de cansancio emocional (<19, 19-26 y >26, respectivamente), de realización personal (<34, 34-39 y >39, respectivamente) y de despersonalización (<6, 6-9 y >9, respectivamente)¹⁸. Consideramos la presencia de *burnout* si

mostraban puntuación alterada en al menos dos subescalas.

- **Satisfacción laboral:** utilizamos el cuestionario de satisfacción laboral Font Roja validado en español^{19,20}. Consta de 24 preguntas agrupadas en 9 factores (satisfacción por el trabajo, tensión relacionada con trabajo, competencia profesional, presión del trabajo, promoción profesional, relación interpersonal con jefes, relación interpersonal con compañeros, características extrínsecas del estatus y monotonía laboral). Los ítems se responden mediante una escala tipo Likert de 1-5, en el sentido de menor a mayor grado de satisfacción. El punto 3 se toma como un grado intermedio de satisfacción. La satisfacción media global y la de cada dimensión se obtuvo mediante la suma de las puntuaciones de los ítems dividido por el número de ítems.

Respecto al análisis estadístico, inicialmente se realizó un análisis descriptivo de las características de los participantes y del lugar de trabajo (medidas de tendencia central y dispersión). La relación entre dos variables categóricas se analizó con la prueba chi-cuadrado, verificando sus condiciones de aplicación. Para estudiar la relación entre una variable binaria y una cuantitativa, se utilizó la prueba "t" de comparación de medias en grupos independientes

o U de Mann-Whitney, si no se verificaron condiciones de aplicación de la anterior. Para comparar los valores medios en más de dos grupos independientes se utilizó el Análisis de Varianza (ANOVA) o el test de Kruskal-Wallis cuando no se verificaron las condiciones de aplicación de la primera y para variables con categorías ordenadas. Las variables estrés percibido y satisfacción se analizaron mediante pruebas no paramétricas, pues los datos no se ajustaban a la distribución normal. Se estableció un nivel de confianza del 95 % para los intervalos de confianza y nivel de significación <0,05 para contrastes de hipótesis. Mediante análisis multivariante (regresión logística) se comprobó la asociación del *burnout* en al menos dos subescalas (variable dependiente) con sus posibles factores condicionantes, realizando un ajuste estadístico y comprobando la existencia de factores de confusión. El tratamiento estadístico de los datos se realizó mediante el sistema SPSS Statistics v.20.0.

RESULTADOS

Se recibieron 422 cuestionarios, desestimando por inválidos 11 de ellos (respuestas incompletas), por lo que la tasa de respuesta fue del 26,34 % (437/1658). La edad media fue de 51,2 (DE: 8,5) años. En la tabla 1 presentamos las características de los participantes en función de la profesión.

Características de los participantes	Total * n (%)	Facultativo n (%) **	Enfermería n (%) **	p***
Sexo (%)				
- Mujer	245 (59,6)	113 (46,1)	132 (53,9)	<0,001
- Hombre	166 (40,4)	114 (68,7)	52 (31,3)	
Estado Civil (%)				
- Soltero, viudo, divorciado	86 (20,9)	46 (53,5)	40 (46,5)	0,706
- Casado o pareja	321 (78,1)	179 (55,8)	142 (44,2)	
- NS/NC	4 (1,0)			
Tutor (MIR o EIR) (%)				
- Si	86 (20,9)	57 (66,3)	29 (33,7)	0,017
- No	320 (77,9)	166 (51,9)	154 (48,1)	
- NS/NC	5 (1,2)			
Tipo Centro de Salud (%)				
- Urbano	156 (38,0)	95 (60,9)	61 (39,1)	0,071
- Rural o semiurbano	255 (62,0)	132 (51,8)	123 (48,2)	

Tabla 1. Características de los participantes estratificados por profesión.*Nº de pacientes y porcentaje sobre el total de la muestra (n = 411). **Nº de pacientes por fila y porcentaje sobre el total de cada fila. NS/NC: no sabe/no contesta. DE: desviación típica. (continúa en página siguiente).

