

Estudio sobre la prevalencia del *burnout* en los médicos del Área Sanitaria de Talavera de la Reina

A. Martínez de la Casa Muñoz^a, C. del Castillo Comas^a, E. Magaña Loarte^b, I. Bru Espino^b, A. Franco Moreno^c y A. Segura Frago^d

Objetivo. Determinar el grado de *burnout*, o desgaste profesional, en los médicos del Área Sanitaria de Talavera de la Reina y los factores asociados.

Diseño. Estudio descriptivo transversal.

Sujetos. Médicos dedicados a la atención primaria (AP) (n = 106) y atención especializada (AE) (n = 129).

Mediciones. Cuestionario Maslach Burnout Inventory (MBI) y encuesta con variables sociodemográficas y sugerencias. Ambos anónimos y autoadministrables.

Resultados. Contestaron 144 médicos (61,27%), 63 de AP y 81 de AE, varones el 72,2% y con una media de edad de 45 años (con una escasa variabilidad entre AP y AE). La media de años trabajados fue de 18,65. Realizan guardias 102 (70,83%). El tipo de contrato es fijo en 85 (59,02%), interino en 49 (34,02%) y «otros» en 10 (6,94%). Presenta *burnout* el 76,4% de los profesionales (moderado en el 38,9% y alto en el 37,5%). Resulta estadísticamente significativa la diferencia entre *burnout* de AP y AE (el 85,7 frente al 69,1%). En el resto de las variables estudiadas (edad, sexo, estado civil, realización de guardias...) no encontramos diferencias significativas. Como sugerencias para mitigar el *burnout* destacan la petición de apoyo de mejoras laborales, un mayor reconocimiento personal y profesional, la implicación de la Administración y la Gerencia, la remuneración económica, facilitar formación e investigación, etc.

Conclusiones. El grado de desgaste profesional (*burnout*) es muy elevado en nuestra área, con un mayor porcentaje en AP que en AE.

Palabras clave: *Burnout*. Médicos. Estudio de prevalencia.

STUDY OF THE PREVALENCE OF BURNOUT IN DOCTORS IN THE HEALTH AREA OF TALAVERA DE LA REINA

Objective. To determine the degree of burnout or professional wear-and-tear in doctors from the Talavera de la Reina Health Area and linked factors.

Design. Transversal, descriptive study.

Participants. Doctors in primary care (PC) (n=106) and specialist care (SC) (n=129).

Measurements and Results. Maslach Burnout Inventory (MBI) questionnaire and a survey with social and demographic variables and suggestions. Both were anonymous and self-administered.

Results. 144 (61.27%) answered, 63 from PC and 81 SC. 72.2% were male, with a mean age of 45 (with little variability between PC and SC). Average years worked were 18.65. 102 (70.83%) worked cover. 85 (59.02%) had an indefinite contract, 49 (34.02%) a temporary one, and 10 (6.94%) other kinds. 76.4% of the professionals suffered burnout (moderate in 38.9% and high in 37.5%). The difference between PC and SC burnout (85.7% vs 69.1%) was statistically significant. In the remaining variables studied (age, sex, marital status, working of cover shifts...) we found no significant differences. Among suggestions to mitigate burnout were demands to support improvements in working conditions, greater personal and professional recognition, involvement of the government and management, economic remuneration, providing more training and research, etc.

Conclusions. Professional wear-and-tear or burnout is very high in our area, and is higher in PC than in SC.

Key words: Burnout. Doctors. Prevalence study.

^aMIR de tercer año en MFyC. Centro de Salud La Estación. Unidad Docente. Talavera de la Reina.

^bEspecialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Titular del Centro de Salud La Estación. Talavera de la Reina.

^cMIR de segundo año de Medicina Interna. Hospital Nuestra Señora del Prado. Talavera de la Reina.

^dEspecialista en Medicina Preventiva y Salud Pública. Jefe de Servicio de Investigación. Instituto de Ciencias de la Salud. Talavera de la Reina (Toledo). España.

Correspondencia:
Ana Martínez de la Casa Muñoz.
Jesús Aprendiz, 21.
28007 Madrid. España.
Correo electrónico:
amdelaCasa@hotmail.com

El trabajo ha sido presentado en las Jornadas de Investigación de Atención Primaria de Talavera de la Reina 2002, y obtuvo el 2.º Premio.

Manuscrito recibido el 3 de febrero de 2003.
Manuscrito aceptado para su publicación el 12 de mayo de 2003.

