

Evaluación del *burnout* en Medicina Interna y Psiquiatría en el Hospital Doce de Octubre de Madrid usando el Copenhagen Burnout Inventory: un estudio observacional transversal

Assessment of Burnout in Internal Medicine and Psychiatry at the Doce de Octubre Hospital in Madrid using the Copenhagen Burnout Inventory: A Cross-sectional Observational Study

Antonio Pujol de Castro

Departamento de Salud Pública y Materno-Infantil

Facultad de Medicina de la Universidad Complutense de Madrid

Resumen

Fundamento: se pretende valorar si los niveles de *burnout* son superiores a los presentes en la literatura previos a la pandemia de COVID-19.

Material y métodos: Estudio transversal usando *Copenhagen Burnout Inventory* (CBI) para valorar el *burnout* en Medicina Interna y Psiquiatría en el Hospital Universitario 12 de Octubre de Madrid.

Resultados: De 66 respuestas se ha observado que las mujeres presentan mayores niveles de *burnout* relacionado con el trabajo. No existen diferencias significativas por especialidad, categoría profesional ni edad.

Conclusiones: Los niveles de *burnout* son significativamente superiores con respecto a antes de la pandemia.

Palabras clave (términos MeSH): *Burnout*, Profesional; España; Encuestas y Cuestionarios; Lugar de trabajo / Psicología; Estudios Transversales; Personal Sanitario / Psicología.

Abstract

Background: burnout levels are assessed in order to see if they are higher than the ones reported in the literature prior to the COVID-19 pandemic.

Materials and methods: a cross-sectional study was performed using the Copenhagen Burnout Inventory (CBI) to assess burnout levels in Internal Medicine and Psychiatry in the Hospital Universitario 12 de Octubre of Madrid.

Results: 66 participants answered the CBI and the data shows that women present higher levels of work-related burnout. There are no significant differences by specialty, professional category, or age.

Conclusions: Burnout levels are significantly higher than before the pandemic.

Keywords (MeSH terms): Burnout, Professional; Spain; Surveys and Questionnaires; Workplace / Psychology; Cross-sectional Studies; Healthcare Personnel / Psychology.

Introducción, hipótesis de trabajo y objetivos

Freudenberg introdujo en 1974 la expresión “síndrome de *burnout*” o “síndrome del trabajador quemado” para referirse al agotamiento profesional que genera sentimientos de saturación y malestar (Freudenberg, 1974). Para valorar los niveles de este síndrome, se han desarrollado varios formularios entre los que se encuentra el *Copenhagen Burnout Inventory* (CBI) (Kristensen et al., 2005), el cual, desde 2013, está validado para su uso en España (Ruiz et al., 2013).

Los profesionales sanitarios, y en concreto los médicos, son una población en riesgo de padecer *burnout* por el tipo de trabajo y la implicación emocional que requiere (West et al., 2018). En el año 2020, España ha sufrido el impacto de la epidemia mundial por COVID-19, lo que ha supuesto un gran reto, tanto para la sociedad como para los profesionales sanitarios que han estado en primera línea, hasta el punto de que los sanitarios han empezado a presentar secuelas psicológicas (Gautam et al., 2020).

Los niveles de *burnout* son significativamente superiores en nuestro estudio en comparación con los niveles obtenidos en la literatura previa a la pandemia de COVID-19.

A través de este estudio hemos querido valorar si los niveles de *burnout* son superiores a los presentes en la literatura previos a la pandemia. Para ello, hemos realizado un estudio donde encuestamos a médicos internistas, por ser médicos de perfil generalista que han estado en primera línea del manejo del COVID, y a psiquiatras, por ser médicos con una mayor vulnerabilidad teórica al *burnout* (Kumar, 2007). También hemos analizado las diferencias en función de su condición laboral —Facultativos Especialistas Adjuntos (FEA), o Médicos Internos Residentes (MIR)—, de su género y de su grupo etario.

La hipótesis de trabajo es que la pandemia ha afectado a la relación médico paciente de manera negativa: aumentando los niveles de *burnout* de los médicos.

El objetivo principal de este estudio es valorar si los niveles de *burnout* son superiores a los presentes en la literatura previos a la pandemia. Como objetivos secundarios vamos a analizar si hay diferencias entre subgrupos según su edad, su género, su especialidad o su categoría profesional.

Material y método

Un diseño de investigación cuantitativo, descriptivo y transversal basado en encuestas, fue considerado como el más apropiado para cuantificar los niveles de desgaste profesional o “síndrome de *burnout*”, utilizando la encuesta *Copenhagen Burnout Inventory* (CBI) en español (Kristensen et al., 2005; Ruiz et al., 2013).

