



ARTÍCULO ESPECIAL

Síndrome de quemarse por el trabajo (*burnout*) en los médicos de España



E. Bouza^{a,*}, P.R. Gil-Monte^b y E. Palomo^c, en representación del Grupo de trabajo para deliberar sobre el síndrome de quemarse por el trabajo (*burnout*) en los médicos de España[◇]

^a Servicio de Microbiología Clínica y Enfermedades Infecciosas, Hospital General Universitario Gregorio Marañón; Departamento de Medicina, Universidad Complutense de Madrid (UCM); Instituto de Investigación Sanitaria Gregorio Marañón; CIBER de Enfermedades Respiratorias (CIBERES CB06/06/0058), Madrid, España

^b Unidad de Investigación Psicosocial de la Conducta Organizacional (UNIPSIICO), Universitat de València, Valencia, España

^c Farmacéutico. Director de la Fundación Ciencias de la Salud, Madrid, España

Recibido el 31 de enero de 2020; aceptado el 25 de febrero de 2020

Disponible en Internet el 14 de abril de 2020

PALABRAS CLAVE

Quemarse por el trabajo;
Desgaste profesional;
Salud de los médicos;
Riesgos laborales;
Profesionales de la salud

Resumen Este artículo reúne las opiniones de un grupo de trabajo para deliberar sobre el síndrome de *burnout* entre los médicos en España. El documento es el resultado de las respuestas que los miembros del grupo han preparado a diferentes preguntas sobre el tema con conclusiones derivadas de la discusión entre todos los participantes. El *burnout* es una entidad con una alta incidencia en los médicos, con graves repercusiones laborales, personales y económicas, cuyo reconocimiento como enfermedad está cambiando en los últimos años. Se ven especialmente afectadas especialidades como Atención Primaria, Oncología, Medicina Intensiva y Cuidados Paliativos. El factor común es un aumento de la demanda cualitativa o cuantitativa sobre el profesional. Aunque puede tener un sustrato de características personales, se asocia más comúnmente a factores extrínsecos propios de la organización del trabajo y la gestión de los riesgos laborales. Implica graves costes indirectos para el sistema sanitario, como el absentismo laboral, altos costes económicos, y provoca la pérdida de salud y bienestar de las personas que lo padecen.

© 2020 Publicado por Elsevier España, S.L.U.

KEYWORDS

Burnout;
Burnout in Spain;

Work-related burnout syndrome in physicians in Spain

Abstract This article brings together the views of a working group to deliberate on Burnout among Physicians in Spain. The document is the result of the answers that different members of the group have prepared to different questions on the subject with conclusions derived from

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: emilio.bouza@gmail.com (E. Bouza).

◇ El resto de los componentes del Grupo de trabajo para deliberar sobre el síndrome de quemarse por el trabajo (*burnout*) en los médicos de España están relacionados en el [Anexo 1](#). El texto completo está disponible como material adicional en el [Anexo 2](#).

<https://doi.org/10.1016/j.rce.2020.02.002>

0014-2565/© 2020 Publicado por Elsevier España, S.L.U.

Physicians health;
Labor risk;
Health-care
professionals

the discussion among all the participants. Burnout is an entity with a high incidence in physicians, with serious work, personal and economic repercussions, whose recognition as a disease is changing in recent years. Particularly affected are some specialties, such as Primary Care, Oncology, Intensive Care Medicine, and Palliative Care. The common factor being an increased qualitative or quantitative demand on the professional. Although it may have a substratum of personal characteristics, it is more commonly associated with extrinsic factors specific to the organisation of work and the management of occupational risks. It involves serious indirect costs for the health system including absenteeism, high financial costs and leads to loss of health and well-being in people who suffer it.

© 2020 Published by Elsevier España, S.L.U.

Introducción

El síndrome de quemarse por el trabajo (SQT) o *burnout* es un problema de salud que puede afectar a profesionales de todo tipo, pero muy especialmente a aquellos cuya actividad guarda relación con el cuidado de seres humanos. Los profesionales de la salud están particularmente expuestos a este cuadro y los médicos son el prototipo de trabajador expuesto al mismo. Se trata de un problema de salud tremendamente destructivo que afecta a la vida laboral y personal, que lesiona la calidad del trabajo prestado y que deteriora los planos cognitivo y emocional del individuo, su vida familiar y hasta su salud física.

Pese a los muchos años transcurridos desde que se dio nombre a este síndrome, la información sobre el mismo es muy fragmentaria. Las definiciones no son precisas, el enfoque del proceso depende mucho de la perspectiva profesional de quién lo hace y no disponemos, por tanto, de una fotografía afinada y nítida del mismo.

