

ORIGINAL

¿Estamos quemados en Atención Primaria?

Pardo Álvarez J¹, López Herrero F¹, Moriña Macías M¹, Pérez Collado M², Freire Pérez P³, Fernández Leal R¹.

¹ Médicos de Familia. Centro de Salud El Torrejón. Huelva, ² Diplomada universitaria en enfermería. Centro de Salud Los Rosales. Huelva, ³ Médico de Familia. Centro de Salud Punta Umbría. Huelva.

¿ESTAMOS QUEMADOS EN ATENCIÓN PRIMARIA?

Objetivo: Valorar la presencia del síndrome de desgaste profesional y la sintomatología sugestiva entre los trabajadores de Centros de Salud del distrito sanitario.

Diseño: Estudio transversal descriptivo.

Emplazamiento: Centros de Salud de zona urbana y rural.

Población o muestra: Profesionales de dichos centros que contestaron a la encuesta (n=95).

Mediciones e intervenciones: Distribuímos cuestionarios entre todos los profesionales de dichos centros que incluía datos de filiación, Maslach Burnout Inventory (MBI), apreciación de posibles alteraciones físicas o psíquicas en relación con su trabajo, y grado en que los problemas laborales afectaban a su vida familiar.

Resultados: Porcentaje de respuesta del 72%. Datos de filiación: Hombres 40%, mujeres 60%. Edad media 40,7 años. El 37% eran médicos de familia, 5,2% pediatras, 29,47% enfermeros, 6,3% auxiliares y el 22,03% administrativos-celadores. Los datos obtenidos en las tres subescalas del MBI en relación con el porcentaje de trabajadores que pertenecen a cada grado fueron: Agotamiento emocional (AE) en grado bajo 12,9%, en medio 25,8% y alto 61,29%; para la Despersonalización 4,3% en grado bajo, 15,21% en grado medio y 80,43% grado alto; en Logros personales 92% en grado bajo, 4,3% en medio y 3,2% en grado alto. El 45,26% presentaba alteraciones físico—psíquicas que relaciona con su trabajo: 65,11% ansiedad-estrés, 13,95% cefaleas, 13,95% afectaciones osteoarticulares, y depresión el 6,97%. Consideraban que sus problemas laborales afectaban su vida familiar «nada» un 29,47%, «un poco» 30,52%, «moderadamente» 32,63% y «bastante» 4,2%.

Conclusiones: Adecuado grado de respuesta. Alto grado de desgaste profesional en todas las subescalas. Alto porcentaje de atribución de sintomatología preferentemente psíquica a la actividad laboral. Relativa baja influencia apreciada sobre vida familiar. Necesidad de intervención y prevención sobre este desgaste de los profesionales.

Palabras claves: Desgaste profesional. Síndrome Burnt-out. Atención Primaria.

Correspondencia: Jesús Pardo Álvarez. Apartado de correos 524. 21080. Huelva.
Correo electrónico: jeparedes@teleline.es.

Teléfono y fax: 959 243 069

Recibido el 25-03-2002; aceptado para su publicación el 14-06-2002.

Medicina de Familia (And) 2002; 4: 245-250

DO PRIMARY CARE PROFESSIONALS SUFFER FROM BURN OUT?

Goal: To evaluate the existence of professional burnout and its symptoms among staff of Health Centers in a Spanish health district.

Design: Descriptive, cross sectional study.

Setting: Urban and rural Health Centers.

Population and sample: Professionals from those health centers who replied to a questionnaire (n=95).

Interventions: Questionnaires were distributed among all professionals employed in the above mentioned Centers. Information obtained included personal data, Maslach Burnout Inventory (MBI), perceived symptoms of possible physical or psychological problems with regard to their work, and the degree to which work problems affected their personal or family life.

Results: Percentage of response was 72%. Personal data: 40% male and 60% female, average age 40.7 years. 37% of the respondents were general practitioners, 5.2% were pediatricians, 29.47% were nurses, 6.3% were nurses' aids, and 22.03% were administrative or maintenance staff. Data obtained from the three MBI subscales regarding the percentage of workers in each level showed: low grade emotional fatigue 12.9%, middle grade 25.8% and high grade 61.29%; figures for depersonalization showed 4.3% low grade, 15.21% middle grade and 80.43% high grade; figures for personal achievement showed 92% in low grade, 4.3% in middle grade and 3.2% in high grade. 45.26% of the respondents believed they suffered from work-related physical or psychological problems: 65.11% stress-anxiety; 13.95% headaches; 13.95% osteoarticular problems; and 6.97% said they suffered from depression. 29.47% felt that problems in their workplace didn't affect their private life «at all»; 30.52% felt that work problems did affect their private life «a little»; 32.63% felt «somewhat» affected by them and 4.2% felt they did so «considerably».