Participantes

Los participantes debían ser FEA o MIR de las especialidades de Medicina Interna o Psiquiatría del Hospital Universitario 12 de Octubre. En total, esta población estaba compuesta de 54 FEA de Medicina Interna, 53 FEA de Psiquiatría, 35 MIR de Medicina

Interna y 15 MIR de Psiquiatría, tal como se puede ver en el apartado “población objetivo” de la Figura 1.

Los participantes fueron seleccionados mediante un muestreo sistemático no probabilístico, no aleatorio. El investigador acudió a los servicios de Medicina Interna y Psiquiatría ofreciendo la posibilidad de participar rellenando la encuesta, y los médicos elegían voluntariamente participar o no.

El tamaño de la muestra se calculó tomando como referencia los valores de desviación estándar tomada del estudio de validación del CBI (Ruiz et al., 2013), para un nivel de confianza de 95% ($Z=1,96$) y una precisión (d) de 5 puntos, dando como resultado un tamaño muestral necesario de al menos 57 participantes.

Recogida de datos

Las variables descriptivas estudiadas fueron: “edad”, recogida como dato numérico en años; “género”, recogida como variable cualitativa no dicotómica, pudiendo los participantes autodesignarse como mujer/hombre/no binario; “especialidad”, como variable cualitativa dicotómica, recogida como Medicina Interna/Psiquiatría y “categoría”, recogida como MIR/FEA, según su categoría profesional en el momento de la encuesta. Las variables para valorar el *burnout* son las 19 preguntas que incluye el

Los niveles de *burnout* relacionados con el trabajo son significativamente superiores en mujeres que en hombres.

CBI, que se pueden agrupar en tres bloques: *burnout profesional* (PB) con seis ítems; *burnout relacionado con el trabajo* (WB) con siete ítems; *burnout relacionado con el trabajo con clientes/pacientes* (CB) con seis ítems. Los ítems

siguen una escala de Likert con cinco categorías de respuesta (nunca; solo alguna vez; algunas veces; muchas veces o siempre). Las respuestas son transformadas a valores métricos entre 0 y 100 (0, 25, 50, 75, 100). A partir de estos valores se calculan las variables de *burnout* que vamos a estudiar: PB se calcula haciendo el promedio de las puntuaciones de las preguntas 1 a 6; WB se calcula haciendo el promedio de las puntuaciones de las preguntas 7 a 13; CB se calcula haciendo el promedio de las puntuaciones de las preguntas 14 a 19; finalmente, “*burnout total medio*” se calcula haciendo el promedio de las puntuaciones de las 19 preguntas. Las preguntas que no fueron respondidas en las encuestas no se incluyen en el cálculo de las variables de *burnout*. Todas las respuestas fueron recolectadas mediante una encuesta en papel autoadministrada, la cual adjuntamos en el Anexo I. Realizamos la recogida de datos en los servicios de Medicina Interna y Psiquiatría del Hospital Universitario 12 de Octubre de Madrid durante el mes de abril de 2021. Todos los datos fueron trasladados desde las encuestas en papel a un excel y analizados mediante el programa IBM SPSS Statistics, versión 25.

Métodos estadísticos

En cuanto a los métodos estadísticos, se realizó un análisis descriptivo de la muestra, indicando números absolutos y porcentajes de los subgrupos (edad, género, especialidad y categoría profesional). Se realizó inferencia para una media a partir de las preguntas y los niveles de *burnout* calculados, generando unos límites de confianza a partir de las varianzas presentes en el estudio de validación del CBI (Ruiz et al., 2013). Para ver si los niveles de *burnout* diferían entre subgrupos, se realizó la *t* de Student en

las variables cualitativas dicotómicas (especialidad y categoría profesional, y se consideró el género como variable dicotómica, no incluyendo la respuesta de la persona no binaria), y ANOVA para la variable cualitativa con más de dos posibilidades (grupo etario).

Resultados

Tal como se puede observar en la Figura 1, de la población de 157 médicos de las especialidades de Medicina Interna y Psiquiatría del Hospital Universitario 12 de Octubre de Madrid, conseguimos una muestra de 66 médicos que rellenaron la encuesta. De esta muestra de 66 participantes, una psiquiatra no indicó su edad ni su categoría profesional, y una MIR de Psiquiatría no respondió la pregunta 13 ni la 16. Por este motivo en algunas tablas aparecerán 65 participantes en vez de 66.

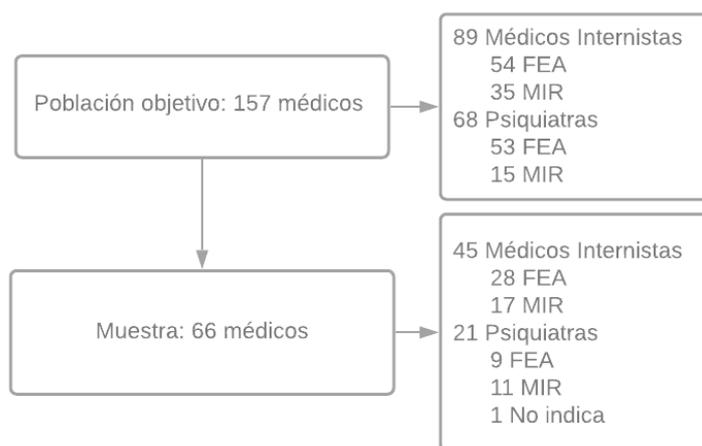


Figura 1. Diagrama de flujo de los participantes en el estudio.