Por este motivo, la Fundación de Ciencias de la Salud, que tiene entre sus objetivos la prevención de la Salud, ha reunido en torno a una mesa a profesionales conocedores de este cuadro desde muy distintas perspectivas: la Psiquiatría, la Psicología, la Medicina, los sindicatos profesionales, la Epidemiología, el Derecho y la propia Organización Médica Colegial. Se trataba de responder, desde cualquiera de los planos anteriores, a la situación del SQT entre los médicos españoles, poniendo encima de la mesa no solo los limitados datos de que disponemos, sino también la opinión de los participantes sobre los mismos.

El formato que se eligió fue el de preparar una serie de preguntas que sobre esta situación se formulaban los miembros del Patronato de la Fundación, a las que los participantes respondían con la mejor información de la que disponían. Se trataba de exponer no solo qué sabemos, pero fundamentalmente lo que no sabemos sobre SQT en médicos españoles.

La reunión inicial se celebró en la Real Academia Nacional de Medicina el 29 de mayo de 2019 y el presente escrito pretende recoger lo esencial de lo allí discutido durante dicha jornada.

Todos los participantes lo hacían a título personal y sus opiniones no necesariamente representan las de las

asociaciones y agrupaciones a las que pertenecen o en las que se integran. Este documento no pretende emitir guías ni recomendaciones sobre este tema sino proporcionar una visión de los distintos aspectos del mismo, resumir la situación española y expresar opinión.

Material y métodos

Las preguntas sobre SQT fueron elegidas por los miembros del patronato de la Fundación de Ciencias de la Salud con la contribución de un experto sobre el tema en España (PGM)¹⁻¹⁶. Posteriormente fueron aceptadas por los participantes. Cada una de ellas tuvo un ponente que exponía su visión sobre lo preguntado y, tras una discusión, se consensaba una conclusión sobre cada pregunta.

Los textos de las distintas intervenciones fueron revisados y aprobados por todos los participantes tras el necesario proceso editorial previo a la publicación.

PREGUNTA 1. ¿Cuál es la mejor definición de síndrome de quemarse por el trabajo (SQT)/síndrome de desgaste profesional/*burnout*? ¿La definición y el concepto de SQT requieren algún matiz en su aplicación a la profesión médica?

El SQT es una respuesta psicológica al estrés laboral crónico de carácter interpersonal y emocional que aparece en los profesionales de las organizaciones de servicios que trabajan en contacto con los clientes o usuarios de la organización. Se caracteriza por un deterioro cognitivo (pérdida de la ilusión por el trabajo o baja realización personal en el mismo), un deterioro afectivo (agotamiento emocional y físico), aparición de actitudes y conductas negativas hacia los clientes y hacia la organización, y, en algunos casos, estos síntomas se acompañan de sentimientos de culpa.

PREGUNTA 2. ¿Cuál es la dimensión del SQT en la profesión médica? ¿Tenemos datos mundiales, europeos y españoles?

Los datos de SQT en el mundo, referentes a personal sanitario, se han obtenido con estudios muy variables en

metodología y momento y se carece de información precisa en casi todas las naciones. Sin embargo, puede concluirse que dondequiera que se ha buscado y con las limitaciones mencionadas, las cifras de SQT resultan muy elevadas en los médicos de todos los lugares y especialidades.

PREGUNTA 3. ¿Existe la simulación en este cuadro? ¿Hay un SQT ficticio y fraudulento?

No hay datos en la bibliografía que nos permitan afirmar que existe la simulación como un hecho significativo en el SQT o *burnout*.

PREGUNTA 4. ¿Cuáles son los factores predisponentes extrínsecos más claros? ¿Hay factores intrínsecos?

La influencia de las características individuales (factores intrínsecos) es relevante y se pueden identificar algunos factores predisponentes, pero son los factores extrínsecos, las condiciones laborales, las que resultan más determinantes para padecer SQT.

PREGUNTA 5. ¿Cuáles son las manifestaciones clínicas iniciales más frecuentes? ¿Quién suele alertar primero sobre este diagnóstico?

Los profesionales sanitarios, sometidos a un estrés laboral muy importante por las propias exigencias emocionales, éticas y técnicas que impone la relación con sus pacientes, son un grupo profesional en el que el nivel de sospecha sobre la aparición de SQT debe ser muy alto.

