South American Publishing

SAP Community and Interculturality in Dialogue. 2023; 3:73
doi: 10.56294/cid202373

ORIGINAL

Evaluation of Burnout Syndrome and associated factors in primary care health personnel

Evaluación del Síndrome Burnout y factores asociados en personal sanitario de Atención Primaria

Lázaro Pablo Linares Cánovas[1], Liyansis Bárbara Linares Cánovas[2], Yoelys Pereda Rodríguez[1], Beatriz Gallardo Hernández[1], Martha María Pérez Martín[1], Adalina Linares Montano[3]

[1]Policlínico Docente Universitarios Luis Augusto Turcios Lima. Pinar del Río, Cuba.
[2]Universidad de Ciencias Médicas de Pinar del Río. Pinar del Río, Cuba.
[3]Universidad de Sonora. Ciudad de Sonora, México.

Cite as
Cánovas LPL, Cánovas LBL, Rodríguez YP, Hernández BG, Martín MMP, Montano AL. Evaluation of Burnout Syndrome and associated factors in primary care health personnel. SAP Community and Interculturality in Dialogue. 2023; 3:73. https://doi.org/10.56294/cid202373

Publication History
Submitted: 30-06-2023
Revised: 24-08-2023
Accepted: 31-10-2023
Published: 01-11-2023

Corresponding Author
Lázaro Pablo Linares Cánovas

ABSTRACT

Objective: to evaluate Burnout syndrome and associated factors in health personnel of Primary Care.
Method: observational, analytical, cross-sectional study, carried out in Pinar del Río during January 2023, in non-probabilistic sampling for convenience, of 127 participants, who met the inclusion criteria. The application of instruments such as the Maslach Burnout Inventory questionnaire, allowed obtaining the information that gave output to the studied variables, applying descriptive and inferential statistical methods. Medical ethics were respected.
Results: 66,9 % of the workers were women, with a median of 31 years of age. Resident physicians predominated (45,7 %), with a median of 8 years working in the sector. 73,2 % showed overload, with the emotional exhaustion dimension being the most affected. The presence of Burnout syndrome was associated with sleeping eight hours a day (p=0,016) and with satisfaction with economic income (p<0,001). The affectation of the emotional exhaustion dimension was statistically associated with sex, religion and sleeping eight hours a day (p<0,05). Depersonalization was associated with religion (p=0,001), sleeping eight hours a day (p=0,016), smoking (p=0,001) and satisfaction with economic income (p=0,011); while professional achievement was related to sleeping eight hours a day (p<0,001), adequate dietary habits (p=0,038) and satisfaction with economic income (p=0,016).
Conclusions: Burnout syndrome was evaluated in primary care health personnel, identifying the demographic characteristics, lifestyle and work variables of the sample, and their relationship with professional exhaustion.

Keywords: Burnout; Professional; Primary Health Care; Health Professionals; Occupational Health.

RESUMEN

Objetivo: evaluar el síndrome Burnout y los factores asociados, en personal sanitario de la Atención Primaria.
Método: estudio observacional, analítico, transversal, realizado en Pinar del Río durante enero de 2023, en muestreo no probabilístico por conveniencia, de 127 participantes, que cumplieron los criterios de inclusión. La aplicación de instrumentos como el cuestionario Maslach Burnout Inventory, permitieron obtener la información que dio salida a las variables estudiadas, aplicándose métodos de estadística descriptiva e inferencial. Se respetó la ética médica.
Resultados: el 66,9 % de los trabajadores eran mujeres, con una mediana 31 años. Predominaron los médicos residentes (45,7 %), teniéndose una mediana de 8 años trabajando en el sector. El 73,2 % mostró sobrecarga, siendo la dimensión cansancio emocional la más afectada. La presencia del síndrome de Burnout estuvo asociada con dormir ocho horas diarias (p=0,016) y con la satisfacción con los ingresos económicos (p<0,001). La afectación de la dimensión cansancio emocional estuvo asociada estadísticamente con el sexo, religión y dormir ocho horas diarias (p<0,05). La despersonalización estuvo asociada con la religión (p=0,001), dormir ocho horas diarias (p=0,016), el tabaquismo (p=0,001) y la satisfacción con los ingresos económicos (p=0,011); mientras la realización profesional se relacionó con dormir ocho horas diarias (p<0,001), hábitos dietéticos adecuados (p=0,038) y la satisfacción con los ingresos económicos (p=0,016).
Conclusiones: fue evaluado el síndrome Burnout en personal sanitario de la Atención Primaria, identificándose las características demográficas, el estilo de vida y las variables laborales de la muestra, y su relación con el agotamiento profesional.

© 2023; The Authors. This Open access article is distributed under the Creative Commons Attribution 4.0 license (https://creativecommons.org/licenses/by/4.0), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

Palabras clave: Agotamiento Profesional; Atención Primaria De Salud; Personal De Salud; Salud Laboral.

INTRODUCCIÓN

La Atención Primaria (AP), definida como la asistencia sanitaria esencial, accesible a toda la comunidad, es considerada el núcleo del sistema sanitario, encargándose sus trabajadores de manejar la mayor parte de los eventos que provocan una reducción del estado de salud del individuo, la familia y la comunidad. En este contexto, el agotamiento de sus recursos laborales puede conducir a la aparición del Síndrome de Burnout (SB), cuadro que cursa alteraciones físicas, psíquicas y emocionales, producto de un mal manejo del estrés crónico en el trabajo; llegando a ser considerado un problema de salud pública.[1]

Herbert Freudenberger describe en 1974 dicho síndrome, y aunque su definición no se encontraba en el *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, en su quinta edición (DSM-V), ni en la Clasificación Internacional de Enfermedades y problemas de salud conexos, en su décima edición (CIE-10), por no ser reconocido como enfermedad; si había sido mencionado en la *International Classification of Diseases* (ICD 10) como Z73.0. El 1 de enero del 2022 entra en vigor la CIE-11, y tal como se anunció durante la 72ª Asamblea Mundial de la Salud de la OMS (mayo de 2019) se reconoce como un problema relacionado con el trabajo como QD85.[2,3,4]