*** Prueba Chi-cuadrado

Características de los participantes	Total * n (%)	Facultativo n (%) **	Enfermería n (%) **	p***
Tipo contrato laboral (%)				
- Fijo	307 (74,7)	164 (53,4)	143 (46,6)	0,364
- Interino	65 (15,8)	41 (63,1)	24 (36,9)	
- Eventual	38 (9,2)	21 (55,3)	17 (44,7)	
- NS/NC	1 (0,2)			
Realiza guardias (%)				
- Si	255 (62,1)	136 (53,3)	119 (46,7)	0,350
- No	155 (37,7)	90 (58,1)	65 (41,9)	
- NS/NC	1 (0,2)			
Años experiencia profesional (%)				
- ≤ 15 años	132 (32,1)	59 (44,7)	73 (55,3)	0,001
- 16 a 25 años	117 (28,5)	61 (52,1)	56 (47,9)	
- > de 25 años	162 (39,4)	107 (66,0)	55 (44,8)	
Años en actual C.S. (%)				
- ≤ 5 años	143 (34,7)	76 (53,1)	67 (46,9)	0,119
- 6 a 10 años	112 (27,3)	71 (63,4)	41 (36,6)	
- > de 10 años	156 (38,0)	80 (51,3)	76 (48,7)	
Habitantes Zona Básica Salud (%)				
- < de 10.000 habitantes	153 (37,2)	78 (51,0)	75 (49,0)	0,04
- 10.000 a 20.000 habitantes	123 (29,9)	80 (65,0)	43 (35,0)	
- > 20.000 habitantes	125 (30,4)	65 (52,0)	60 (48,0)	
- NS/NC	10 (2,4)			
Ubicación de la consulta (%)				
- C. Salud	324 (78,8)	175 (54,0)	149 (46,0)	0,338
- Consultorio local	87 (21,2)	52 (59,8)	35 (40,2)	
Tipo de Gerencia (%)				
- Gerencia Atención Integrada	340 (82,7)	189 (55,6)	151 (44,4)	0,75
- Gerencia Atención Primaria	71 (17,3)	38 (53,5)	33 (46,5)	
Nº pacientes visitados/día (%)				
- < de 25	52 (12,7)	11 (21,2)	41 (78,8)	<0,001
- 25 a 35	167 (40,6)	65 (38,9)	102 (61,1)	
- > de 35	166 (40,4)	137 (82,5)	29 (17,5)	
- NS/NC	26 (6,3)			

Tabla 1. Características de los participantes estratificados por profesión.*Nº de pacientes y porcentaje sobre el total de la muestra (n = 411). **Nº de pacientes por fila y porcentaje sobre el total de cada fila. NS/NC: no sabe/no contesta. DE: desviación típica. (continuación).

*** Prueba Chi-cuadrado

Respecto al estrés percibido, la puntuación media fue 22,3 (DE: 7,0) (rango: 4-39). Esta puntuación media fue significativamente superior en mujeres (23,1 vs 21,2; $p = 0,008$), profesionales sin contrato fijo (interinos/eventuales) respecto a los fijos (24,0 vs 21,8; $p = 0,008$) y los que realizaban guardias (23,2 vs 21,0; $p = 0,003$) frente a los que no.

La puntuación media de la satisfacción laboral global fue de 3,14 (DE: 0,27) y el 66,9 % mostró valores de satisfacción global igual o superiores a 3. La descripción de los diferentes factores de la escala de satisfacción en función del grupo profesional se muestra en la tabla 2.

En cuanto al *burnout*, mostraron puntuaciones altas en la subescala agotamiento emocional el 28,2 % (IC 95 %: 23,8-32,7 %), en la de despersonalización un 38,9 % (IC 95 %: 34,1-43,8 %) y bajas en la RP un 8,0 % (IC 95 %: 5,3-10,8 %). La prevalencia global de *burnout*, considerada como la afectación de dos o más dimensiones, fue del 20,7 % (IC 95 %: 16,6-24,7 %). Un 53,3 % (IC 95 %: 48,3-58,2 %) presentó alterada al menos una de las tres subescalas. En la tabla 3 mostramos la distribución del

burnout en cada subescala y en global en función de las variables de interés.