Tal como se puede observar en la Tabla 1, de los 66 participantes, el 3% eran menores de 26 años, el 53,0% se encontraba en la franja de edad de 26 a 35 años, un 18,2% se encontraba entre los 36 y los 45 años, un 12,1% entre los 46 y los 55 años y un 12,1% eran mayores de 55 años. Un 45,5% de los participantes eran hombres, frente a un 53,0% de mujeres y una persona que no se categorizó como hombre ni mujer. El 68,2% de la muestra ejercían la especialidad de Medicina Interna, frente a un 31,8% de psiquiatras. El 42,4% de la muestra eran MIR, frente a un 56,1% de FEA, y una persona que no indicó su categoría profesional.

Tabla 1. Características demográficas de la muestra.

		N (%)
TOTAL		66 (100)
Grupo etario	Menores de 26 años	2 (3,0)
	26 a 35 años	35 (53,0)
	36 a 45 años	12 (18,2)
	46 a 55 años	8 (12,1)
	Mayores de 55 años	8 (12,1)
En blanco		1 (1,5)
Género	Hombre	30 (45,5)
	Mujer	35 (53,0)
	No binario	1 (1,5)
Especialidad	Medicina Interna	45 (68,2)
	Psiquiatría	21 (31,8)
Categoría profesional	MIR	28 (42,4)
	FEA	37 (56,1)
	En blanco	1 (1,5)

Si observamos la Tabla 2, en las columnas “frecuencias muestra” podremos ver la distribución de frecuencias de las respuestas a la encuesta. Las columnas “datos muestra” hacen referencia a los datos obtenidos en nuestra muestra, expresados en media, varianza y límite de confianza.

Tabla 2. Frecuencia de respuestas, media, varianza y límites de confianza de nuestra muestra.

	N	Frecuencias muestra					Datos muestra		
		0% (%)	25% (%)	50% (%)	75% (%)	100% (%)	Media muestra	Varianza muestra	Límites de confianza 95%
Burnout personal	66						40,97	5,81	36,23-45,71
1. ¿Con qué frecuencia te sientes cansado?	66	1,5	16,7	28,8	48,5	4,5	59,47	7,69	54,02-64,92
2. ¿Con qué frecuencia estás físicamente agotado?	66	9,1	33,3	30,3	25,8	1,5	44,32	9,87	38,14-50,50
3. ¿Con qué frecuencia estás psicológicamente agotado?	66	7,6	28,8	31,8	28,8	3,0	47,73	10,16	41,46-54,00
4. ¿Con qué frecuencia piensas “no puedo más”?	66	30,3	31,8	22,7	13,6	1,5	31,06	11,82	24,30-37,82
5. ¿Con qué frecuencia te sientes agotado?	66	9,1	33,3	30,3	25,8	1,5	44,32	9,87	38,14-50,50
6. ¿Con qué frecuencia te sientes débil y susceptible de enfermar?	66	42,4	43,9	9,1	4,5	0	18,94	6,54	13,91-23,97
Burnout relacionado con el trabajo	65						45,77	5,20	41,29-50,25
7. ¿Tu trabajo es emocionalmente agotador?	66	3,0	21,2	36,4	22,7	16,7	57,20	11,73	50,46-63,93
8. ¿Te sientes quemado por tu trabajo?	66	16,7	28,8	28,8	22,7	3,0	41,67	12,21	34,79-48,54
9. ¿Te sientes frustrado por tu trabajo?	66	27,3	27,3	24,2	19,7	1,5	35,23	13,03	28,13-42,33
10. ¿Te sientes agotado al final de tu jornada laboral?	66	4,5	30,3	30,3	24,2	10,6	51,52	11,76	44,77-58,26
11. ¿Por la mañana te agota pensar en otro día de trabajo?	66	16,7	31,8	19,7	25,8	6,1	43,18	14,45	35,71-50,66
12. ¿Sientes que cada hora de trabajo es agotadora?	66	33,3	45,5	9,1	12,1	0	25,00	9,31	19,00-31,00
13. ¿Tienes suficiente energía para la familia y los amigos durante el tiempo libre?	65	1,5	9,1	22,7	45,5	19,7	68,46	9,06	62,54-74,38
Burnout relacionado con los clientes	65						37,31	6,99	32,11-42,51
14. ¿Es duro trabajar con clientes o usuarios?	66	3,0	33,3	30,3	27,3	6,1	50,00	9,94	43,80-56,20
15. ¿Es frustrante trabajar con clientes o usuarios?	66	12,1	51,5	18,2	13,6	4,5	36,74	10,63	30,33-43,15
16. ¿Trabajar con clientes o usuarios consume tu energía?	65	3,0	45,5	28,8	16,7	4,5	43,46	9,06	37,54-49,38
17. ¿Sientes que das más que recibes cuando trabajas con clientes o usuarios?	66	18,2	28,8	18,2	25,8	9,1	44,70	16,31	36,76-52,64
18. ¿Estás cansado de trabajar con clientes o usuarios?	66	34,8	37,9	15,2	12,1	0	26,14	10,07	19,90-32,38
19. ¿A veces te preguntas cuánto tiempo podrás continuar trabajando con clientes o usuarios?	66	39,4	36,4	12,1	12,1	0	24,24	10,24	17,95-30,53
Burnout total medio	65						41,50	4,96	37,12-45,88