Conclusions: Adequate level of response. High degree of professional burnout in all the subscales. High percentage attributed symptoms, largely psychological, to work-related activity. Relatively low influence on private or family life. Need for intervention in and prevention of professional burnout.

Key Words: Professional burnout. Burn-out syndrome. Primary Care.

Introducción

Los profesionales sanitarios nos enfrentamos en nuestro trabajo diario a numerosos riesgos de diversa índole y graves consecuencias para nuestra salud, pero quizás el más peligroso para la misma, por la dificultad de su tratamiento y que a su vez no es «transmitido» por el usuario, es el deterioro de nuestra capacidad como profesionales y el desgaste personal que este «temido» síndrome nos ocasiona, nos referimos al conocido como «Síndrome del desgaste profesional», «Síndrome de Tomas» y en terminología anglosajona como «Síndrome del burnout»^{1,2}. Aunque en principio el término se empleaba para definir a atletas o deportistas, que en contra de sus expectativas no conseguían los resultados para los que se habían preparado, si contemplamos la situación de los profesionales que trabajamos en la Atención Primaria de nuestro país comprenderemos porqué desde 1974 Freudenberg³ y posteriormente Maslach⁴, comenzaron a utilizarlo para definir una situación, ya entonces, cada vez más frecuente, entre los trabajadores sanitarios que tras un tiempo de dedicación terminaban «quemándose».

Siguiendo a Maslach y Jackson⁵ definiremos el «Síndrome del desgaste profesional» (SDP), como una respuesta inadecuada a un estrés emocional crónico cuyos rasgos principales son: un agotamiento físico y/o psicológico, una actitud fría y despersonalizada en la relación hacia los demás y un sentimiento de inadecuación a las tareas que se han de realizar, de esta forma encontramos las tres dimensiones que tiene el SDP y que son evaluadas por las escalas que lo valoran: agotamiento emocional, despersonalización y falta de realización personal. Se manifiesta por variada sintomatología que afecta tanto a nivel somático como cognitivo, conductual y emocional, originando tanto malestar personal como deterioro social y profesional. El grave peligro del SDP es que se trata de un proceso continuo, que pasando por diferentes fases, normalmente hace que los afectados o los que estén en riesgo de padecerlo lo nieguen, lo cual impide más aun su tratamiento y prevención. Hoy día, dada la situación por la que atraviesa «nuestra» Atención Primaria, rodeada de factores estresantes, es un verdadero caldo de cultivo para que el SDP avance como un reguero de pólvora por toda la geografía sanitaria, y los diversos estudios realizados^{6,7,8,9,10,11} así lo atestiguan. Como afirman varios autores¹² lo fundamental del SDP es reconocer su presencia para de esta manera poder atajarlo, ya que si negamos su existencia o achacamos sólo al nivel institucio-

nal la necesidad de prevenirlo o tratarlo, nunca podremos solucionar esta situación y continuaremos dando la espalda a un verdadero problema de «auto-salud pública».

Por ello, hemos pretendido conocer mediante el presente trabajo cual era la situación de la Atención Primaria de la provincia de Huelva, si el SDP se encontraba ya entre nosotros, y en qué grado «estamos quemados», así como qué problemas nos acarrea en nuestra vida laboral y personal, y qué podríamos hacer para comenzar «apagar» este fuego antes que él mismo nos apague a nosotros como profesionales de la salud en Atención Primaria.

Sujetos y métodos

Realizamos un estudio descriptivo transversal, para el que realizamos un muestreo aleatorio por conglomerados entre los centros de salud del Distrito Huelva-Costa de la provincia de Huelva, determinando con ello a 132 profesionales de atención primaria, pertenecientes a tres centros urbanos y tres centros rurales, a los que se les hizo llegar la encuesta a través de los coordinadores de formación continuada de los centros, haciéndoles ver que no se trataba de una encuesta institucional, que pudiera sesgar sus resultados. Recibimos un total de 97 encuestas, de las que fueron rechazadas 2 por mala cumplimentación, lo que hacen que el total de profesionales evaluados fuera de 95.