Introducción

La búsqueda de una mejor atención a los pacientes y de la prestación de mejores servicios sanitarios no puede conseguirse incidiendo sólo sobre los aspectos técnicos, administrativos o de dotación de medios, puesto que el papel del médico sigue siendo hoy en día irremplazable y el factor humano afecta directamente al «arte médico».

También sabemos que el estrés y las enfermedades psicosomáticas son hoy en día más frecuentes, y afectan la salud de los individuos y su rendimiento profesional. Los médicos no son profesionales inmunizados contra esta influencia, y su salud laboral repercute directamente en el grado de calidad de los servicios prestados^{1,2}, de modo que la satisfacción laboral del personal sanitario se iguala en importancia a la preparación científica del mismo o a la disposición de una determinada tecnología a la hora de obtener dicha calidad de servicio¹.

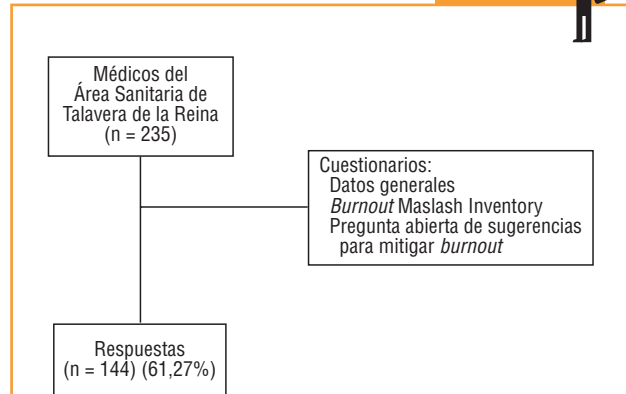
El *burnout* es un síndrome padecido por personas que trabajan en íntimo contacto con otros seres humanos, relación que les exige una respuesta emocional continua. Es una patología laboral y psíquica, y sólo afecta a quien sufre una demanda emocional (médicos, enfermeras, psicólogos, maestros, policías, asistentes sociales...). Por tanto, hay que diferenciarlo del «estar quemado», que sólo supone un agotamiento físico y psicológico debido al trabajo excesivo y no un agotamiento emocional. Existen factores endógenos y de personalidad que predisponen al *burnout* pero no son su origen. Así, se define el «síndrome de *burnout*» como una enfermedad laboral y emocional de origen básicamente exógeno, que suele producirse en entornos de estrés laboral continuo, que afecta a los profesionales cuya labor les exige implicación emocional con la gente. Se caracteriza, sobre todo, por el agotamiento emocional, la despersonalización –por la que los pacientes son vistos como meros «casos», lo cual se manifiesta en la respuesta fría e impersonal hacia ellos y puede ocasionar trastornos conductuales de aislamiento e insensibilidad en el profesional– y el sentimiento de baja realización en el trabajo³.

De todo lo expuesto anteriormente se deduce que el médico es un sujeto que por su circunstancia laboral está altamente expuesto a padecer un síndrome de *burnout*. Dada la repercusión que puede tener en la capacidad y la calidad de su trabajo, consideramos importante conocer en qué situación se encuentran los profesionales sanitarios de nuestra área de salud, planteando los siguientes objetivos:

1. Conocer la prevalencia del síndrome de *burnout* en los médicos de nuestra área de salud.
2. Identificar los posibles factores que podrían estar asociados al síndrome de *burnout*.

Material y métodos

Cuadro resumen



Esquema general del estudio

Estudio transversal descriptivo del síndrome de *burnout* en los médicos de un área de salud y de su relación con las características de los profesionales, mediante cuestionarios autoadministrables remitidos a todos los centros de trabajo (hospital y centros de salud urbanos y rurales).