En la tabla 4 se presenta la descripción de la puntuaciones de estrés percibido y satisfacción con el *burnout*, observando un incremento estadísticamente significativo de la puntuación de estrés percibido a medida que aumentaba el grado de agotamiento emocional, despersonalización y realización personal ($p < 0,001$). También se observó una disminución de la satisfacción a medida que aumentaba el grado de agotamiento emocional ($p = 0,005$) y despersonalización ($p = 0,044$).

Como se muestra en la tabla 5, las variables asociadas, mediante análisis multivariante (regresión logística), a la presencia de *burnout* en al menos dos subescalas (variable dependiente) fueron: puntuación superior en escala estrés percibido (OR: 1,20; IC 95 %: 1,12-1,28), menor puntuación en escala satisfacción (OR: 8,42; IC95 %: 1,96-36,10), contar con mayor número de pacientes en cupo (OR: 1,01; IC 95 %: 1,00-1,02), y no ser tutor de residentes (OR: 2,88; IC 95 %: 1,06-8,25).

	Muestra total	Medicina	Enfermería	
Dimensión	Media (DE)	Media (DE)	Media (DE)	p*
Satisfacción en el trabajo	3,34 (0,40)	3,37 (0,40)	3,31 (0,41)	NS
Tensión relacionada trabajo	3,30 (0,57)	3,24 (0,39)	3,37 (0,73)	0,021
Competencia profesional	3,45 (0,70)	3,34 (0,73)	3,59 (0,64)	<0,001
Presión del trabajo	2,78 (0,93)	2,62 (0,92)	2,99 (0,90)	<0,001
Promoción profesional	3,19 (0,57)	3,18 (0,60)	3,19 (0,53)	NS
Relación interpersonal jefes	2,58 (0,76)	2,65 (0,76)	2,49 (0,76)	0,025
Relación interpersonal compañeros	2,16 (0,92)	2,29 (1,01)	2,00 (0,76)	0,005
Características intrínsecas Estatus	3,32 (0,70)	3,27 (0,71)	3,38 (0,67)	NS
Monotonía laboral	2,95 (0,70)	2,96 (0,72)	2,93 (0,68)	NS
Satisfacción Global	3,14 (0,27)	3,11 (0,26)	3,17 (0,28)	0,037

Tabla 2. Descripción de las dimensiones de la escala de satisfacción según grupo profesional. DE: desviación típica. p*: calculada mediante U de Mann-Whitney. NS: No estadísticamente significativa. Se consideró un nivel de significación estadística de 0,05.

Variables	Agotamiento Emocional alto		Despersonalización alta		Relación Personal baja		Burnout en ≥ 1 escala		Burnout en ≥ 2 escalas	
	%	p	%	p	%	p	%	p	%	p
Sexo										
-Mujer	30,9	0,372	35,1	*0,020	7,1	0,466	52,8	0,091	21	0,522
-Hombre	26,8		46,7		9,1		61,5		23,7	
Profesión										
-Médico/a	32,3	0,157	47,1	*0,001	7,2	0,525	62,3	*0,012	25,9	*0,030
-Enfermero/a	25,7		30,9		8,9		49,4		17,4	
Situación Laboral										
-Fijo	27,7	0,21	36,6	*0,027	9	0,326	54,5	0,142	19,9	0,094
-Interino/eventual	34,3		49		5,9		63		28	
Tutor										
-Si	15	*0,002	35,3	0,383	5,9	0,368	47,4	*0,046	9	*0,001
-No	32,9		40,5		8,9		58,9		25,9	
Tipo de Gerencia										
-Ger. Aten. Integridad	25,6	*0,009	36,8	*0,049	9,1	0,076	50,9	*0,033	19,1	0,087
-Ger. Aten. Primaria	40,8		49,3		2,8		64,8		28,2	
Tipo de C. Salud										
-Urbano	26,9	0,647	35,3	0,232	11,5	*0,041	52,6	0,819	19,9	0,751
-Rural/semiurbano	29		41,2		5,9		53,7		21,2	
Realiza guardias										
-Si	30,2	0,272	41,6	0,176	4,7	*0,001	52,9	0,805	22,7	0,197
-No	25,2		34,8		13,5		54,2		17,4	

Tabla 3. Porcentaje de *burnout* en cada subescala y en el global según las variables de interés.*Estadísticamente significativo (Se consideró un nivel de significación estadística de 0,05).