Los rasgos clínicos iniciales de este síndrome son muy inespecíficos, pero la aparición de síntomas relacionados con el agotamiento emocional debe mover a iniciar el trabajo diagnóstico a fin de diferenciar el síndrome de otros con los que suele ser confundido. No está claro dónde y por quién suele alertarse inicialmente de la presencia de SQT.

PREGUNTA 6. ¿Cómo se diagnostica el SQT?

El cuestionario MBI, complementado con el cuestionario CESQT que introduce fundamentalmente la evaluación de la culpa, y siempre en el contexto de una entrevista clínica, son las mejores herramientas de las que disponemos para hacer el diagnóstico de SQT. Es imprescindible diferenciar SQT de otros trastornos relacionados con estrés y depresión.

PREGUNTA 7. ¿Cuál es el proceso de desarrollo o las fases por las que progresa el SQT? ¿Puede hacerse una clasificación por gravedad del SQT-*burnout*?

Distintos autores han establecido criterios de gravedad del SQT basados en la presencia o ausencia de distintas manifestaciones clínicas. Algunos signos o síntomas que para los diferentes autores apuntan a las formas más graves son: presencia de manifestaciones clínicas, trastornos mentales, conducta agresiva, perfil depresivo y niveles de prolactina elevados. Gil-Monte propone dos perfiles, donde los sujetos

de perfil 2, que serían los más graves, se caracterizarían por un mayor sentimiento de culpa.

PREGUNTA 8. ¿Se contagia el SQT entre compañeros?

Existen datos que demuestran que las quejas sobre el agotamiento pueden ser transmitidas entre colegas, tanto de manera consciente como inconsciente; además de resultar ser el factor predictor más importante para el agotamiento emocional y la despersonalización a nivel individual y de unidad. Esto sugiere que el SQT puede ser un cuadro que se contagie entre compañeros, particularmente en unidades de cuidados intensivos.

PREGUNTA 9. ¿Cuáles son los profesionales médicos más afectados? ¿Hay especialidades de mayor riesgo?

El SQT tiene una incidencia desigual en las distintas especialidades médicas. Las de mayor riesgo son aquellas con mayor sobrecarga cuantitativa, como la Atención Primaria, por elevada presión asistencial, o con mayor sobrecarga cualitativa, como Cuidados Intensivos, Oncología y Geriátrica, por tratarse de pacientes complejos, graves y de manejo difícil, o bien por la dificultad de comunicación y trato con el paciente, como sucede en Salud Mental.

PREGUNTA 10. ¿Se podría incluir el SQT en el cuadro de enfermedades profesionales o es un accidente de trabajo?

El SQT no puede etiquetarse oficialmente como enfermedad profesional en España, ya que no está incluido en la lista oficial de enfermedades profesionales del RD 1299/2006. Sin embargo, hay jurisprudencia que lo admite, en España, como accidente de trabajo.

PREGUNTA 11. ¿Cuál es el tratamiento más adecuado? ¿Es igual para todos los profesionales o tiene vertientes específicas?

Se han estudiado múltiples intervenciones para el manejo de este síndrome, pero su eficacia no está suficientemente contrastada y, hoy por hoy, no hay suficientes datos que permitan recomendar una estrategia terapéutica concreta. Se requieren intervenciones en la organización, en los grupos profesionales y en el individuo. Algunas son genéricas y válidas para cualquier profesional y otras son específicas para determinados grupos profesionales, como los facultativos de atención primaria, los oncólogos, los intensivistas o los que atendían pacientes VIH en los primeros años, que tienen que elaborar y afrontar el continuo contacto con la muerte.

PREGUNTA 12. ¿Puede hablarse de curación total? ¿Cuál es el riesgo de recaídas?

No hemos encontrado criterios claros de curación del SQT ni cifras que estimen la tendencia a la recurrencia tras una presunta curación.

PREGUNTA 13. Desde la perspectiva de un servicio de salud laboral hospitalario, ¿cuál es el coste personal del SQT? ¿Se asocia a un aumento de riesgo de suicidio? ¿Cuáles son las medidas esenciales de prevención? ¿Quién debe liderar y ser el motor de las mismas?

El coste que tiene el cuadro de SQT es muy alto a nivel personal, laboral y social. Las consecuencias de este síndrome afectan a la salud mental, a la salud física, a la calidad de vida y a la eficacia profesional del médico. La prevalencia de ideación suicida aumenta con la severidad del cuadro.

Las medidas para prevenir el SQT se pueden encuadrar en tres niveles distintos de actuación: organizativo, interpersonal e individual.

La prevención debe realizarse desde los Servicios de Prevención de Riesgos Laborales en colaboración con la dirección del centro sanitario y los representantes de los trabajadores.