Los proveedores de atención médica en la AP son vulnerables a padecerlo, lo que trae consecuencias para la salud física. Ello se acompaña de insatisfacción laboral e intención de dejar la profesión, identificándose una desvalorización de la relación médico-paciente y reducción de la calidad asistencial; siendo afectado el proveedor del servicio, el paciente y el propio sistema de salud.[5,6,7]

Estudios han indicado como hasta el 78 % de los médicos de la AP experimentan sentimientos de agotamiento, mientras en residentes y enfermeras, las tasas oscilan entre el 45-50 %.[8,9,10,11,12] Woodward et al.[13] reportan por su parte que las altas tasas de agotamiento están aumentando a un ritmo alarmante. En este sentido, si bien la literatura cuenta con una buena cantidad de información sobre esta temática, procedente de Norteamérica, Europa y Asia; en los países en desarrollo hay escasas reseñas, siendo el área de Latinoamérica una de las que más adolece de información al respecto, donde la cantidad y calidad metodológica de los informes realizados no es suficiente para identificar con certeza la magnitud y prevalencia del fenómeno, así como los factores que se asocian a su desarrollo.[14,15] Por lo anterior se realiza la presente investigación, que tuvo por objetivo evaluar el SB y los factores asociados en personal sanitario de la AP.

MÉTODO

Se realizó un estudio observacional, analítico, transversal, en personal sanitario que labora en dos unidades asistenciales de AP, en el municipio Pinar del Río, en enero de 2023. Mediante un muestreo no probabilístico, por conveniencia, fue seleccionada una muestra de 127 participantes, quienes cumplieron los criterios de inclusión (ser mayores de edad, encontrarse trabajando durante la realización del estudio en los policlínicos Luis Augusto Turcios Lima y Pedro Borrás Astorga, y estar de acuerdo con participar en el estudio expresándolo mediante la firma del consentimiento informado) y exclusión (llevar menos de seis meses laborando en la Atención Primaria).

Para el presente estudio se recurrió como estrategia para la obtención de información, a la autocumplimentación por el participante de un cuestionario online (servicio de formularios de Google) con acceso cifrado bajo contraseña, cuyas respuestas quedan guardadas automáticamente en una base de datos exportable. Dicho cuestionario contó con dos secciones: una primera la cual incluyó una encuesta Ad hoc, para la información sociodemográfica y relacionada al ámbito laboral; y una segunda sección que incluyó el instrumento Maslach Burnout Inventory. Ello hizo posible obtener la información que dio salida a las variables estudiadas: edad, seco, estado civil, religión, color de piel, tenencia de hijos, dormir ocho horas diarias, presencia de tabaquismo, realización de ejercicios físicos, hábitos dietéticos adecuados, profesión (dentro de las categorías ocupacionales se incluyeron los médicos de familia [residentes o especialistas], enfermeros, trabajadores sociales, farmacéuticos, psicólogos, odontólogos, fisioterapeutas y nutricionistas), satisfacción con ingresos económicos, experiencia profesional, presencia de SB.

Como instrumento de medición del SB fue usado el cuestionario Maslach Burnout Inventory (MBI) adaptado al español. Este instrumento de medida del desgaste profesional está compuesto por 22 ítems que miden las tres dimensiones que conforman el constructo:

- Cansancio emocional (CE): 9 ítems [1-2-3-6-8-13-14-16-20]
- Despersonalización (DP): 5 ítems [5-10-11-15-22]
- Realización profesional (RP): 8 ítems [4-7-9-12-17-18-19-21])

Cada ítem fue valorado con una 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). Para la evaluación de cada una de las dimensiones se contó con los siguientes puntos de corte que indicaron afectación de la misma: CE > 26, DP > 9 y RP < 34. A su vez, para el diagnóstico del SB se tuvo en cuenta la presencia de dos o tres esferas afectadas. Este instrumento ha sido validado para su aplicación en Cuba, donde se ratifica su validez de constructo y su fiabilidad, al presentar además una adecuada consistencia interna, contando con un coeficiente α de Cronbach de 0,77.[16,17]

Para el procesamiento estadístico de los datos obtenidos se empleó el programa estadístico IBM SPSS versión 26. Para el análisis univariado de variables categóricas se emplearon las frecuencias absolutas y los porcentajes; así como las medianas y rangos

intercuartílicos en las cuantitativas (al demostrarse con anterioridad el incumplimiento del supuesto de normalidad). Para el análisis bivariado fueron empleadas las pruebas X2 de Pearson, U de Mann Whitney, H de Kruskal Wallis y la correlación de Spearman. El nivel de significación estadística se estableció para valores de $p<0,05$.

Para la realización de la investigación se tuvo en cuenta las pautas éticas internacionales para la investigación relacionada con la salud con seres humanos elaborado por el Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS) en colaboración con la organización Mundial de la Salud (OMS), así como la Declaración de Helsinki.[18] Previa realización del estudio se tuvo la aprobación del Comité de Ética e Investigación de las instituciones donde fue llevado a cabo el estudio, enviándosele a todos los trabajadores el cuestionario online, a su vez les fue explicado en el mismo los objetivos de la investigación, el carácter voluntario para su participación y llenado, así como la confidencialidad y anonimato del mismo.

RESULTADOS

Se tuvo en la muestra una mediana de edad de 31 años (RIQ: 27-41), predominando las féminas (66,93 %), los trabajadores de color de piel blanco (79,53 %), ateos (48,82 %), que no tenían hijos (62,99 %). El 33,86 % de los individuos duermen una o dos veces a la semana al menos ocho horas, no realizando ejercicios físicos el 82,68 %. El 45,67 % eran médicos residentes. Se tuvo una mediana de 8 años (RIQ: 3-17) de experiencia profesional en la AP. El 87,40 % de los trabajadores no están satisfechos con sus ingresos económicos. El resto de las características sociodemográficas, estilos de vida y características laborales aparecen representadas en la tabla 1.