Realizando análisis por subgrupos (Tablas 3 y 4) vimos que los niveles de *burnout* eran superiores en médicos internistas frente a psiquiatras, en FEA frente a MIR, en médicos en la franja etaria entre 36 y 45 años frente a otras edades y en mujeres frente a otros géneros. Estas diferencias no alcanzaban significación estadística ($P < 0,05$) excepto en *burnout relacionado con el trabajo* (WB) entre hombres y mujeres, donde se podía observar, con un intervalo de confianza al 95%, que las mujeres tienen entre 1,13 y 18,49 puntos más de WB que los hombres.

Tabla 3. Descriptivos y T Student por especialidad, categoría profesional y género.

	Especialidad	N	Media	DE	P Valor	Diferencia medias	IC 95% de la diferencia	
							Inferior	Superior
Burnout personal	Medicina Interna	45	41,48	20,22	,734	1,60	-8,48	11,69
	Psiquiatría	21	39,88	16,38				
Burnout relacionado con el trabajo	Medicina Interna	45	47,70	19,05	,145	6,27	-3,23	15,77
	Psiquiatría	20	41,43	14,07				
Burnout relacionado con los clientes	Medicina Interna	45	39,91	22,81	,129	8,45	-,61	17,51
	Psiquiatría	20	31,46	13,35				
Burnout total medio	Medicina Interna	45	43,27	18,84	,161	5,77	-3,52	15,07
	Psiquiatría	20	37,50	13,13				
Burnout personal	MIR	28	39,14	14,71	,500	-3,09	-12,20	6,02
	FEA	37	42,23	21,96				
Burnout relacionado con el trabajo	MIR	27	42,86	14,46	,249	-5,02	-14,08	4,04
	FEA	37	47,88	20,04				
Burnout relacionado con los clientes	MIR	27	37,19	15,46	,896	-,65	-10,53	9,24
	FEA	37	37,84	24,02				
Burnout total medio	MIR	27	39,67	12,81	,437	-3,25	-11,56	5,05
	FEA	37	42,92	20,34				
Burnout personal	Hombre	30	36,11	19,15	,051	-9,25	-18,53	,03
	Mujer	35	45,36	18,24				
Burnout relacionado con el trabajo	Hombre	30	40,71	17,54	,027*	-9,81	-18,49	-1,13*
	Mujer	34	50,53	17,16				
Burnout relacionado con los clientes	Hombre	30	34,44	19,23	,294	-5,51	-15,91	4,90
	Mujer	35	39,95	22,05				
Burnout total medio	Hombre	30	37,28	17,31	,062	-8,15	-16,74	,43
	Mujer	35	45,43	17,01				

Los datos que alcanzan un valor de significación estadística ($P < 0,05$) están marcados con un *.

Tabla 4. Descriptivos y ANOVA por grupos etarios.

		N	Media	DE	P valor
Burnout personal	Menores de 26 años	2	29,17	5,89	,487
	26 a 35 años	35	40,71	15,63	
	36 a 45 años	12	47,57	23,47	
	46 a 55 años	8	42,19	24,84	
	Mayores de 55 años	8	33,33	21,94	
	Total	65	40,90	19,11	
Burnout relacionado con el trabajo	Menores de 26 años	2	23,21	2,53	,165
	26 a 35 años	34	45,38	16,67	
	36 a 45 años	12	53,27	21,07	
	46 a 55 años	8	48,21	16,53	
	Mayores de 55 años	8	39,29	17,81	
	Total	64	45,76	17,94	
Burnout relacionado con los clientes	Menores de 26 años	2	16,67	5,89	,381
	26 a 35 años	34	38,97	17,01	
	36 a 45 años	12	43,40	29,38	
	46 a 55 años	8	35,42	21,36	
	Mayores de 55 años	8	30,21	20,38	
	Total	64	37,57	20,70	
Burnout total medio	Menores de 26 años	2	23,03	,93	,256
	26 a 35 años	34	41,72	14,48	
	36 a 45 años	12	48,36	22,32	
	46 a 55 años	8	42,27	19,81	
	Mayores de 55 años	8	34,54	19,06	
	Total	64	41,55	17,52	

Discusión

Resultados clave

- Las mujeres presentan mayores niveles de *burnout relacionado con el trabajo*.
- No existen diferencias significativas entre psiquiatras e internistas, entre FEAs y MIRes ni entre distintos grupos etarios.