	Estrés percibido		Satisfacción laboral	
	Media (DE)	p*	Media (DE)	p*
Burnout Agotamiento Emocional				
Bajo	18,78 (6,01)	<0,001	3,20 (0,28)	0,005
Medio	22,92 (5,57)		3,15 (0,22)	
Alto	26,98 (6,87)		3,04 (0,26)	
Burnout Despersonalización				
Bajo	19,31 (6,48)	<0,001	3,20 (0,24)	0,044
Medio	21,37 (6,14)		3,15 (0,30)	
Alto	25,26 (7,04)		3,10 (0,25)	
Burnout Relación personal				
Bajo	18,17 (6,57)	<0,001	3,20 (0,26)	0,435
Medio	19,81 (6,13)		3,15 (0,26)	
Alto	24,31 (6,85)		3,12 (0,27)	
	Media (DE)	p**	Media (DE)	p**
Burnout en ≥ 1 escala				
Sí	24,1 (7,4)	<0,001	3,11 (0,26)	0,04
No	20,3 (6,0)		3,17 (0,27)	
Burnout en ≥ 2 escalas				
Sí	27,6 (7,1)	<0,001	3,02 (0,26)	<0,001
No	21,0 (6,3)		3,17 (0,26)	

Tabla 4. Descripción de las puntuaciones de estrés percibido y satisfacción laboral en función de *burnout*. **p***: valor de p calculado con prueba Kruskal Wallis. **p****: valor de p calculado con prueba U de Mann-Whitney. NS: no significativa.

Variables	Coficiente	Wald	p	OR	IC95 %
Puntuación más elevada de estrés percibido	0,180	30,70	<0,001	1,20	1,12-1,28
Menor Puntuación escala Satisfacción	2,130	8,23	0,004	8,42	1,96-36,10
Mayor nº pacientes por cupo	0,01	6,33	0,012	1,01	1,00-1,02
No ser tutor de residentes	1,059	3,89	0,049	2,88	1,06-8,25

Tabla 5. Variables asociadas a la presencia de *burnout* en al menos dos subescalas mediante un modelo de regresión logística. IC 95 %; Intervalos de confianza del 95 %. OR: odds ratio.

DISCUSIÓN

En los resultados obtenidos mostramos una prevalencia de *burnout* del 20 % en profesionales de Atención Primaria y más de la mitad presentaban

valores elevados de *burnout* en al menos una subescala. La subescala en la que mayor porcentaje alcanzó valores elevados fue despersonalización. Además, se observó que los profesionales con *burnout* presentaban puntuaciones superiores de

estrés percibido e inferiores de satisfacción laboral. Otras variables relacionadas con la presencia de *burnout* fueron contar con mayor número de pacientes asignados al cupo, no pertenecer a una Gerencia de Atención Integrada y no ser tutor de residentes.

Nuestra estimación de prevalencia de *burnout* es ligeramente superior a la de estudios previos en Atención Primaria²¹ e inferior a la de otros realizados en médicos de Atención Primaria y hospitalaria^{22,23}. El porcentaje de profesionales con una o más escalas alteradas es coincidente con investigaciones nacionales²¹ e internacionales²⁴. Mostramos proporciones inferiores de alto AE y DP y de baja RP a las de publicaciones internacionales²⁴, mientras que fueron ligeramente diferentes a las de estudios nacionales, más altas en unos casos y menores en otros^{6,21,23}. Al respecto, cabe recordar que en algunos casos los instrumentos de medida fueron diferentes, los colectivos profesionales estudiados distintos y las características del lugar de trabajo eran otras, pues es considerable el número de nuestros profesionales que forma parte de equipos rurales y trabajan en consultorios locales.