Tabla 1. Distribución de la muestra según características sociodemográficos, estilo de vida y características profesionales

Variable			No. (%)
Características sociodemográficas	Edad		31 (27-41)*
	Sexo	Femenino	85 (66,93)
		Masculino	42 (33,07)
	Color de piel	Blanco	101 (79,53)
		Mestizo	13 (10,24)
		Negro	13 (10,24)
	Religión	Ateo	62 (48,82)
		Católica	10 (7,87)
		Cristiana	36 (28,35)
		Otra	19 (14,96)
	Estado civil	Casado/Unión consensual	72(56,69)
		Divorciado	5 (3,94)
		Soltero	50 (39,37)
Estilo de vida	Tiene hijos	Si	47 (37,01)
		No	80 (62,99)
	Dormir ocho horas diarias	> 4 veces en la semana	23 (18,11)
		3-4 veces en la semana	30 (23,62)
		1-2 veces en la semana	43 (33,86)
		Nunca	31 (24,41)
	Realización de ejercicios físicos	Si	22 (17,32)
		No	105 (82,68)
	Presencia de tabaquismo	Si	18 (14,17)
		No	109 (85,83)
	Hábitos dietéticos adecuados	Si	11 (8,66)
		No	116 (91,34)
Características profesionales	Profesión	Médico especialista	46 (36,22)
		Médico residente	58 (45,67)
		Enfermero	14 (11,02)
		Otro	9 (7,09)
	Satisfecho con los ingresos económicos	Si	7 (5,51)
		Parcialmente	9 (7,09)
		No	111 (87,40)
	Experiencia profesional		8 (3-17)*

Nota: * Mediana (Rango intercuartil)

Se tuvo en la muestra analizada (figura 1), predominio de los individuos que presentaron SB (73,23 %). Se analizan en la figura 2 la distribución de la muestra según la afectación de las diferentes dimensiones evaluadas, siendo la CE la de mayor afectación

(92,13 %).

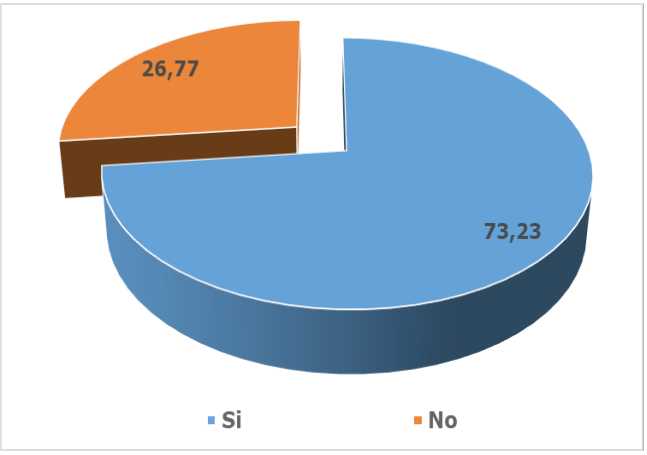

Figura 1. Distribución de la muestra según presencia de Síndrome de Burnout

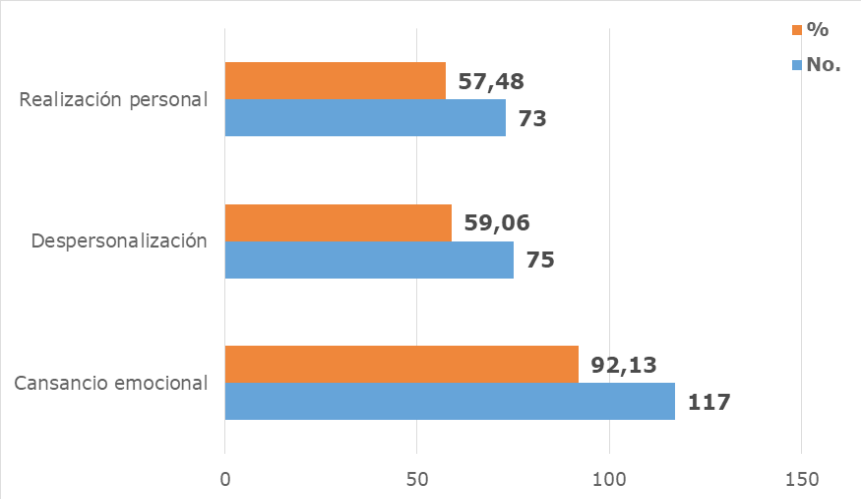

Figura 2. Distribución de la muestra según presencia de afectación de cada dimensión del cuestionario Maslach Burnout Inventory

Las mujeres (77,65 %), individuos de color de piel negro (100 %), cristianos (77,78 %) y solteros (80,0 %) mostraron mayor porcentaje de SB, de igual manera pasó con los individuos que tenían hijos (78,72 %), que cuidaban a otras personas (77,55 %), que nunca duermen al menos ocho horas diarias (90,32 %). Los médicos residentes (79,31 %) y los individuos parcialmente satisfechos con sus ingresos (77,78 %) también tuvieron mayor porcentaje de SB. En la tabla 2 aparece el resto de relaciones entre el estilo de vida, las características sociodemográficas y profesionales, con la presencia de SB. Las únicas variables que mostraron asociación estadísticamente significativa con la presencia de SB fueron el no dormir ocho horas diarias (p=0,016) y la no satisfecho con los ingresos económicos (p<0,001)

Tabla 2. Presencia de SB según estilo de vida, variables sociodemográficas y profesionales