Limitaciones

Sesgo de confirmación. Al pasar el CBI a los encuestados, era probable que al comprender que se iba a valorar sus niveles de *burnout* mostrasen una predisposición mayor a hacer valoraciones que indicasen que existe una elevada tasa de *burnout*. Por este motivo no se incluyó la palabra "*burnout*" en la encuesta, pero sí que aparece en el Consentimiento Informado que debían firmar antes de realizarla, por lo que este sesgo puede que no haya sido totalmente evitado. Además, al comenzar la encuesta las primeras preguntas hacen referencia a si están física o emocionalmente cansados, por lo que esto puede condicionar la respuesta del resto de preguntas a que se respondan desde ese estado de ánimo, aumentando los niveles de *burnout* obtenidos.

Sesgo de participación. Es posible que los profesionales con una mayor sobrecarga laboral no hayan querido o podido participar en el estudio. Suponemos que estos profesionales hubiesen presentado niveles mayores de *burnout*. Por otra parte, puede que aquellos médicos menos quemados tengan una mayor motivación a participar en este tipo de estudios, por lo que los resultados también irían en el sentido de mostrar menores niveles de *burnout*. Para intentar paliar este sesgo, se dejaba la encuesta en el despacho y se recogía al cabo de unos días para que la rellenaran cuando tuviesen tiempo y evitar así que se produjese una diferencia entre los más y los menos proclives a participar. La elección del Hospital Universitario 12 de Octubre para realizar el estudio obedece a razones de conveniencia, no obstante, consideramos que los resultados pueden ser representativos de lo ocurrido en hospitales públicos en grandes ciudades.

Efecto observador-expectativa. La presencia del investigador podría propiciar que los encuestados tendiesen a introducir respuestas más extremas. Por este motivo, se ha intentado que el investigador no estuviese presente mientras los encuestados rellenaban la encuesta. De este modo, también se evitaba que los entrevistados hiciesen preguntas cuya respuesta hubiese podido alterar su comportamiento al rellenar la encuesta.

Tamaño muestral. Al estratificar por subgrupos, en muy pocas variables se ha alcanzado significación estadística, pese a haber diferencias entre grupos. Tal vez sería interesante plantear la realización de comparaciones entre subgrupos con muestras mayores.

En cuanto a las limitaciones específicas del CBI, podemos comentar las siguientes:

Falta de estudios previos y recientes en España. Solo hay un estudio realizado en España que utilice el CBI, y es el estudio de validación de Ruiz et al. (2013). Este estudio fue realizado en 2013. Idealmente nos hubiese gustado obtener datos de *burnout* del momento justo antes de que estallase la pandemia a finales de 2019, ya que desde 2013 al momento actual (2021) han podido incidir otros factores además de la pandemia que hayan contribuido a que aumenten los niveles de *burnout*.

Traducción del CBI. En el documento original de Kristensen et al. (2005) las preguntas están formuladas de la siguiente manera: "1. *Do you feel tired?* 2. *Do you feel physically exhausted?* 3. *Do you feel emotionally exhausted?* 5. *Do you feel worn out?*". Ruiz et al. (2013) las traduce a: "1. ¿Te sientes cansada/o? 2. ¿Te sientes físicamente agotada/o? 3. ¿Te sientes psicológicamente agotada/o? 5. ¿Te sientes agotada/o?". En inglés existe un nivel de cansancio llamado "*exhausted*" que se podría traducir por "exhausto", y un nivel superior llamado "*worn-out*" que se podría traducir como "gastado". Pero en

la traducción al español aparecen ambos términos como "agotada/o". Con esta traducción, la pregunta 5 puede parecer reiterativa con respecto a lo preguntado en la 2 y la 3. A pesar de ser conocedores de esta limitación, decidimos seguir adelante con el formulario validado y no alterar la traducción. No obstante, sugerimos que se traduzca "tired" por "cansado" (como dice Ruiz et al. (2013)), "exhausted" por "exhausto" y "worn-out" por "agotado". También sería posible sustituir "worn-out" por "demolido" o "destruido", porque puede que sean más fieles a la traducción, pero estos términos parecen demasiado informales para un trabajo académico, por lo que sugerimos traducirlo por "agotado".