La encuesta era anónima y elaborada por el equipo investigador, contenía:

- a) Datos de filiación: edad, sexo, profesión.
- b) Características de su labor profesional: medio de trabajo, años de profesión, horario de trabajo, realización de guardias, distancia del domicilio al trabajo, tipo de contrato.
- c) Problemas físicos o psíquicos que achaquen al trabajo o existencia de accidentes o bajas en los últimos años que tuvieran relación con el mismo; así mismo indicasen la posible afectación de los problemas laborales en su vida particular o familiar.
- d) Cuestionario Maslach Burnout Inventory (MBI), cuestionario autoadministrado de 22 ítems (Figura 1), que valora mediante escala de Liker los sentimientos y actitudes profesionales y que está diseñado para valorar las tres subescalas del SDP: Agotamiento emocional (AE) que consta de 9 ítems que valoran la vivencia de estar exhausto a nivel emocional por las demandas de trabajo, la subescala de despersonalización (DP) está constituida por 5 ítems midiendo el grado de frialdad y de distanciamiento relacional y la subescala de realización personal (logros personales) (LP) se compone de 8 ítems evaluando sentimientos de autoeficiencia, competencia y consecución de objetivos personales. La obtención de altas puntuaciones en AE y DP así como bajas en LP se correlacionan con la presencia del SDP, incluimos los niveles aceptados para cada subescala (Figura 1).
- e) Factores atenuadores: determinasen qué cosas podían realizarse para mejorar la situación y disminuir los síntomas del SDP, eligiendo 5 entre 10 sugerencias elaboradas por el equipo investigador y añadiendo ellos las que se le ocurriesen. (Figura 2).

Todos los datos obtenidos fueron tabulados mediante la base de datos del programa EPI-INFO 6.0, procediendo con el mismo a su análisis estadístico.

Frecuencia

0	1	2	3	4	5	6
Nunca	Pocas veces al año	Una vez al mes o menos	Unas pocas veces al mes	Una vez a la semana	Pocas veces a la semana	Todos los días

	Frecuencia (0-6)
Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo	
Me siento cansado al final de la jornada de trabajo	
Me siento fatigado cuando me levanto por la mañana y tengo que enfrentarme con otro día de trabajo	
Fácilmente comprendo cómo se sienten los pacientes	
Creo que trato a algunos pacientes como si fueran objetos impersonales	
Trabajar todo el día con mucha gente es un esfuerzo	
Trato muy eficazmente los problemas de los pacientes	
Me siento "quemado" por mi trabajo	
Creo que estoy influyendo positivamente con mi trabajo en las vidas de otras personas	
Me he vuelto más insensible con la gente desde que ejerzo esta profesión	
Me preocupa el hecho de que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente	
Me siento muy activo	
Me siento frustrado en mi trabajo	
Creo que estoy trabajando demasiado	
Realmente no me preocupa lo que le ocurre a algunos de mis pacientes	
Trabajar directamente con las personas me produce estrés	
Fácilmente puedo crear una atmósfera relajada con mis pacientes	
Me siento estimulado después de trabajar en contacto con mis pacientes	
He conseguido muchas cosas útiles en mi profesión	
Me siento acabado	
En mi trabajo, trato los problemas emocionales con mucha calma	
Siento que los pacientes me culpan por algunos de sus problemas	

Valores para las tres subescalas del Maslach Burnout Inventory:

	BAJO	MODERADO	ALTO
AGOTAMIENTO EMOCIONAL (9 ítems)	=< 18	19-26	=>27
DESPERSONALIZACIÓN (5 ítems)	=< 5	6-9	=>10
LOGROS PERSONALES (8 ítems)	=< 33	34-39	=>40

Figura 1: **Cuestionario Maslach Burnout Inventory(MBI)**

De estas diez sugerencias para disminuir el estrés laboral, señala las cinco que consideras de más importancia y eficacia, luego puedes sugerir todas las que se te ocurran. Gracias

- Disminuir el número de pacientes por día
- Determinar las funciones del equipo
- Mejorar nuestra formación en autocontrol emocional y técnicas de relajación
- Disminuir la burocracia en la consulta
- Determinación de objetivos claros, teniendo en cuenta la opinión del equipo
- Mejorar formación en Entrevista clínica
- Mejora las relaciones con el 2.º nivel
- Aumentar los minutos por visita
- Aprovechar mejor el tiempo de formación continuada
- Mejorar las relaciones en el equipo