Por otra parte, hemos observado que los profesionales con *burnout* tenían menor satisfacción laboral y mayor estrés percibido. Además el nivel de estrés percibido se incrementó a medida que aumentaba el grado de Agotamiento Emocional, Despersonalización y Relación personal. Por el contrario, el nivel de satisfacción laboral mostró una relación negativa, disminuyendo al aumentar el grado de Agotamiento Emocional y despersonalización. Por tanto, nuestros resultados son concordantes con las publicaciones previas que identifican como factores de riesgo de *burnout* en el personal sanitario tanto al ambiente psicosocial del trabajo como a los factores personales^{7,8}, pues en nuestro estudio la presencia de *burnout* se relaciona tanto con el ambiente laboral como con las demandas del entorno de la vida diaria que son las que determinan el grado de estrés percibido²⁵. Esta relevancia del estrés como un factor que interacciona con variables psicológicas, biológicas y sociales hasta ocasionar enfermedades físicas o mentales se ha destacado previamente en otros colectivos profesionales²⁶. También se ha descrito previamente la relación entre insatisfacción laboral y niveles altos de *burnout*¹¹.

De forma similar a lo observado en estudios previos²⁴, hemos comprobado que, al menos en el análisis bivariante, los médicos mostraron desgaste en una proporción superior que el colectivo de enfermería. Probablemente las diferentes funciones o responsabilidades puedan explicar en parte este resultado. Sin embargo, al contemplar el resto de posibles factores de confusión o interacción, esta relación no se mantiene.

La relevancia de este estudio se refiere a la repercusión del *burnout* a nivel personal, profesional y de la organización²⁷. Su presencia se ha relacio-

nado con una menor calidad de atención prestada por el profesional^{28,29} y, en consecuencia, por el sistema³⁰. Además, hemos analizado otra variable de interés como la satisfacción de los profesionales, pues la mejora de la misma incide positivamente en los logros organizacionales³¹. Por otra parte, la repercusión personal del estrés se debe a su influencia en diferentes enfermedades³² y a su relación con el desequilibrio en el organismo como respuesta a las influencias del medio ambiente³³.

Respecto a las limitaciones del estudio, las Gerencias analizadas se eligieron por conveniencia y pueden no representar las características del resto de nuestra Comunidad, si bien las variables principales del estudio que se refieren a los propios participantes es poco probable que se vean sesgadas por este motivo. Por otra parte, el cuestionario *Maslach Burnout Inventory* permite clasificar a los sujetos estudiados como probablemente afectados por *burnout*, pero no establecer un diagnóstico de certeza. Los datos proceden de cuestionarios autocumplimentados y tienen las limitaciones inherentes a estos, sin embargo pueden ser más eficaces en la recogida de la información y proporcionan más intimidad al sujeto que otro tipo de cuestionarios. Por último, aunque existen publicaciones previas con una participación inferior a la de nuestro estudio²⁴, la ausencia de participación podría suponer un problema de validez si se estimaran erróneamente los niveles reales de *burnout* de los profesionales, sin embargo desconocemos si los profesionales que no han respondido presentan o no un riesgo diferente de *burnout*, por tanto no es posible determinar el sentido del posible sesgo. Además, las dificultades propias de la dispersión geográfica del lugar de trabajo de los profesionales no facilita la participación en este tipo de estudios.