3. Conocer las propuestas de los propios sanitarios para mitigarlo y mejorar su satisfacción laboral.

Material y métodos

Estudio descriptivo transversal, mediante encuestas autoadministrables realizadas por correo, dirigido a la totalidad de los profesionales médicos del Área Sanitaria de Talavera de la Reina, que suman 235, 106 de atención primaria (AP) y 129 de atención especializada (AE). Fueron excluidos los MIR por tener distinto perfil profesional y ser un número escaso. Se distribuyeron 2 cuestionarios:

- Cuestionario Maslach Burnout Inventory (MBI)⁴, diseñado para estudiar el síndrome de *burnout*, en la versión validada al español por Seisdedos⁵ en el cual se analizan los distintos aspectos que integran el síndrome de *burnout* en subescalas: cansancio emocional (CE), despersonalización (DP) y realización personal (RP). El cuestionario consta de 22 ítems con una escala de puntuación de Likert (0-6), de los cuales 9 valoran el CE, 5 la DP y 8 la RP. Con respecto al CE, las puntuaciones de 27 o más indicarían un nivel alto, entre 19 y 26 moderado, e inferiores a 19 bajo. En la subescala DP, las puntuaciones superiores a 10 indicarían un nivel alto, de 6 a 9 moderado, e inferior a 6 bajo. En la subescala RP, los valores superiores a 40 indican una RP alta, de 34 a 39 intermedia, y menor de 33 baja. En caso de obtener un cansancio emocional bajo, una despersonalización baja y una alta realización personal, no existe *burnout*. En el resto de los casos podría hablarse de *burnout* moderado o alto.
- Cuestionario general, con datos personales de filiación y situación laboral: edad, sexo, estado civil, número de hijos, año de li-

TABLA 1 Características de la población estudiada

	Atención primaria			Atención especializada			Total		
	Varones (n = 44)	Mujeres (n = 19)	Total (n = 63)	Varones (n = 60)	Mujeres (n = 21)	Total (n = 81)	Varones (n = 104)	Mujeres (n = 40)	Total (n = 144)
Edad, años									
< 45	19 (43,2%)	12 (63,2%)	31 (49,2%)	26 (43,3%)	18 (85,7%)	44 (54,3%)	45 (43,3%)	30 (75%)	75 (52,1%)
≥ 45	25 (56,8%)	7 (36,8%)	32 (50,8%)	34 (56,7%)	3 (14,3%)	59 (56,7%)	59 (56,7%)	10 (25%)	69 (47,9%)
Realizan guardias	30 (68,1%)	8 (42,1%)	38 (60,3%)	51 (85%)	13 (61,9%)	64 (79%)	81 (77,8%)	21 (52,5%)	102 (70,8%)
Horas trabajadas/semana (> 50 h)	15 (34%)	3 (15,7%)	18 (28,5%)	36 (60%)	5 (23,8%)	41 (50,6%)	51 (49%)	8 (20%)	59 (40,9%)
Años trabajados (> 20 años)	22 (50%)	6 (31,5%)	28 (44,4%)	28 (46,6%)	2 (9,5%)	30 (37%)	50 (48%)	8 (20%)	58 (40,2%)
Tipo de contrato (fijo)	37 (84%)	13 (68,4%)	50 (79,3%)	30 (50%)	5 (23,8%)	35 (43,2%)	67 (64,4%)	18 (45%)	85 (59%)
N.º de tarjetas sanitarias (≥ 2.000)	9 (20,4%)	2 (11%)	11 (11,7%)						

ciencia, número de años trabajados, ámbito y lugar de trabajo (distinguiendo entre AP rural o urbano y AE), número de tarjetas sanitarias, realización de guardias, número de horas de trabajo a la semana (incluyendo guardias), dedicación exclusiva y tipo de contrato. Se incluía una pregunta abierta sobre las posibles medidas para mitigar el *burnout*.

Los cuestionarios se enviaron por correo interno a los centros de salud del área, así como a los distintos servicios de AE. Incluía una carta de presentación explicando el motivo del estudio y un sobre para la contestación anónima. Pasadas 4 semanas nos pusimos de nuevo en contacto con los centros de salud y de forma personalizada en AE para animar a la contestación.

El análisis de los datos obtenidos se realizó mediante el programa SPSS (V.10.0).

En primer lugar, se realizó un cálculo de tablas de frecuencia de todas las variables del cuestionario, repasando los posibles errores existentes en las mismas. Se realizó un estudio estadístico descriptivo que consistió en el cálculo de porcentajes, medias (con sus correspondientes intervalos de confianza [IC] del 95%), medianas, percentiles, y pruebas de normalidad (Kolmogorof-Smirnov). Para examinar las asociaciones de variables, se utilizaron pruebas no paramétricas², Mann-Whitney y rho de Spearman. El nivel de significación elegido para todo el estudio fue el de $p < 0,05$.

Resultados

De los 235 médicos a los que se remitió la encuesta, contestaron 144, 63 de AP (59,4%) y 81 de AE (62,8%), y se obtuvo un porcentaje global de respuesta del 61,27%.