PREGUNTA 14. ¿Podríamos dimensionar el coste económico-laboral y para la sociedad del SQT? ¿Y muy particularmente el de la profesión médica?

Los médicos con SQT tienen mayor absentismo laboral, abandonan la profesión anticipadamente con mayor frecuencia y se consideran menos productivos. Cálculos groseros estiman en 213 millones de dólares canadienses el gasto en dinero que supone este problema para el sistema sanitario de Canadá. No se dispone de dichos cálculos en España ni en muchos otros países.

PREGUNTA 15. ¿Cuál es la visión de este problema de los abogados laboristas?

Desde la perspectiva del derecho del Trabajo, y en base a la jurisprudencia dictada por los Juzgados y Tribunales del Orden Social, a pesar de la existencia de pronunciamientos jurisprudenciales contradictorios puede concluirse que el SQT ha sido reconocido mayoritariamente como accidente de trabajo. Es altamente probable que la incorporación del *burnout* a la clasificación internacional de enfermedades de la OMS sirva para el cambio paulatino en la determinación de contingencia e introduzca un cambio en el tratamiento que los tribunales han hecho hasta la fecha del *burnout*.

PREGUNTA 16. ¿Cuál es la posición y la visión del SQT por parte de las organizaciones sindicales?

La crisis económica, iniciada a mediados de 2008, ha supuesto un notable incremento de las demandas físicas y emocionales a los profesionales de la salud, lo que, unido a

los recortes en los presupuestos sanitarios, ha agravado el estrés psicosocial al que se ven sometidos los facultativos y el resto de profesionales sanitarios. Los servicios de prevención de riesgos laborales están implantados en los servicios de salud, pero las diferentes instituciones sanitarias no cumplen con la normativa específica en materia de prevención de riesgos laborales.

PREGUNTA 17. ¿Qué conocimiento tiene y cómo trata la prensa no especializada el problema del SQT?

El interés por el SQT o *burnout* se demuestra en el registro de la agencia EFE, donde ha estado presente solo en un 0,004% de todas las noticias enviadas a sus abonados. Solo en aproximadamente el 10% de las mismas se hace referencia a médicos. Por ser un asunto común, no se convierte en noticia.

PREGUNTA 18. ¿Creemos que hay demanda de un gran estudio nacional sobre SQT en la profesión médica? ¿Qué piensan los Colegios de Médicos?

La Organización Médica Colegial (OMC) cree que el SQT es un grave problema entre los médicos y que los datos parciales de los que se dispone en España justificarían un gran estudio nacional sobre el tema. El estudio debería tener un gran rigor metodológico e incluir la adecuada proporción de médicos trabajando dentro y fuera del medio hospitalario y dentro y fuera del medio urbano, así como tanto en el ámbito de la sanidad pública como en el de la privada.

PREGUNTA 19. ¿Qué papel juegan o deberían jugar las Humanidades en la prevención y el tratamiento del SQT?

Es indudable la necesidad de reintroducir las Humanidades en el curriculum académico de la carrera de medicina, y sugerimos que su mejor conocimiento podría ser una herramienta preventiva y terapéutica frente al SQT (*burnout*).

PREGUNTA 20. ¿Qué aspectos éticos concita todo esto?

En este último medio siglo el ejercicio de las llamadas profesiones liberales, y muy en particular el ejercicio de la medicina, ha sufrido un cambio drástico. Hay, al menos, cuatro factores en ello: el paso de unas relaciones interhumanas de tipo vertical y paternalista a otro horizontal, presidido por las cartas de derechos de los enfermos; la conversión de los pacientes de amigos morales en extraños morales, y el consiguiente auge de la medicina defensiva; la aparición de la cultura de la eficiencia en las instituciones sanitarias, que ha obligado al profesional a tener en cuenta el factor económico, a veces incluso en detrimento de otros factores que él considera moralmente vinculantes; y, en fin, la revolución que están suponiendo los avances científicos, y más en concreto el auge de la llamada medicina personalizada o medicina de precisión.

Los conflictos que generan todas estas novedades son muchos y de diverso tipo, pero de todos ellos hay uno sobre el que pocas veces se llama la atención. Se trata de que la exploración y el diagnóstico de un paciente exige hoy tener en cuenta no solo los datos clínicos, sino también sus valores, algo para lo que los profesionales no han sido suficientemente entrenados. Muchas veces no saben cómo proceder bien, pero sí saben que no lo están haciendo correctamente. Este es el que cabe denominar «*burnout* moral», para el cual no hay otro tratamiento correcto que la adecuada formación en valores. Algo que se hace poco y, además, con programas de muy escasa calidad.