Puntuación inversa en pregunta 13. En el CBI original (Kristensen et al., 2005) se incluye la pregunta "13. *Do you have enough energy for family and friends during leisure time? (inverse scoring)*". En la versión española (Ruiz et al., 2013) no se hace referencia a que haya que hacer una puntuación inversa, quedando así: "¿Tienes suficiente energía para la familia y los amigos durante el tiempo libre?". Al no hacer referencia al "inverse scoring", la persona que siempre tenga tiempo para el ocio (lo cual indica bajos niveles de burnout) marcará la opción "100% - Siempre", indicando que tiene elevados niveles de burnout. Con el concepto de "inverse scoring" debería indicar "0% - Nunca" o en el análisis de los datos se debería analizar traduciendo el 100% a un 0%, el 75% a un 25%, etc. A pesar de ser conocedores de la limitación que supone esta pregunta por la capacidad que tiene de inducir al error, decidimos seguir adelante con el formulario validado y no alterar la traducción. No obstante, sugerimos que se cambie la frase por "13. ¿Con qué frecuencia sientes que no tienes suficiente energía para la familia y los amigos durante el tiempo libre?". De este modo, no hace falta hacer una puntuación inversa.

Preguntas de frecuencias. Tanto el CBI original (Kristensen et al., 2005) como su traducción al español (Ruiz et al., 2013) incluyen preguntas que no hacen referencia a una frecuencia, pero que han de ser respondidas con una frecuencia. Por ejemplo, la pregunta "18. ¿Estás cansado de trabajar con clientes o usuarios?" se respondería con un "Sí" o un "No". No obstante, las respuestas posibles son medidas de frecuencia. A pesar de ser conocedores de esta limitación, decidimos seguir adelante con el formulario validado y no alterar la disposición de la pregunta. No obstante, sugerimos que todas las frases comiencen con una partícula de frecuencia como "¿Con qué frecuencia...?", o que todas las preguntas sean afirmaciones tales como "Siento que estoy cansado de trabajar con clientes o usuarios", y que el participante tenga que rellenar la encuesta indicando con qué frecuencia piensa esa afirmación.

Adaptación de usuarios o clientes a pacientes. Tanto en el CBI original (Kristensen et al., 2005) como en su traducción al español (Ruiz et al., 2013) se hace referencia a "clientes o usuarios". Consideramos que en medicina el término más adecuado hubiese sido "pacientes". A pesar de ser conocedores de esta limitación, decidimos seguir adelante con el formulario validado y no alterar la disposición de la pregunta. No obstante, sugerimos que el término "clientes o usuarios" sea sustituido por "pacientes" siempre que este formulario vaya a ser administrado exclusivamente a personal sanitario.

Relación con publicaciones similares

La mayoría de los estudios de *burnout* utilizan el *Maslach Burnout Inventory* (MBI) (Maslach et al., 1997) desarrollado por Maslach y Jackson para valorar el *burnout* basándose en tres dimensiones características: agotamiento emocional; despersonalización y baja realización personal. En 2018 se publicó una revisión sistemática (Rotenstein et al., 2018) de 182 estudios de 45 países entre 1991 y 2018 en los que se aplicaba el MBI a médicos de varias especialidades. En esta revisión se declaraba que había gran heterogeneidad entre los estudios, atribuida a la falta de criterios diagnósticos consensuados para el *burnout* y que además presentaba algunas carencias como que no diferencia el “*burnout relacionado con los pacientes/clientes*” del “*burnout no-relacionado con los pacientes/clientes*”. Esta revisión recomendaba a los investigadores la utilización de otras herramientas como el *Copenhagen Burnout Inventory* (CBI) (Kristensen et al., 2005), el cual explícitamente evita algunos de los problemas del MBI, y además es de dominio público. En el estudio llevado a cabo por Lapa et al. (Lapa et al., 2018) evaluando la validez del CBI en médicos portugueses, se observó que el CBI es una herramienta psicométricamente válida para medir los niveles de *burnout*, los cuales están relacionados con mayores niveles de síntomas depresivos, ansiosos y de estrés, así como con un mayor pensamiento rumiativo y una menor satisfacción vital. Desde 2013, el CBI está validado para su uso en España (6).

Si, observando la Tabla 5, interpretamos los datos de *burnout* obtenidos en el estudio de validación del CBI (Ruiz et al., 2013) como “niveles de *burnout* previos a la pandemia de COVID-19” tanto en población sociosanitaria (media general) como en población médica (media médica) y los comparamos con los datos obtenidos en nuestro estudio, podemos comprobar que los niveles de *burnout personal*, *burnout relacionado con el trabajo* y *burnout total medio* son mayores en el momento actual que antes de la pandemia. No obstante, en la categoría *burnout relacionado con los clientes* la diferencia no ha sido estadísticamente significativa. La fila de *Burnout total medio* no existía en el estudio de validación del CBI, pero la hemos calculado haciendo un promedio de los tres índices de *burnout* que sí se aportaban.