En la tabla 1 están reflejadas las características de la población estudiada, diferenciando entre AP y AE.

Globalmente, en el área destacamos la prevalencia de varones, un 72,2%, frente a un 27,8% de mujeres. El 96,5% están casados, con una media de edad \pm desviación estándar (DE) de $45 \pm 7,74$ años. La media de número de años trabajados es de $18 \pm 8,19$, con una media de $49 \pm 11,11$ h trabajadas a la semana (incluidas guardias). Realiza guardias un 70,8%. Tiene contrato fijo el 59%, son interinos el

TABLA 2 Distribución de los participantes según las escalas del MBI

Escalas MBI	Bajo	Medio	Alto
Cansancio emocional (CE)	57 (39,5%)	28 (19,4%)	59 (41%)
Despersonalización (DP)	35 (24,3%)	33 (22,9%)	76 (52,7%)
Realización personal (RP)	61 (42,3%)	44 (30,5%)	39 (27%)

MBI: Cuestionario Maslach Burnout Inventory; CE: bajo < 18 puntos; medio, 19-26 puntos; alto > 27 puntos. DP: bajo < 5 puntos; medio, 6-9 puntos; alto > 10 puntos. RP: alto > 40 puntos; medio, 34-39 puntos; bajo < 34 puntos.

TABLA 3 Distribución de los participantes según las escalas del MBI y el centro

Escalas MBI	Bajo	Medio	Alto
Cansancio emocional (CE)			
hospital	39 (48%)	18 (22%)	24 (30%)
Atención primaria	18 (28,5%)	10 (16%)	35 (55,5%)
Despersonalización (DP)			
hospital	21 (26%)	18 (22%)	42 (52%)
Atención primaria	14 (22%)	15 (24%)	34 (54%)
Realización personal (RP)			
hospital	29 (36%)	28 (35%)	24 (30%)
Atención primaria	32 (51%)	16 (25%)	15 (24%)

34% y está con otro tipo de contrato (normalmente eventual) un 6,9%.

En la tabla 2 se exponen los resultados obtenidos del cuestionario MBI. Tras el estudio de las subescalas, destacamos la existencia de *burnout* en un 76,4% de los profesionales, siendo moderado en el 38,9% y alto en el 37,5%.

Los valores medios obtenidos en las distintas escalas han sido, en atención primaria, de $28,41 \pm 14,2$ para CE, $11,66 \pm 7,0$ para DP y $32,14 \pm 9,2$ para RP, y en atención espe-

TABLA 4
Frecuencia de *burnout*

	N	% <i>burnout</i> (IC del 95%)	p
Todos	144	76,4 (68,4-82,8)	
Sexo			
Varón	104	77,9 (68,4-85,2)	
Mujer	40	72,5 (55,8-84,8)	0,49
Edad, años			
< 45	75	78,7 (67,4-86,9)	
45 o más	69	73,9 (61,7-83,4)	0,5
Guardias			
Sí	102	75,5 (65,8-83,2)	
No	41	78,0 (61,9-88,8)	0,74
Horas de trabajo			
50 o más	64	73,4 (60,6-83,3)	
Menos de 50	78	78,2 (67,1-86,4)	0,5
Años trabajados			
20 o más	58	74,1 (60,6-84,3)	
Menos de 20	86	77,9 (67,4-85,8)	0,6
Contrato			
Fijo	85	78,8 (68,3-86,6)	
Interino	49	77,6 (63,0-87,7)	0,8
Tarjetas sanitarias*			
> 1.400	27	85,2 (65,4-91,1)	
1.400 o menos	30	90,0 (72,3-97,3)	0,58
Ámbito de trabajo			
Primaria	63	85,2 (74,0-92,8)	
Hospital	81	69,1 (57,5-78,6)	0,02

*Sólo médicos de atención primaria.
IC: intervalo de confianza.

cializada, de 20,24 ± 12,44 para CE, 10,67 ± 6,52 para DP y 35,22 ± 8,06 para RP.

Las diferencias existentes entre AP y AE se exponen en la tabla 3, destacando un CE alto del 55,5% en AP frente al 30% en AE, y una baja RP en el 51% de los profesionales de AP, frente a un 36% en AE.

En la tabla 4 se expone el análisis bivariable entre las distintas variables estudiadas y el síndrome de *burnout*. Encontramos diferencias estadísticamente significativas (p < 0,05) al comparar el porcentaje de síndrome de *burnout* entre los médicos de AP (85,7%) y los de AE (69,1%). En el análisis del resto de las variables no hemos encontrado diferencias significativas.