Variable		**Presencia de Síndrome de Burnout**		**p**
		Si	**No**	
		No. (%)	**No. (%)**	
Edad		31 (27-40)	34 (27,75-42,25)	0,277[€]
Sexo	Femenino	66 (77,65)	19 (22,35)	0,110[β]
	Masculino	27 (64,29)	15 (35,71)	
Color de piel	Blanco	71 (70,30)	30 (29,70)	0,071[β]
	Mestizo	9 (69,23)	4 (30,77)	
	Negro	13 (100)	0 (0)	
Religión	Ateo	48 (77,42)	14 (22,58)	0,165[β]
	Católica	7 (70,0)	3 (30,0)	
	Cristiana	28 (77,78)	8 (22,22)	
	Otra	10 (52,63)	9 (47,37)	

Estado civil	Casado/Unión consensual	51 (70,83)	21 (29,17)	0,123[β]
	Divorciado	2 (40,0)	3 (60,0)	
	Soltero	40 (80,0)	10 (20,0)	
Tenencia de hijos	Si	37 (78,72)	10 (21,28)	0,284[β]
	No	56 (70,0)	24 (30,0)	
Dormir ocho horas diarias	> 4 veces en la semana	12 (52,17)	11 (47,83)	0,016[β]
	3-4 veces en la semana	23 (76,67)	7 (23,33)	
	1-2 veces en la semana	30 (69,77)	13 (30,23)	
	Nunca	28 (90,32)	3 (9,68)	
Realización de ejercicios físicos	Si	15 (68,18)	7 (31,82)	0,557[β]
	No	78 (74,29)	27 (25,71)	
Presencia de tabaquismo	Si	17 (94,44)	1 (5,56)	0,057[£]
	No	76 (69,72)	33 (30,28)	
Hábitos dietéticos adecuados	Si	8 (72,73)	3 (27,27)	0,969[β]
	No	85 (73,28)	31 (26,72)	
Profesión	Médico especialista	33 (71,74)	13 (28,26)	0,363[β]
	Médico residente	46 (79,31)	12 (20,69)	
	Enfermero	8 (57,14)	6 (42,86)	
	Otro	6 (66,67)	3 (33,33)	
Experiencia profesional		8 (3-17)	9,50 (3,75-18,25)	0,300[€]
Satisfecho con los ingresos económicos	Si	0 (0)	7 (100)	< 0,001[β]
	Parcialmente	7 (77,78)	2 (22,22)	
	No	86 (77,48)	25 (22,52)	

Nota: [β]X^2 de Pearson; [€]U Mann Whitney; [£]Corrección de Yates

Se presenta en la tabla 3 la distribución de los participantes del estudio que mostraron afectación en los diferentes dominios del cuestionario según su estilo de vida, variables sociodemográficas y profesionales. La afectación del dominio CE mostró asociación con el sexo (p=0,038), religión (p=0,002) y dormir ocho horas diarias (p<0,001); la dimensión DP estuvo asociada con la religión (p=0,001), dormir ocho horas diarias (p=0,016), la presencia de tabaquismo (p=0,001) y la satisfacción con los ingresos económicos (p=0,011); mientras la dimensión RP se relaciona con dormir ocho horas diarias (p<0,001), los hábitos dietéticos adecuados (p=0,038) y la satisfacción con los ingresos económicos (p=0,016).

Tabla 3. Dominios afectados del cuestionario Maslach Burnout Inventory según estilo de vida, variables sociodemográficas y profesionales

Variable		**Dominios**					
		Cansancio emocional (n=117)		**Despersonalización (n=75)**		**Realización personal (n=73)**	
		No. (%)	**p**	**No. (%)**	**p**	**No. (%)**	**p**
Sexo[β]	Femenino	80 (94,12)	0,038	50 (58,82)	0,252	52 (61,18)	0,247
	Masculino	37 (88,10)		25 (59,52)		21 (50,0)	
Edad[€]		31 (27-40)*	0,435	31 (27-41)*	0,389	31 (27-39,50)*	0,055
Color de piel[£]	Blanco	93 (92,08)	0,123	57 (56,44)	0,553	57 (56,44)	0,482
	Mestizo	11 (84,62)		7 (53,85)		6 (46,15)	
	Negro	13 (100)		11 (84,62)		10 (76,92)	
Religión[£]	Ateo	55 (88,71)	0,002	48 (77,42)	0,001	29 (46,77)	0,318
	Católica	10 (100)		4 (40,0)		7 (70,0)	
	Cristiana	33 (91,67)		18 (50,0)		28 (77,78)	
	Otra	19 (100)		5 (26,32)		9 (47,37)	
Estado civil[£]	Casado/Unión consensual	65 (90,28)	0,389	43 (59,72)	0,368	36 (50,0)	0,089
	Divorciado	2 (40,0)		2 (40,0)		2 (40,0)	
	Soltero	50 (100)		30 (60,0)		35 (70,0)	
Tenencia de hijos[β]	Si	42 (89,36)	0,233	29 (61,70)	0,774	32 (68,09)	0,337
	No	75 (93,75)		46 (57,50)		41 (51,25)	
Dormir ocho horas diarias[£]	> 4 veces en la semana	20 (86,96)	<0,001	10 (43,48)	0,016	4 (17,39)	<0,001
	3-4 veces en la semana	26 (86,67)		18 (60,0)		20 (66,67)	
	1-2 veces en la semana	43 (100)		24 (55,81)		21 (48,84)	