Tabla 5. Media en estudios previos, media, varianza y límites de confianza de nuestra muestra.

	Datos validación CBI		Datos nuestro estudio			
	Media general (N= 337)	Media médica (N=27)	N	Media muestra	Varianza muestra	Límites de confianza 95%
Burnout personal	32,2	34,4	66	40,97	5,81	36,23-45,71*
Burnout relacionado con el trabajo	29,4	34,7	65	45,77	5,20	41,29-50,25*
Burnout relacionado con los clientes	34,5	38,3	65	37,31	6,99	32,11-42,51
Burnout total medio	32,0 ^a	36,5 ^a	65	41,50	4,96	37,12-45,88*

Los datos que alcanzan un valor de significación estadística ($P < 0,05$) están marcados con un *. * representa valores calculados a partir de los datos del estudio original.

En el estudio llevado a cabo por Ilić et al. (Ilić et al., 2017), se encontró que los niveles de *burnout* personal y relacionado con los pacientes eran elevados tanto en médicos como en enfermeras, mientras que el *burnout* relacionado con el trabajo era especialmente elevado entre médicos. De manera similar, en nuestro estudio vemos

que el *burnout* relacionado con el trabajo es el que parece que ha aumentado más durante la pandemia, tal como podemos ver en la Tabla 5.

En el estudio llevado a cabo por Caesar et al. (2020) evaluando los niveles de *burnout* entre 165 médicos de cuatro especialidades en un centro de traumatología, se mostró que los niveles de *burnout* eran mayores entre cirujanos generales, comparado con médicos de urgencias, de cuidados intensivos o de traumatólogos. En nuestro estudio solo valoramos dos especialidades médicas, ya que la pandemia ha sido fundamentalmente tratada por médicos, pero podría ser interesante evaluar las diferencias con otras especialidades.

No se han encontrado diferencias significativas entre psiquiatras e internistas, entre FEAs y MIRes, ni entre distintos grupos de edad.

Desde una perspectiva de género, en nuestro estudio hemos visto que las mujeres tienen más *burnout* relacionado con el trabajo. Las diferencias de género han sido descritas en otros estudios, habiendo mayor prevalencia de *burnout* entre mujeres que entre hombres (Lapa et al., 2018; Templeton et al., 2019). La pandemia de COVID-19 puede que haya exacerbado este problema debido a que las mujeres conforman una proporción mayor de los trabajadores de la salud, y que suelen ser quienes se encargan de los cuidados familiares (Ly & Jena, 2018).

Indicaciones para futuras investigaciones:

Dados los resultados que hemos obtenido, sugerimos la realización de estudios periódicos de valoración de los niveles de *burnout* que incluyan a todas las especialidades, para poder diferenciar qué áreas están más afectadas, y que se tenga en cuenta la existencia de distintos subgrupos (género, categoría profesional, grupos etarios) a la hora de hacer el cálculo del tamaño muestral. Estos estudios deberían estar acompañados de una investigación cualitativa que busque identificar las causas de las diferencias entre subgrupos. Recomendamos a los usuarios del CBI que tengan en cuenta las limitaciones y sugerencias descritas en el apartado de Limitaciones.

Conclusiones

Los niveles de *burnout personal*, *burnout relacionado con el trabajo* y *burnout total medio* son significativamente superiores en nuestro estudio comparado con los niveles obtenidos en la literatura previa a la pandemia de COVID-19. No se ha visto diferencias significativas en los niveles de *burnout relacionado con los clientes*.

Realizando análisis de subgrupos se han encontrado unos niveles significativamente mayores de *burnout relacionado con el trabajo* en mujeres con respecto a hombres. No se han encontrado diferencias significativas entre psiquiatras e internistas, entre FEAs y MIRes ni entre distintos grupos etarios.

Otra información

Financiación

Este estudio carece de financiación externa. El Departamento de Salud Pública y Materno-Infantil de la Facultad de Medicina de la UCM ha financiado la impresión de 90 encuestas (Anexo I) para la recogida de datos.

Consideraciones éticas

El estudio cuenta con la aprobación del Comité de Ética de la Investigación (Anexo III) con medicamentos del Hospital Universitario 12 de Octubre, el cual dio su aprobación el 09/02/2021.

El *Copenhagen Burnout Inventory* (CBI) es un cuestionario de dominio público que no requiere licencia.