Si analizamos las variables entre AP y AE (tabla 5), encontramos diferencias estadísticamente significativas en la mayor frecuencia de *burnout* en el subgrupo de varones, en los menores de 45 años –curiosamente en los que no realizan guardias– y en los que llevan menos de 20 años trabajados.

Por último, son 178 las propuestas aportadas por el 57,6% de los profesionales para mitigar el *burnout*:

- El 51% hace referencia a las mejoras laborales (descargar presión asistencial, más tiempo de consulta por paciente, menor burocracia, contrato laboral estable, mejoras en las guardias, buscar la satisfacción del facultativo y no sólo la del usuario, disponibilidad de tiempo para trabajar con mayor calidad...).
- El 15% hace referencia a un mayor reconocimiento personal y profesional (carrera profesional, reconocimiento del trabajo por parte de las direcciones médicas, incentivos profesionales, mayor consideración del médico...).
- El 11% hace referencia a mayor implicación de la Administración y las Gerencias (educación de la población del uso adecuado de los servicios, devolver la autoridad científica al médico, mayor respaldo y apoyo, participación en la toma de decisiones...).
- El 10% hace referencia a las mejoras económicas (aumento de la remuneración, incentivos económicos, sentirse bien pagado, mayor compensación económica...).
- El 10% hace referencia a facilitar la formación y la investigación (facilidades para actualizarse y reciclarse profesionalmente, tiempo para formación e investigación, más actividad no asistencial: sesiones clínicas, bibliografías...).
- El 3% hace referencia a varios.

En la tabla 6 se exponen las propuestas para mitigar el *burnout* distribuidas por lugar de trabajo de los profesionales y categorías.

Discusión

El interés de este estudio reside en conocer el grado de desgaste profesional que existe en nuestra área de salud, como punto de partida para observar de forma objetiva, en posteriores estudios, cómo evoluciona el *burnout* en el tiempo y hasta qué punto son eficaces las medidas preventivas y terapéuticas en el caso de instaurarse.

También nos ha permitido contrastar el grado de *burnout* entre los médicos de AP y AE de una misma área, comparación que hemos encontrado en pocos trabajos españoles publicados^{6,7}.

Si bien no podemos conocer las características de las personas que no contestaron, debido al anonimato de las encuestas del estudio, consideramos suficiente la participación obtenida para tener una seguridad razonable respecto a la validez de los resultados. El hecho de que en AE haya sido mayor puede deberse al reparto de las encuestas, que en el caso del hospital se hizo de manera personalizada (entregada en mano), mientras que en AP fue por correo, muchas de ellas enviadas a centros de salud rurales en donde no podemos asegurar que le llegara a todo el mundo.

Cabe destacar la elevada tasa de *burnout* apreciada en nuestra área de salud, con unas subescalas que reflejan un mayor cansancio emocional, un mayor grado de despersonalización y un menor grado de realización personal que en otros estudios publicados⁶⁻¹⁴. En la figura 1 se compara la prevalencia de grados altos de *burnout*, según las diferentes subescalas, de los diversos estudios publicados en médicos de AP españoles.

Otro dato de interés es la diferencia significativa del grado de desgaste profesional entre AP y AE. Esto puede deberse a que la dinámica en la consulta de AP difiere en mucho de la de AE. El grado de implicación emocional con el paciente es mucho mayor en la consulta de AP dado que a éste se le sigue de manera más continuada y globalizada, lo cual está directamente relacionado con el factor de cansancio emocional estudiado (que es de los tres el que más diferencia aporta) y, por consiguiente, con el grado de *burnout* (tabla 3).

Los resultados de nuestro estudio están en la línea de los publicados, en el sentido de que las variables sociodemográficas se correlacionan escasamente con el grado de desgaste profesional^{1,8,11}. No obstante, sí aparece un grado de *burnout* mayor en los varones que en las mujeres, tanto en AP como en AE.

La variable especialidad en el cuestionario de AE no fue contestada por muchos médicos, probablemente por miedo a perder el anonimato, por lo que no hemos analizado dicha variable.