	Nunca	28 (90,32)		23 (74,19)		28 (90,32)	
Realización de ejercicios físicos[β]	Si	17 (77,27)	0,267	15 (68,18)	0,452	11 (50,0)	0,421
	No	100 (95,24)		60 (57,14)		62 (59,05)	
Presencia de tabaquismo[β]	Si	18 (100)	0,303	17 (94,44)	0,001	11 (61,11)	0,152
	No	99 (90,83)		58 (53,21)		62 (56,88)	
Hábitos dietéticos adecuados[β]	Si	11 (100)	0,068	8 (72,73)	0,430	3 (27,27)	0,038
	No	106 (91,38)		67 (57,76)		70 (60,34)	
Profesión[£]	Médico especialista	42 (91,30)	0,491	26 (56,52)	0,336	25 (54,35)	0,382
	Médico residente	56 (96,55)		38 (65,52)		36 (62,07)	
	Enfermero	11 (78,57)		5 (35,71)		6 (42,86)	
	Otro	8 (88,89)		6 (66,67)		6 (66,67)	
Experiencia profesional[€]		8 (3-17)*	0,796	7 (3-17)*	0,412	8 (3-16,50)*	0,120
Satisfecho con los ingresos económicos[£]	Si	5 (71,43)	0,506	0 (0)	0,011	0 (0)	0,016
	Parcialmente	7 (77,78)		7 (77,78)		7 (77,78)	
	No	105 (94,59)		68 (61,26)		66 (59,46)	

Nota: [β]U de Mann-Whitney, [€]Correlación de Spearman, [£]H de Kruskal Wallis

DISCUSIÓN

El personal que labora en la asistencia sanitaria de la AP, se enfrenta en su actuar diario a disímiles tareas complejas, en las que influyen diversos factores estresantes que suponen una alta implicación emocional; además de un exceso de estimulación aversiva, por el contacto con enfermos.[19] En los resultados obtenidos, la prevalencia de SB observada fue superior a las reportadas en estudios nacionales,[16,17] regionales,[20,21] y mundiales.[10,12,22] El mismo duplica el riesgo de incidentes adversos para la seguridad del paciente y conduce a una calidad de atención general más deficiente, con la respectiva disminución de la satisfacción del paciente.[23]

Se reporta en la presente investigación, porcentajes superiores de afectación en los dominios evaluadas, en relación a datos reportados en la literatura.[24,25,26] Abdulrahman et al.[27] documenta en los Emiratos Árabes Unidos, resultados similares, donde el 70 % de los participantes informaron presentar SB, el 75,5 % informaron agotamiento emocional, el 84 % una alta despersonalización, y el 74 % una sensación disminuida de realización personal.

En relación a las características demográficas, el predominio de las mujeres,[1,5] mayores de 40 años,[28] con pareja,[10] que tienen hijos,[3,29] y con personas a su cargo,[6] concuerda con lo descrito en la literatura. En cuanto al estilo de vida, Ovejas-López et al.[5] constatan en su muestra como el 26,8 % los trabajadores mantienen una baja actividad física, sólo el 3,3 % duerme al menos ocho horas diarias, siendo el 12,2 % fumadores.

Respecto al sexo, en la presente investigación en las féminas, la prevalencia del SB fue superior a la mostrada por los hombres (77,65 % versus 64,29 %). Dicha tendencia guarda relación con Ramírez Pérez et al.[6] quienes muestran que el riesgo de Burnout global es 3,692 veces superior en mujeres respecto a hombres (IC al 95%: 1,30–10,49), siendo esas diferencias entre ambos sexos significativa (p=0,011). En cuanto al análisis de la comparación de medias de las dimensiones que conforman el MBI, Llor Lozano et al.[19] precisan como en los hombres, la despersonalización y la realización personal muestran resultados inferiores en comparación con las féminas, lo que concuerda con hallazgo realizado en trabajadores de la salud pertenecientes a Equipos de Atención Primaria de la Región Sanitaria de la Cataluña Central.[2]

En relación a la edad, Cañadas de la Fuente et al.[4] reportan la aparición de diferencias significativas (p=0,015) entre la edad y la dimensión CE, donde en todas las comparaciones efectuadas, el grupo de menor edad presentó un nivel más bajo de CE. Resultado similar reporta Nwosu et al.[30], quienes determinan en su estudio como los encuestados del grupo etáreo 35–39 años tuvieron la puntuación media más alta de desconexión, 2,5±0,4 y la diferencia en la media fue estadísticamente significativa (F = 3,183; p = 0,042).

Respecto a las prácticas de autocuidado o estilos de vida, Chung et al.[31] les ofrecen gran importancia a las horas de sueño, la frecuencia en la realización de actividad física o ejercicio, una adecuada alimentación, y el abandono de determinados hábitos tóxicos como el tabaquismo. Si bien los dos últimos no han mostrado mucho respaldo en la literatura, la cantidad y calidad del sueño, así como la realización de ejercicios físicos, constituyen elementos de gran importancia en la génesis del SB, aunque de manera frecuente tienden a ser obviados por el individuo.

El agotamiento de los médicos se ha atribuido a factores que incluyen cargas de trabajo excesivas, horarios impredecibles, conflictos entre el trabajo y el hogar, entre otros. De manera más reciente, se ha revelado el impacto del sueño y los trastornos circadianos, ya que a medida que el riesgo de agotamiento aumenta, y por ende los errores médicos, entre aquellos trabajadores que muestran trastornos del sueño. Ello a motivado que la Academia Estadounidense de Medicina del Sueño (AASM, por sus siglas en inglés) pida más investigación sobre los roles de la interrupción del sueño, la privación del sueño y la desalineación circadiana en el agotamiento médico. Al respecto Shi et al.[32] en análisis bivariado, muestran correlación entre la duración del sueño y las dimensiones CE (p=0,018), aunque las restantes dimensiones no mostraron igual comportamiento [DP (p=0,152) y RP (p=0,643)].