Financiación

Esta publicación fue financiada por GSK. Los autores no han recibido ningún honorario por su colaboración.

Conflicto de intereses

Los autores declaran que no tienen ningún conflicto de intereses.

Anexo 1. Componentes del Grupo de trabajo para deliberar sobre el síndrome de quemarse por el trabajo (*burnout*) en los médicos de España

Bouza E. (Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid)

Cortell-Alcocer M. (Ibermutuamur, Valencia).

Del Rosario G. (Agencia EFE Salud, Madrid).

Gil-Monte P.R. (Universitat de València, Valencia).

González J. (Universidad Complutense, Madrid).

Gracia D. (Fundación Ciencias de la Salud, Madrid).

Martínez Moreno A. (Universitat de València, Valencia).

Melero Moreno C. (Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid).

Molero García J.M. (SIME-CSIT, Unión Profesional, Madrid).

Montilla P. (Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid).

Palomo E. (Fundación Ciencias de la Salud, Madrid).

Peñacoba E. (Simmons & Simmons LLP, Madrid).

Rodríguez Créixems M. (Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid).

Rodríguez de la Pinta M.L. (Hospital Universitario Puerta de Hierro, Majadahonda, Madrid).

Romero Agüit S. (Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos, Madrid).

Sartorius N. (Plan de Atención Integral al Profesional Sanitario Enfermo [PAIPSE], Conserjería de Sanidad, Madrid).

Soriano J.B. (Hospital Universitario de la Princesa, Madrid).

Anexo 2. Material adicional

Se puede consultar material adicional a este artículo en su versión electrónica disponible en [doi:10.1016/j.rce.2020.02.002](https://doi.org/10.1016/j.rce.2020.02.002).

Bibliografía

1. Cano-Langreo M, Cicirello-Salas S, López-López A, Aguilar-Vela M. Marco actual del suicidio e ideas suicidas en personal sanitario. *Med Segur Trab*. 2014;60:198–218.
2. Dewa CS, Loong D, Bonato S, Thanh NX, Jacobs P. How does burnout affect physician productivity? A systematic literature review. *BMC Health Serv Res*. 2014;14:325.
3. Dewa CS, Jacobs P, Thanh NX, Loong D. An estimate of the cost of burnout on early retirement and reduction in clinical hours of practicing physicians in Canada. *BMC Health Serv Res*. 2014;14:254.
4. Gálvez M, Moreno B, Mingote JC. El desgaste profesional del médico. Revisión y guía de buenas prácticas. El vuelo de Ícaro. Madrid: Díaz de Santos; 2009.
5. Gil-Monte PR. El síndrome de quemarse por el trabajo (*burnout*). 5.ª edición Madrid: Pirámide; 2017.
6. Gil-Monte PR. Influence of guilt on the relationship between burnout and depression. *Eur Psychol*. 2012;17:231–6.
7. Gil-Monte P, Viotti SDC. Propiedades psicométricas del «Cuestionario para el Evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo» (CESQT) en profesionales de la salud italianos: una perspectiva de género. *Liberabit*. 2017;23:153–69.
8. Gil-Monte PR, Moreno Jiménez B. El síndrome de quemarse por el trabajo (*burnout*). Grupos profesionales de riesgo. Madrid: Pirámide; 2007.
9. Grau Martín A, Flichtentrei D, Suner 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 Publica*. 2009;83:215–30.
10. Maslach C, Jackson SE. *Maslach Burnout Inventory Manual*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.; 1981.
11. Maslach CSEJPLM, Jackson SE, Leiter MP. *Maslach Burnout Inventory Manual*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.; 1996.
12. Maslach C, Leiter M. *The Truth about Burnout How Organizations Cause Personal Stress and What to do About it*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers; 1997.
13. Maslach C, Leiter MP. Understanding the burnout experience: Recent research and its implications for psychiatry. *World Psychiatry*. 2016;15:103–11.
14. Maslach C, Leiter MP. New insights into burnout and health care: Strategies for improving civility and alleviating burnout. *Med Teach*. 2017;39:160–3.
15. Sánchez Pérez J. El síndrome del trabajador quemado (*burnout*). Su contenido y su polémico encuadramiento jurídico-laboral. *Revista de Información Laboral*. 2016;5:31–50.
16. Soler JK, Yaman H, Esteva M, Dobbs F, Asenova RS, Katic M, et al. Burnout in European family doctors: The EGPRN study. *Fam Pract*. 2008;25:245–65.