En cuanto a las propuestas para mitigar el desgaste profesional, son muy similares a las encontradas en otros estudios^{9,11}. Cabe destacar que lo que más demandan los profesionales, independientemente del lugar de trabajo, por encima de mejoras económicas, de un mayor reconocimiento personal y profesional, etc., son las mejoras laborales con el fin de disponer de tiempo para trabajar con mayor calidad.

TABLA 5 Frecuencia de *burnout*. Comparación entre atención primaria y hospital

	Atención primaria		Hospital		p primaria/hospital
	n	% <i>burnout</i> (IC del 95%)	n	% <i>burnout</i> (IC del 95%)	
Todos	63	85,7 (74,0-92,8)	81	69,1	0,02
Sexo					
Varón	44	86,4 (71,9-94,3)	60	71,7 (57,7-78,6)	0,07
Mujer	19	84,2 (59,4-95,8)	21	61,9 (38,6-81,0)	0,11
Edad, años					
< 45	31	93,5 (77,0-98,8)	44	68,2 (52,3-80,9)	0,008
45 o más	32	78,1 (59,5-90,0)	37	70,3 (52,8-83,5)	0,45
Guardias					
Sí	38	81,6 (65,1-91,6)	64	71,9 (59,0-82,0)	0,27
No	24	91,7 (71,5-98,5)	17	58,8 (33,4-80,5)	0,012
Horas de trabajo					
50 o más	31	80,6 (61,8-91,8)	47	76,6 (61,6-87,2)	0,6
Menos de 50	31	90,3 (73,0-97,4)	33	57,6(39,4-74,0)	0,003
Años trabajados					
20 o más	28	82,1 (62,3-93,2)	30	66,7(47,1-82,0)	0,17
Menos de 20	35	88,6 (72,3-96,2)	51	70,6 (51,0-85,0)	0,048
Contrato					
Fijo	50	86,0 (72,6-93,7)	35	68,6 (50,6-82,5)	0,053
Interino	9	100,0	40	72,5 (55,8-84,8)	0,074

TABLA 6 Propuestas para mitigar el *burnout* distribuidas por centros de trabajo de los profesionales y categorías de las propuestas

Categorías	Hospital	AP	p	AP zona urbana	AP zona rural	p
Mejoras laborales	70%	72%	1	87%	54%	0,09
Reconocimiento profesión	32%	24%	0,4	25%	23%	0,9
Implicación de la administración	16%	45%	0,007	37%	54%	0,3
Mejoras económicas	32%	14%	0,06	12%	15%	0,7
Formación e investigación	22%	31%	0,4	25%	38%	0,3

AP: atención primaria.

Al analizar las propuestas diferenciando el lugar de trabajo de los profesionales, AP y hospital, únicamente observamos diferencias significativas en el número de profesionales de AP que demanda una mayor implicación de la Administración.

Para finalizar, somos conscientes de que las mayores limitaciones o sesgos de este estudio se encuentran en la mayor o menor sinceridad de los profesionales al responder el cuestionario MBI. Son muchas las circunstancias que pueden afectar a la sinceridad de las respuestas, ya sea porque se conteste exagerando los síntomas para utilizar los resultados contra la dirección, o porque se conteste dando una imagen de médico ideal, ocultando la realidad... No obstante, el MBI es considerado por diversos autores como uno de los mejores cuestionarios sobre el *burnout*², es el más difundido y