Aunque pocos adultos logran las 8 h por noche de sueño recomendado, los médicos solo promedian 6,5 h por noche. Así, en una encuesta nacional realizada por el American College of Chest Physicians Sleep Institute, uno de cada cinco médicos informó perderse actividades familiares o de ocio debido a problemas para dormir. Este escenario puede ser especialmente desafiante para los médicos que naturalmente tienen una fase de sueño avanzada (el "madrugador") o una fase de sueño retrasada (el "búho nocturno")

del ritmo circadiano. Los efectos sobre la salud asociados con la privación del sueño son similares a los hallazgos del agotamiento e incluyen cambios de humor, mayor somnolencia, fatiga, irritabilidad, dificultad para concentrarse y desorientación.[33,34]

En lo que respecta a las características laborales, en revisión sistemática desarrollada en Iberoamérica entre 2012 y 2018; muestra como en 23 estudios evaluados, de 3516 trabajadores, el 46 % eran médicos especialistas.[35] En relación a la categoría profesional, estudio multicéntrico realizado en Áreas Sanitarias de Castilla-La Mancha, muestra como en los médicos el desgaste tuvo una proporción superior, en comparación con el colectivo de enfermería. Una posible explicación está asociada según los autores de dicho estudio, a las diferentes funciones o responsabilidades a desarrollar por estos; sin embargo, al contemplar el resto de posibles factores de confusión o interacción, esta relación no se mantiene.[24] De manera contraria otros estudios detallan como el cumplimiento de las indicaciones médicas, hace del personal de enfermería, el más propenso a desarrollar SB.[19,36] Justo en esta categoría profesional es donde mayores porcentajes de CE se aprecian según Cañadas de la Fuente et al.[4]

La presencia del SB no es sinónimo de la existencia de estrés psicológico, sino una respuesta a fuentes de estrés laboral crónico provenientes de las relaciones laborales entre los profesionales y los pacientes, por cuanto al extenderse esa exposición, la tasa de aparición del mismo tiende a incrementarse.[37] Ante ello García-Molina et al.[21] comparan el porcentaje de burnout en cada subescala con las variables laborales de interés, lo cual arrojó que en la subescala DP, se evidenció mayor prevalencia en aquellos sujetos que llevaban trabajando entre 10 y 20 años (55,6 %, p=0,033).

En estudio multicéntrico desarrollado en Nigeria, se constata como el llevar más de 10 años ejerciendo laboralmente se asocia con la presencia de CE.[30] De igual manera, Muraya Alshreem et al.[28] indican en su estudio como los participantes que llevaban más de diez años en la práctica tenían un alto agotamiento emocional (30,7 %; p=0,008), mientras que hubo una alta tasa de reducción de la realización personal (67,7 %; p=0,046).

Álvarez Mena et al.[35] indican como el 17,3 % de las investigaciones incluidas en su revisión sistemática, se consideró un buen o mal salario como una variable correlacionada de manera significativa con la aparición de SB (p<0,05), lo cual fue reflejado en la presente investigación, siendo entre las características laborales, una de las que mayor repercusión tiene en la aparición de este fenómeno. Dicho hallazgo ha sido documentado por otras fuentes.[22,38]

Estos hallazgos fueron consistentes con estudios previos, que encontraron que el agotamiento está determinado por el entorno laboral más que por factores personales, lo que confirma que el agotamiento es más un problema social que individual.[28,39]

Entre las limitaciones precisadas en el presente estudio estuvo la imposibilidad de incorporación de otras áreas de salud del municipio (y desarrollar un estudio multicéntrico) que permitan obtener una noción más amplia del fenómeno en la región donde se efectuó la investigación. La naturaleza del estudio llevado a cabo, transversal, limitó la evaluación de temporalidad y la relación de causalidad. Otra limitación del estudio, fue el no haber podido introducido otras variables predictoras (como la presión laboral, la autoestima, el estrés y ansiedad, entre otras). Y por último, la existencia de la posibilidad de que se produzca un sesgo de deseabilidad social debido al estigma que deviene informar sobre el agotamiento laboral en el personal sanitario.

CONCLUSIONES

Se identificaron con la presente investigación el estilo de vida, así como las características demográficas y profesionales del personal sanitario. Se evaluó la presencia del síndrome Burnout, el cual predominó entre los incluidos en el estudio, asociándose su aparición con no dormir ocho horas diarias y la no satisfecho con los ingresos económicos. Dentro de las dimensiones que componían el cuestionario Maslach Burnout Inventory, el cansancio emocional fue la más afectada. Se relacionaron las características de los individuos analizados con cada dimensión, estableciéndose la existencia de asociaciones entre ellas. Los resultados obtenidos permiten tener una mejor noción del comportamiento de este fenómeno dentro del personal que presta servicios en la AP, lo cual permitirá un mejor manejo del mismo, con lo cual se garantizará una mejora en la prestación de servicios de su parte, así como la mejora de su calidad de vida.

FINANCIACIÓN

La presente investigación no recibió financiamiento externo.

CONFLICTOS DE INTERÉS

Los autores declaran no tener conflicto de interés.

CONTRIBUCIÓN DE AUTORÍA

Conceptualización: Lázaro Pablo Linares Cánovas, Liyansis Bárbara Linares Cánovas, Yoelys Pereda Rodríguez, Beatriz Gallardo Hernández, Martha María Pérez Martín, Adalina Linares Montano.

Investigación: Lázaro Pablo Linares Cánovas, Liyansis Bárbara Linares Cánovas, Yoelys Pereda Rodríguez, Beatriz Gallardo Hernández, Martha María Pérez Martín, Adalina Linares Montano.

Metodología: Lázaro Pablo Linares Cánovas, Liyansis Bárbara Linares Cánovas, Yoelys Pereda Rodríguez, Beatriz Gallardo Hernández, Martha María Pérez Martín, Adalina Linares Montano.

Redacción-borrador original: Lázaro Pablo Linares Cánovas, Liyansis Bárbara Linares Cánovas, Yoelys Pereda Rodríguez, Beatriz Gallardo Hernández, Martha María Pérez Martín, Adalina Linares Montano.