Figura 2: **Factores atenuadores**

Resultados

El porcentaje de respuestas fue del 72%, pues de las 132 encuestas enviadas se recibieron 97, siendo desechadas 2 por no contener correctamente cumplimentados los datos del MBI, por lo que no podían ser evaluadas, resultando una muestra total de 95 profesionales sanitarios. Las que no fueron enviadas, pertenecían a todos los centros en pequeños porcentajes, ninguno superior al 5% de los miembros de sus equipos. En cuanto a los datos de filiación el 40% eran hombres y el 60% mujeres, con edades medias 44,6 +2,3 años y 40,7+5,1 respectivamente. Según el estamento profesional el 37% eran médicos de familia, 5,2% pediatras, 29,47% diplomados en enfermería, 14,73% auxiliares administrativos, 6,3% auxiliares de enfermería y el 7,3% celadores-conductores. El 52% trabajaba en el medio urbano y un 48% en el medio rural, con una distancia media entre su hogar y el domicilio de 14,2 kilómetros. La media de tiempo ejerciendo la profesión era de 14,7 años, aunque el tiempo de trabajo en el centro actual era de 6,28 años, ya que el 54,73% era propietario de la plaza ocupada y el 45,27% era interino. El 40% realizaba guardias de 24 horas, y el 20% tenía una jornada de tarde a la semana. No encontramos correlación entre las variables sociodemográficas y el nivel de desgaste profesional, coincidiendo con trabajos nacionales^{8,9,10}.

En cuanto a la aparición de alteraciones físicas-psíquicas que ellos relacionasen con su trabajo, el 45,26% las referían, destacando en el 65,11% ansiedad y estrés, cefaleas en el 13,95%, dolores y afectaciones osteoarticulares en un 13,95% y depresión el 6,97% (Tabla 1). Todo

TABLA 1
DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA SEGÚN CLASIFICACIÓN EN SUBESCALAS DEL MASLACH BURNOUT INVENTORY

SUBESCALA MBI	GRADO BAJO	GRADO MEDIO	GRADO ALTO
Agotamiento emocional	12,9%	25,8%	61,29%
Despersonalización	4,3%	15,21%	80,43%
Logros personales	92%	4,3%	3,2%

ello había ocasionado bajas de más de 15 días de duración en el 3,8% de los encuestados. Cuestionados sobre si esos problemas laborales afectaban a su vida familiar el 29,47% consideraba que «para nada», un 30,52% refería que «un poco», el 32,63% pensaban que esta afectación era «moderada» y en el 4,2% «bastante».

Analizando los datos del MBI, encontramos como para la subescala de agotamiento emocional el 12,9% presentaba un grado bajo, el 25,8% un grado medio y el 61,29% un grado alto, con una puntuación global media de 32+4; para la subescala de despersonalización un 4,3% estaba en grado bajo, un 15,21% en grado medio y un 80,43% en grado alto, con unos valores medios de 17+

3,2; y en la subescala de logros personales el 92% de los participantes registraron puntuaciones que les encuadra en el rango de grado bajo, un 4,3% en grado medio y el 3,2% en grado alto, obteniéndose un valor medio de 25+5 para dicha subescala (Tabla 2). Si comparamos los da-

TABLA 2
ALTERACIONES FÍSICO-PSÍQUICAS RELACIONADAS CON EL TRABAJO

Ansiedad y estrés	65,11%
Cefaleas	13,95%
Dolores osteoarticulares	13,95%
Depresión	6,97%

tos obtenidos en nuestro estudio con los datos de los estudios nacionales realizados en atención primaria^{6,7,8,9,10,11} (Tabla 3), encontramos un alto porcentaje de

TABLA 3
PREVALENCIA DE NIVELES ALTOS DE BURNOUT EN ATENCIÓN PRIMARIA: COMPARACIÓN PORCENTAJES DE ALTA PUNTUACIÓN EN SUBESCALAS OBTENIDA EN TRABAJOS NACIONALES

	Agotamiento emocional	Despersonalización	Logros personales
Huelva	61,29%	80,43%	92%
Zaragoza (6)	59,7%	36,1%	31,2%
Tenerife (8)	41,5%	39,8%	47,1%
Madrid (10)	30,6%	31,2%	24,2%
Asturias (9)	38,9%	33,8%	36%
Caceres (11)	34%	28%	48%

síndrome de desgaste profesional en los estudiados en nuestra provincia, y que para las tres subescalas existen diferencias significativas ($p < 0,01$). Por estamentos los médicos presentaron las puntuaciones más altas en las tres subescalas del MBI, mientras los DUE y auxiliares sus valores más elevados estaban en agotamiento emocional y logros personales.