En cuanto a las diferencias con estudios previos, hemos analizado la relación del *burnout*, además de con variables laborales, con otras que no se han contemplado en estudios previos de forma simultánea como son el estrés asociado con situaciones de la vida no laboral y la satisfacción de los profesionales. Como se ha mencionado, esta última incide en los objetivos de las organizaciones³¹. Hemos observado una relación de la presencia de *burnout* con el estrés percibido, la satisfacción y aspectos laborales como el número de pacientes asignados o la tutorización. Además, hemos analizado la variable tipo de gerencia que no ha sido valorada en estudios anteriores, observando que en el análisis bivariante se asoció con la presencia de *burnout* en alguna escala, sin embargo esta relación no se observó en el análisis multivariante. Su presencia en el análisis bivariante se debe interpretar con precaución, pues se incluyó la única Gerencia de Atención Primaria de la Comunidad y, como se ha comentado previamente, por el porcentaje de participación. Al respecto, la literatura indica que es posible disminuir el agotamiento de los médicos tanto mediante estrategias centradas en el individuo como en la organización, aunque necesitamos nuevas investigaciones para conocer

las intervenciones más efectivas³⁴. Otra recomendación particular sobre investigaciones futuras del *burnout* se refiere a la realización de estudios longitudinales que analicen de manera bidireccional la relación causa-efecto entre *burnout*, estrés percibido y satisfacción laboral.

En conclusión, destacamos la considerable prevalencia de *burnout* en profesionales de Atención Primaria de nuestra Comunidad Autónoma y su relación con aspectos personales como el estrés percibido, además de con características laborales como la ubicación de la consulta, tipo de gestión o aquellas que determinan la satisfacción laboral. Por tanto, nuestros resultados indican la posible implicación del estrés percibido en algún momento del proceso comprendido entre la respuesta progresiva al estrés crónico del trabajo y la aparición de *burnout*³⁵.

AGRADECIMIENTOS

A los profesionales que han colaborado cumplimentando los cuestionarios, distribuyendo los mismos entre sus compañeros o recogidos posteriormente.

FUENTES DE FINANCIACIÓN

La presente investigación no ha recibido ayudas específicas provenientes de agencias del sector público, sector comercial o entidades sin ánimo de lucro.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA

- Guerrero, E. Análisis pormenorizado de los grados de *Burnout* y técnicas de afrontamiento del estrés docente en profesorado universitario. *Anales de Psicología*. 2003;19:145-58.
- Molina T, Gutiérrez AG, Hernández L y Contreras CM. Estrés psicosocial: Algunos aspectos clínicos y experimentales. *Anales de Psicología*. 2008; 24:353-60.
- Montero-Marin J, Prado-Abril J, Piva Demarzo MM, Gascon S, García-Campayo J. Coping with stress and types of *burnout*: Explanatory power of different coping strategies. *PLoS One*. 2014;9(2):e89090.
- Crawford ER., LePine JA, Rich BL. Linking job demands and resources to employee engagement and *burnout*: A theoretical extension and meta-analytic test. *Journal of Applied Psychology*. 2010;95:834-48.
- Peltzer K, Mashego TA, Mabeba M. Short communication: occupational stress and *burnout* among south African medical practitioners. *Stress and Health*. 2003;19:275-80.
- Escribá-Agüir V, Artazcoz L, Pérez-Hoyos S. Efecto del ambiente psicosocial y de la satisfacción laboral en el síndrome de *burnout* en médicos especialistas. *Gac Sanit*. 2008;22:300-8.
- Sibbald B, Bojke C, Gravelle H. National survey of job satisfaction and retirement intentions among general practitioners in England. *BMJ*. 2003;326:22.
- Matia Cubillo A, Cordero Guevara J, Mediavilla Bravo J, Pereda Riguera M. Prevalencia del *burnout* y variables relacionadas en médicos de atención primaria en Burgos. *Aten Primaria*. 2006;38:58-9.
- Tsigilis N, Koustelios A, Togia, A. Multivariate relationship and discriminant validity between job satisfaction and *burnout*. *Journal of Managerial Psychology*. 2004;19:666-75.
- Lee H, Hwang S, Kim J, Daly B. Predictors of life satisfaction of Korean nurses. *Journal of Advanced Nursing*. 2004;48:632-41.
- Sobreques 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*. 2002;31:227-33.
- Fernández-López JA, Siegrist J, Rödel A, Hernández-Mejía R. El estrés laboral: un nuevo factor de riesgo. ¿Qué sabemos y qué podemos hacer? *Aten Primaria*. 2003;31:1-10.
- Bethge M, Radoschewski FM. Physical and psychosocial work stressors, health-related control beliefs and work ability: Cross-sectional findings from the German Sociomedical Panel of Employees. *Int Arch Occup Environ Health*. 2010;83:241-50.
- Cohen S, Kamarck T, Mermelstein R. A global measure of perceived stress. *J Health Soc Behav*. 1983;24:385-96.
- Remor E, Carrobbles JA. Versión Española de la escala de estrés percibido (PSS-14): Estudio psicométrico en una muestra VIH+. *Ansiedad y Estrés*. 2001;7:195-201.
- Remor E. Psychometric Properties of a European Spanish Version of the Perceived Stress Scale (PSS). *Spanish J Psychol*. 2006;9:86-93.
- Maslach C, Jackson S. *Maslach Burnout Inventory*. Palo Alto: Consulting Psychologist Press; 1986.
- Seisdedos N. MBI. Inventario "burnout" de Maslach. Síndrome del "quemado" por estrés laboral asistencial. Madrid: TEA ediciones, S.A.; 1997.
- Aranaz J, Mira J. Cuestionario Font Roja. Un instrumento de medida de la satisfacción en el medio hospitalario. *Todo Hospital*. 1988;62:63-6.
- Aranaz JM, Mira JJ, Benavides FG. Los profesionales y la calidad asistencial hospitalaria. *Todo Hospital*. 1994;112:35-40.
- 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.
- Shanafelt T, Sloan T. The well-being of physicians. *Am J Med*. 2003;114:513-9.
- Molina Siguero A, García Pérez M, Alonso González M, Cecilia Cermeño P. Prevalencia de desgaste profesional y psicomorbilidad en médicos de atención primaria de un área sanitaria de Madrid. *Aten Primaria*. 2003;31:564-74.
- Shanafelt TD, Hasan O, Dyrbye LN, Sinsky C, Satele D, Sloan J et al. Changes in *Burnout* and Satisfaction With Work-Life Balance in Physicians and the General US Working Population Between 2011 and 2014. *Mayo Clin Proc*. 2015;90 (12):1600-13.
- Lazarus RS, Folkman S. Transactional theory and research on emotions and coping. *European Journal of Personality*. 1987; 1:147-69.