Redacción-revisión y edición: Lázaro Pablo Linares Cánovas, Liyansis Bárbara Linares Cánovas, Yoelys Pereda Rodríguez, Beatriz Gallardo Hernández, Martha María Pérez Martín, Adalina Linares Montano.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ortega-Campos E, Cañadas-De la Fuente G, Albendín-García L, Gómez-Urquiza J, Monsalve-Reyes C, Inmaculada de la Fuente-Solana E. A Multicentre Study of Psychological Variables and the Prevalence of Burnout among Primary Health Care Nurses. Int. J. Environ. Res. Public Health. 2019; 16: e3242. DOI: 10.3390/ijerph16183242

2. Roig-Grau I, Fornés-Ollé B, Rodriguez-Roig R, Delgado-Juncadella A, González-Valero J, Rodríguez-Martín I. Burnout en profesionales de atención primaria en la Cataluña Central. Arch Prev Riesgos Labor. 2022; 25(2): 86-100. DOI: 10.12961/aprl.2022.25. 02.02

3. Abarca Mato R, Emigdio Vargas A, Dávalos Martínez A, Barrera Rodríguez E, Morales López F, Blanco García N. Síndrome de burnout en profesionales sanitarios en formación de un hospital público en Acapulco, México. Rev. Cuba. Salud Trab. 2023; 24(1). Disponible en: https://revsaludtrabajo.sld.cu/index.php/revsyt/article/view/363

4. Cañadas-de la Fuente G, San Luis C, Lozano L, Vargas C, García I, de la Fuente EI. Evidencia de validez factorial deMaslach Burnout Inventory y estudio de los niveles de burnout en profesionales sanitarios. Rev Latinoam Psicol. 2014; 46(1): 44-52. DOI: 10.1016/S0120-0534(14)70005-6

5. Ovejas-López A, Izquierdo F, Rodríguez-Barragán M, Rodríguez-Benítez J, García-Batanero M, Alonso-Martínez A, et al. Burnout y malestar psicológico en los residentes de Medicina Familiar y Comunitaria. Aten Primaria. 2020; 52(9): 608-616. DOI: 10.1016/j.aprim.2020.02.014

6. Ramírez Pérez M, Garicano Quiñónez L, González de Abreu J, Jiménez González de Buitrago E, Sánchez Úriz M, del Campo Balsa M. Síndrome de burnout en médicos residentes de los hospitales del área sureste de la Comunidad de Madrid. Rev Asoc Esp Espec Med Trab. 2019; 28: 57-65. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-62552019000100007&lng=es

7. Jácome S, Villaquiran-Hurtado A, García C, Duque I. Prevalencia del síndrome de Burnout en residentes de especialidades médicas. Rev Cuid. 2019; 10(1): e543. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S2216-09732019000100200&script=sci_arttext

8. Rodrigues H, Cobucci R, Oliveira A, Cabral J, Medeiros L, Gurgel K, et al. Burnout syndrome among medical residents: a systematic review and metaanalysis. PLoS One. 2018; 13(11): e0206840. DOI: 10.1371/journal.pone.0206840

9. Molina-Praena J, Ramirez-Baena L, Gomez-Urquiza J, Canadas G, De la Fuente E, Canadas-De la Fuente G. Levels of Burnout and Risk Factors in Medical Area Nurses: A Meta-Analytic Study. Int J Environ Res Public Health. 2018; 15(12). DOI: 10.3390/ijerph15122800

10. AL-Haddad A, AL-Omar F, AL-Khaleel A, AL-Khalaf A. Prevalence of burnout syndrome and its related risk factors among physicians working in primary health care centers of the Ministry of Health, Al Ahsa region, Saudi Arabia, 2018–2019. J Family Med Prim Care. 2020; 9: 517-519. DOI: 10.4103/jfmpc.jfmpc_743_19

11. Sullivan E, McKinstry D, Adamson J, Hunt L, Phillips R, Linzer M. Burnout Among Missouri Primary Care Clinicians in 2021: Roadmap for Recovery? Medicine. 2022; 119(4): 397-400. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36118800/

12. Grumbach K, Knox M, Huang B, Hammer H, Kivlahan C, Willard-Grace R. A Longitudinal Study of Trends in Burnout During Primary Care Transformation. Ann Fam Med. 2019; 17: S9-S16. DOI: 10.1370/afm.2406

13. Woodward R, Cheng T, Fromewick J, SL G, Latessa R. What happy physicians have in common: A qualitative study of workplace perceptions of physicians with low burnout scores. SAGE Open Medicine. 2022; 10: 1-9. DOI: 10.1177/20503121221085841

14. Chemali Z, Ezzeddine F, Gelaye B, Dossett M, Salameh J, Bizri M. Burnout among healthcare providers in the complex environment of the Middle East: a systematic review. BMC Public Health. 2019; 19: e1337. DOI: 10.1186/s12889-019-7713-1

15. Juárez-García A, Merino-Soto C, Fernández-Arata M, Flores-Jiménez C, Caraballo M, Camacho-Cristiá C. Validación transcultural y funcionamiento diferencial del Maslach Burnout Inventory - General Survey en docentes de tres países latinoamericanos. Av. Psicol. Latinoam. 2020; 38(1): 135-158. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S1794-47242020000100135&script=sci_arttext

16. JR H. Estrés y Burnout en profesionales de la salud de los niveles primario y secundario de atención. Rev Cubana Salud Pública. 2003; 29(2): 103-110. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-34662003000200002&script=sci_arttext&tlng=en

17. Pando Moreno M, Aranda Beltrán C, López Palomar M. Validez factorial del Maslach Burnout Inventory-General Survey en ocho países Latinoamericanos. Cienc Trab. 2015; 17(52): 28-31. Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-24492015000100006&script=sci_arttext&tlng=pt

18. Peacok Aldana A, Cala Calviño L, Labadié Fernández S, Álvarez Escalante L. Ética en la investigación biomédica: contextualización y necesidad. MEDISAN. 2019; 23(5): 921-941. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1029-30192019000500921&script=sci_arttext

19. Llor Lozano J, Seva Llor A, Díaz Agea J, Llor Gutiérrez L, Leal Costa C. Burnout, habilidades de comunicación y autoeficacia en los profesionales de urgencias y cuidados críticos. Enfermería Global. 2020 Jul;(59): 68-80. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1695-61412020000300068&script=sci_arttext