Las cinco circunstancias más indicadas por los encuestados que pueden contribuir a ser la causa del SDP y que tenidas en cuenta podían disminuir su presencia son: «disminuir la burocracia que se desarrolla en el trabajo diario» señalado por el 85,26%, «que la organización determinara sus objetivos teniendo en cuenta nuestras sugerencias» fue señalada por el 64,21%, «disminuir el número de pacientes por día» elegido por el 62,10%, «determinar en cada equipo las funciones de cada estamento «en un 55,78%, «aumentar los minutos de la visita por paciente» en el 47,36% (Figura 3).

Discusión

El Síndrome del desgaste profesional presenta una muy elevada presencia entre los profesionales sanitarios de atención primaria de nuestra provincia. A pesar de que este fenómeno aparece recogido en diversos trabajos desarrollados en el mismo medio y en puntos muy dispersos de la geografía española (Tenerife, Zaragoza, Asturias, Madrid, Cáceres^{6,7,8,9,10,11}, los datos obtenidos en

- Disminuir la burocracia en la consulta, 85 %
- Determinación de objetivos claros, teniendo en cuenta la opinión del equipo, 64 %
- Disminuir el número de pacientes por día, 64 %
- Determinar las funciones del equipo, 55 %
- Aumentar los minutos por visita, 47 %

Figura 3: Porcentajes más elegidos como factores atenuadores del Desgaste profesional

las tres subescalas del MBI de nuestra muestra, nos indican que las puntuaciones corroboran un estado actual de «estar realmente quemados», lo que supone un verdadero peligro para el futuro de la Atención Primaria, considerando que nosotros como factor humano del sistema, somos la pieza fundamental para su desarrollo y productividad, y que si se mantienen estas tasas de desilusión, desmotivación y deshumanización, las administraciones sanitarias deben de dejar de preocuparse tanto de costes y presupuestos, y poner todo su interés en solucionar y prevenir este verdadero problema.

La tasa de respuesta obtenida en el trabajo parece adecuada y es algo mayor que los trabajos reseñados^{8,9,10,11}, que dada la situación que después reflejan los resultados, pensamos que el profesional a pesar de su estado, muestra adecuado interés para que se conozca la situación de desgaste y este pudiese solucionarse. Nuestra muestra incluye el estado de desgaste tanto de profesionales sanitarios como no sanitarios de nuestros centros. La situación actual de los profesionales de atención primaria de Andalucía queda reflejada en los datos sociodemográficos de nuestra muestra, predominando el sexo femenino con edades medias de la cuarta década, que aunque tienen elevada experiencia desde que acabaron sus estudios académicos presentan una precariedad en sus puestos de trabajo, con elevados índices de interinidad e inseguridad en los mismos, más si tenemos en cuenta que nuestro trabajo se realizó cuando aún no había concluido la primera convocatoria de concurso oposición que se desarrolla en nuestra comunidad en los últimos trece años, dato que los encuestados reflejan en alto porcentaje en el cuestionario de factores que impliquen su estado actual respecto al SDP. En este mismo queda recogido como los profesionales indican factores que pudiesen atenuar el SDP, y que tienen implicación directa a nivel institucional: aumento del tiempo de atención a nuestros pacientes, disminución de los cupos, desburocratización de la asistencia, mejorar el clima de trabajo en nuestros centros y su relación con el segundo nivel, posibilidad de una estabilidad profesional. Los factores personales de mejora del autocontrol emocional, de la capacitación en entrevista clínica y de mejorar la colaboración entre los profesionales del equipo, también requieren de la colaboración por parte de la organización sanitaria, que defina los papeles de los profesionales y aumente los recursos en una verdadera formación conti-

nuada que atienda estas necesidades de capacitación personal en estos temas. Obtenemos tasas elevadas del SDP a pesar de que en la muestra sólo un 40% realiza guardias de 24 horas y de que la distancia de los centros de trabajo a sus domicilios no parece muy elevada, que clásicamente eran indicadas como causa determinantes del deterioro profesional⁹.