El estudio se ha llevado a cabo siguiendo los principios recogidos en la Declaración de Helsinki (revisión de Fortaleza, octubre de 2013). El tratamiento, la comunicación y la cesión de los datos de carácter personal de todas las personas que participan en el estudio se ajusta a la Ley Orgánica 3/2018, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales y al Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo de 27 de abril de 2016 de Protección de Datos (RGPD). Las entrevistas han sido grabadas con grabadora de audio del teléfono móvil del investigador y almacenadas en una unidad de almacenamiento no conectada a la red. Todos los participantes han comprendido el objeto del estudio y han firmado el consentimiento informado (Anexo II). Para garantizar la confidencialidad de las entrevistas, se han recogido los datos identificativos y de contacto de los participantes, pero no serán publicados. La recogida de datos se ha realizado durante el mes de abril de 2021. Todos los datos individuales recogidos serán eliminados, una vez analizados y presentados, y con una fecha límite del 31 de diciembre de 2021.

Bibliografía

- Caesar, B., Barakat, A., Bernard, C. y Butler, D. (2020). Evaluation of physician burnout at a major trauma centre using the Copenhagen burnout inventory: cross-sectional observational study. *Irish Journal of Medical Science*, 189 (4), 1451–1456. <https://doi.org/10.1007/s11845-020-02223-5>
- Freudenberger, Herbert, J. (1974). Staff Burn-Out. *Journal of Social Issues*, 90 (1), 159–165.
- Gautam, M., Kaur, M. y Mahr, G. (2020). COVID-19–Associated Psychiatric Symptoms in Health Care Workers: Viewpoint From Internal Medicine and Psychiatry Residents. *Psychosomatics*, 61 (5), 579–581. <https://doi.org/10.1016/j.psych.2020.04.009>
- Ilić, I. M., Arandjelović, M., Jovanović, J. M. y Nešić, M. M. (2017). Relationships of Work-Related psychosocial risks, stress, individual factors and burnout-questionnaire survey among emergency physicians and nurses. *Medycyna Pracy*, 68 (2), 167–178. <https://doi.org/10.13075/mp.5893.00516>

Kristensen, T. S., Borritz, M., Villadsen, E. y Christensen, K. B. (2005). The Copenhagen Burnout Inventory: A new tool for the assessment of burnout. *Work and Stress*, 19 (3), 192–207. <https://doi.org/10.1080/02678370500297720>

Kumar, S. (2007). Burnout in psychiatrists. *World Psychiatry*, 6 (3), 186–189.

Lapa, T., Carvalho, S., Viana, J., Ferreira, P. L., Pinto-Gouveia, J. y Cabete, A. B. (2018). Development and evaluation of a global burnout index derived from the use of the Copenhagen burnout inventory in Portuguese physicians. *Acta Medica Portuguesa*, 31 (10), 534–541. <https://doi.org/10.20344/amp.10407>

Ly, D. P. y Jena, A. B. (2018). Sex Differences in Time Spent on Household Activities and Care of Children Among US Physicians, 2003-2016. *Mayo Clinic Proceedings*, 93 (10), 1484–1487. <https://doi.org/10.1016/j.mayocp.2018.02.018>

Maslach, C., Jackson, S. E. y Leiter, M. P. (1997). The Maslach Burnout Inventory Manual. *The Maslach Burnout Inventory, January*, 191–217. <https://www.researchgate.net/publication/277816643>

Rotenstein, L. S., Torre, M., Ramos, M. A., Rosales, R. C., Guille, C., Sen, S. y Mata, D. A. (2018). Prevalence of burnout among physicians a systematic review. *JAMA - Journal of the American Medical Association*, 320 (11), 1131–1150. <https://doi.org/10.1001/jama.2018.12777>

Ruiz, E. M., Gómez-Quintero, H. B. y Lluís, M. (2013). Fiabilidad Y Validez Del Copenhagen Burnout Inventory Para Su Uso En España. *Sociologías*, 165–179.

Templeton, K., Bernstein, C. A., Sukhera, J., Nora, L. M., Newman, C., Burstin, H., Guille, C., Lynn, L., Schwarze, M. L., Sen, S. y Busis, N. (2019). Gender-Based Differences in Burnout: Issues Faced by Women Physicians. *NAM Perspectives*, May. <https://doi.org/10.31478/201905a>

West, C. P., Dyrbye, L. N. y Shanafelt, T. D. (2018). Physician burnout: contributors, consequences and solutions. *Journal of Internal Medicine*, 283(6), 516–529. <https://doi.org/10.1111/joim.12752>

Agradecimientos

Agradecemos a los Servicios de Medicina Interna y Psiquiatría del Hospital Universitario 12 de Octubre de Madrid el permiso para realizar el estudio, así como su participación. También agradecemos a la Unidad de Investigación y Soporte Científico del Hospital Universitario 12 de Octubre de Madrid su asesoramiento con la metodología estadística.

Un agradecimiento especial a la Dra. Lydia Feito Grande, profesora de Bioética y Humanidades Médicas en la Facultad de Medicina de la Universidad Complutense de Madrid, quien ha ejercido de tutora en la elaboración de este estudio.