20. Loya-Murguía K, Valdez-Ramírez J, Bacardí- Gascón M, Jiménez-Cruz A. El síndrome de agotamiento en el sector salud de Latinoamérica: revisión sistemática. JONNPR. 2018; 31(1): 40-48. Disponible en: https://revistas.proeditio.com/jonnpr/article/view/2060

21. Berrío García N, Foronda Valencia D, Ciro Parra D. Síndrome de burnout en personal de la salud latinoamericano. Revista de Psicología. 2018; 10(2): 157-181. Disponible en: https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7529914

22. Yates S. Physician Stress and Burnout. Am J Med. 2020; 133(2): 160-164.

23. Willard-Grace R, Knox M, Huang B, Hammer H, Kivlahan C, Grumbach K. Burnout and Health Care Workforce Turnover. Ann Fam Med. 2019; 17(1): 36-41. DOI: 10.1370/afm.2338

24. Párraga-Martínez I, González-Hidalgo E, Méndez-García T, Villarín-Castro A, LeónMartín A. Burnout y su relación con el estrés percibido y la satisfacción laboral en profesionales sanitarios de Atención Primaria de una Comunidad Autónoma. Rev Clín Med Fam. 2018; 11(2): 51-60. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1699-695X2018000200051&script=sci_arttext&tlng=pt

25. Soltanifar A, Pishbin E, Attaran Mashhadi N, Najaf Najafi M, Siahtir M. Burnout among female emergency medicine physicians: a nationwide study. Emerg Med Australas. 2018; 30(4): 517-522. DOI: 10.1111/1742-6723.12941

26. García-Molina C, Satorres-Pérez M, Crespo-Mateos A, Quesada Rico J, García-Soriano L, Carrascosa-Gonzalvo S. Prevalencia del síndrome de burnout en profesionales de medicina y enfermería de Atención Primaria en centros de salud acreditados para Formación Sanitaria Especializada de dos áreas de salud de Alicante. Rev Clin Med Fam. 2022; 15(1): 35-39. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1699-695X2022000100007&script=sci_arttext&tlng=en

27. Abdulrahman M, Nair S, Farooq M, Al Kharmiri A, Al Marzooqi F, Carrick F. Burnout and depression among medical residents in the United Arab Emirates: a multicenter study. J Family Med Prim Care. 2018; 7(2): 435-441. DOI: 10.4103/jfmpc.jfmpc_199_17

28. Muraya Alshreem R, Baraja M, Solaiman Almogbel E. Prevalence of burnout and its impact on self-reported patient care among primary health care physicians at King Abdul-Aziz Medical City in Riyadh region. J Family Med Prim Care. 2022; 11(8): 4624–4630. DOI: 10.4103/jfmpc.jfmpc_1622_21

29. Pintarić Japec V, Vučemilo L, Kust D, Babacanli A, Dodig D, Štefančić V, et al. Burnout among Croatian physicians: a cross-sectional national survey. Croat Med J. 2019; 60(3): 255-264. DOI: 10.3325/cmj.2019.60.255

30. Nwosu A, Ossai E, Mba U, Anikwe I, Ewah R, Obande B, et al. Physician burnout in Nigeria: a multicentre, cross-sectional study. BMC Health Serv Res. 2020;(20): 863. DOI: 10.1186/s12913-020-05710-8

31. Chung S, Dillon E, Meehan A, Nordgren R, Frosch D. The Relationship Between Primary Care Physician Burnout and Patient-Reported Care Experiences: a Cross-sectional Study. J Gen Intern Med. 2020; 35(8): 2357-2364. DOI: 10.1007/s11606-020-05770-w

32. Shi C, Luo J, Xiao Y. The association of sleep quality and burnout among Chinese medical residents under standardized residency training in a tertiary hospital. Sleep Breath. 2023; 27(1): 379-386. DOI: 10.1007/s11325-022-02621-2

33. Stewart N, Arora V. The Impact of Sleep and Circadian Disorders on Physician Burnout. Chest. 2019; 156(5): 1022-1030. DOI: 10.1016/j.chest.2019.07.008

34. Trockel M, Menon N, Rowe S, Stewart M, Smith R, Lu M, et al. Assessment of Physician Sleep and Wellness, Burnout, and Clinically Significant Medical Errors. JAMA Netw Open. 2020; 3(12): e2028111. DOI: 10.1001/jamanetworkopen.2020.28111

35. Álvarez Mena J, Cobo Molina N, Parra Osorio L, Gómez Salazar L, Acosta Fernández M. Prevalencia del síndrome de Burnout en médicos iberoamericanos entre 2012 y 2018: una revisión sistemática. Revista Diálogos de Saberes. 2019;(50): 39-60. Disponible en: https://revistas.unilibre.edu.co/index.php/dialogos/article/view/5551

36. Intriago Miranda S. Síndrome del "Burnout" en personal de salud de un centro hospitalario de la dirección distrital Junín-Bolívar. Revista San Gregorio. 2019; 35: 94-107. Disponible en: http://scielo.senescyt.gob.ec/scielo.php?pid=S2528-79072019000200094&script=sci_arttext

37. Martínez Melero M. Síndrome de Burnout en profesiones sanitarias. Enfermería y medicina como población diana. Rev. sanit. investig. 2021; 12(2): e181. Disponible en: https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8277533

38. Nicholls M. Cardiologists and the Burnout scenario. Eur Heart J. 2019; 40(1): 5-6. DOI: 10.1093/eurheartj/ehy788

39. Polacov S, Barrionuevo Battistini I, Barroso G, Cravero B, D'Alessandro T, Allende G, et al. Riesgo de Síndrome de Burnout en profesionales médicos de la ciudad de Córdoba, Argentina. Rev Fac Cien Med Univ Nac Cordoba. 2021; 78(4): 371-375. DOI: 10.31053/1853.0605.v78.n4.28749