Objetivamos también la repercusión importante que estos problemas laborales comienzan a tener en la vida personal y familiar de los profesionales, que también «se quema», y por otra parte impide la labor de desaturación que nuestra intimidad personal ocasiona en la profesional, y que pone en peligro ese balón de oxígeno que al salir de nuestros centros debemos encontrar en nuestras casas, cuando un 37% refiere esta afectación. Por otra parte la salud físico-psíquica de los sanitarios presenta un grado importante de afectación por causas laborales o que ellos achacan a su trabajo, destacando como la salud mental muestra una relación directa con el SDP, ya que dentro de la sintomatología del síndrome presenta el mayor porcentaje con ansiedad, estrés y depresión entre los mismos. A su vez entre las causas de bajas, de más de 15 días de duración, por motivos laborales la depresión es su mayor origen. Como se recoge en la bibliografía¹⁴, los profesionales con alto índice de desgaste profesional presentan rasgos de personalidad más inestables (baja estabilidad emocional, tensión y ansiedad), y sería interesante favorecer las estrategias de afrontamiento del estrés entre los profesionales de atención primaria.

Por todo ello pensamos es el momento de iniciar un proceso interno de análisis en los equipos de atención primaria, para conocer nuestra situación, valorar las causas del SDP, y comenzar a implicar en su solución no sólo a las Administraciones Sanitarias, que normalmente hacen hasta ahora caso omiso del tema, sino a nuestras Sociedades Científicas (semFYC, SEMERGEN.) y a los Sindicatos profesionales, que podrían poner en marcha un programa más amplio de prevención y tratamiento del SDP, como ya sugiere Saura(15), y por supuesto la motivación de los propios profesionales con el apoyo de sus equipos, para evitar que «ardan» los muchos años de trabajo realizados por la atención primaria de nuestro país, volviendo a iniciar una nueva época con la misma ilusión y empeño.

Agradecimientos

Los autores de este trabajo agradecen la colaboración y sinceridad mostrada por todos aquellos trabajadores de nuestros Centros de Salud, que a pesar de «toda» la presión que soportan, respondieran a nuestra petición.

Bibliografía

1. Álvarez Gallego E, Fernández Ríos L. El síndrome de burnout o el desgaste profesional: Revisión de estudios. *Rev Asoc Esp Neuropsiquiatr* 1991; 21: 257-265.
2. Gervás JJ, Hernández LM. Tratamiento de la enfermedad de Tomás. *Med Clin (Barc)* 1989; 93: 572-575.
3. Freudenberger H. Staff burnout. *Journal of Social Issues* 1974; 30: 159-165.
4. Maslach C. Burnout: A social psychological analysis. Paper presented at the meeting of American Psychological Association. San Francisco 1977.
5. Maslach C, Jackson SE. The measurement of experienced burnout. *Journal of occupational Behaviour* 1981; 2: 99-113.
6. Pablo González R, Suberviola González JF. Prevalencia del síndrome de burnout o desgaste profesional en los médicos de atención primaria. *Aten Primaria* 1998; 22: 580-584.
7. Díaz González RJ, Hidalgo Rodrigo I. El síndrome de burnout en los médicos del sistema sanitario público de un área de salud. *Rev Clin Esp* 1994; 670-676.
8. De las Cuevas C. El desgaste profesional en atención primaria: presencia y distribución del síndrome de burnout. Madrid: Monografía de Laboratorios Servier, 1997.
9. Olivar C, González S, Martínez MM. Factores relacionados con la satisfacción laboral en los médicos de Atención Primaria en Asturias. *Aten Primaria* 1999; 24: 352-359.
10. Caballero MA, Bermejo F, Nieto R, Caballero F. Prevalencia y factores asociados al burnout en un área de salud. *Aten Primaria* 2001; 27: 313-317.
11. Prieto L. Burnout en médicos de atención primaria. *Aten Primaria* 2001; 28: 444-445.
12. Mingote Adán JC. Síndrome burnout o síndrome de desgaste profesional. *FMC* 1998; 5: 493-503.
13. Kirvan M Armstrong D. Investigation of burnout in a sample of British general practitioners. *Br J Gen Pract* 1995; 45: 259-260.
14. Cebria J, Segura J, Corbella S, Sos P, Comas O, et al. Rasgos de personalidad y burnout en médicos de familia. *Aten Primaria* 2001; 27: 459-468.
15. Saura Llamas J. ¿Debemos desarrollar los médicos de familia un programa de prevención del desgaste profesional? *Jano* 2000; 59: 63.