26. Ponce CR, Bulnes MS, Aliaga JM, Atalaya MC, Huertas RE. El síndrome del quemado por estrés laboral asistencial en grupos de docentes universitarios. *Revista de Investigación en Psicología*. 2005;8:87-112.
27. Cebriá J, Segura J, Corbella S, Sos P, Comas O, García M, et al. Rasgos de personalidad y *burnout* en médicos de familia. *Atención Primaria*. 2001;27(7):39-52
28. Shanafelt TD, Balch CM, Bechamps G, et al. *Burnout* and medical errors among American surgeons. *Ann Surg*. 2010;251(6): 995-1000.
29. West CP, Tan AD, Habermann TM, Sloan JA, Shanafelt TD. Association of resident fatigue and distress with perceived medical errors. *JAMA*. 2009;302(12):1294-300.
30. Dyrbye LN, Shanafelt TD. Physician *burnout*: a potential threat to successful health care reform. *JAMA*. 2011;305(19): 2009-10.
31. Mañas M, Salvador C, Boada J, González E, Agulló E. La satisfacción y el bienestar psicológico como antecedentes del compromiso organizacional. *Psicothema*. 2007; 19(3):395-400.
32. Sandín, B. El estrés: Un análisis basado en el papel de los factores sociales. *International Journal of Clinical and Health Psychology*. 2003; 3:141-57.
33. Cockerman, W. C. *Handbook medical sociology*. New York: Prentice-Hall; 2001.
34. Colin P West, Liselotte N Dyrbye, Patricia J Erwin, Tait D Shanafelt, Interventions to prevent and reduce physician *burnout*: a systematic review and meta-analysis. *Lancet*. 2016; 388:2272-91.
35. Maslach CA, Jackson SE. The measurement of experienced *burnout*. *Journal of Occupational Behavior*. 1981;2:99-113.