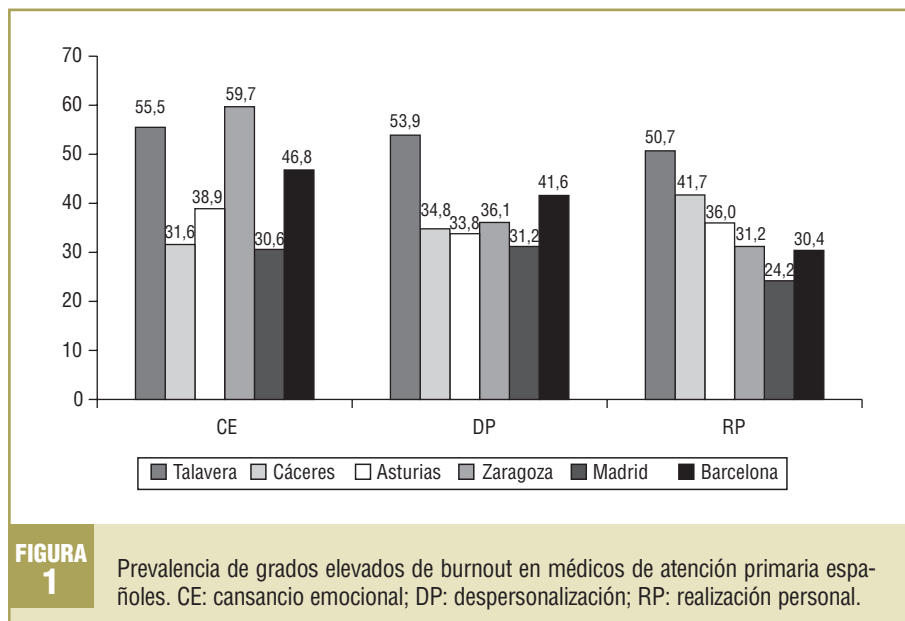


FIGURA 1

Prevalencia de grados elevados de burnout en médicos de atención primaria españoles. CE: cansancio emocional; DP: despersonalización; RP: realización personal.

nos permite comparar los resultados con los de otros investigadores.

En conclusión, la prevalencia del síndrome de *burnout* en los profesionales médicos del Área de Talavera es muy alta (76,4%), siendo mayor en AP que en AE (el 86 frente al 69%). Como sugerencias para mitigar el *burnout* destaca la petición de mejoras laborales (menor presión asistencial, con el fin de disponer de tiempo para trabajar con mayor calidad) por encima de las mejoras económicas, formativas o de reconocimiento profesional.

Discusión

Cuadro resumen



Lo conocido sobre el tema

- La salud laboral del personal sanitario repercute directamente en el grado de calidad de los servicios prestados.
- El síndrome de *burnout* es una enfermedad laboral de alta prevalencia entre los profesionales sanitarios.
- Conocer la prevalencia del síndrome y su relación con otros factores puede proporcionar medidas de intervención para mitigarlo o prevenirlo.

Qué aporta este estudio

- La prevalencia del síndrome de *burnout* en los médicos del Área Sanitaria de Talavera de la Reina es muy alta (75,4%).
- La única variable en la que se aprecian diferencias estadísticamente significativas es el ámbito de trabajo: el grado de *burnout* en la atención primaria es mayor que en la atención especializada.
- El mayor número de sugerencias de los profesionales para mitigar el *burnout* hace referencia a las mejoras laborales (trabajar con más calidad), por encima de las mejoras económicas, de reconocimiento profesional u otras.

Bibliografía

1. Aranaz JM, Mira JJ, Benavides FG. Los profesionales y la calidad asistencial hospitalaria. *Todo Hospital* 1994;35-40.
2. Vuori K. Quality assurance of health services. Copenhagen: WHO, 1982.
3. Mediano L, Fernández G. El burnout y los médicos. Un peligro desconocido. Ricardo Prats y Asociados, 2001.
4. Maslach C, Jackson SE. The Maslach Burnout Inventory. 2nd ed. Palo Alto: Consulting Psychologist Press, 1986.
5. The Maslach Burnout Inventory. Versión española adaptada por Nicolás Seisdedos Cubero. TEA, 1987.
6. 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;194:670-6.
7. Atance Martínez JC. Aspectos epidemiológicos del síndrome de burnout en el personal sanitario. *Rev Esp Salud Pública* 1997; 71:293-303.
8. Mira JJ, Vitaller J, Buil JA. Satisfacción estrés laboral en médicos generalistas del sistema público de salud. *Aten Primaria* 1994;14:1135-8.
9. De Pablo R, Suberviola JF. Prevalencia del síndrome de *burnout* o desgaste profesional en los médicos de atención primaria. *Aten Primaria* 1998;22:580-4.
10. Caballero Martín MA, Bermejo Fernández F, Nieto Gómez R, Caballero Martínez F. Prevalencia y factores asociados al *burnout* en un área de salud. *Aten Primaria* 2001;27:313-7.
11. Olivar C, González S, Martínez MM. Factores relacionados con la satisfacción laboral y el desgaste profesional en los médicos de atención primaria de Asturias. *Aten Primaria* 1999;22:352-9.
12. Prieto Albino L, Robles Agüero E, Salazar Martínez LM, Daniel Vega E. *Burnout* en médicos de atención primaria de la provincia de Cáceres. *Aten Primaria* 2002;29:294-302.
13. Cebriá J, Segura J, Corbella S, Sos P, Comas O, García M, et al. Rasgos de personalidad y *burnout* en médicos de familia. *Aten Primaria* 2001;27:459-68.
14. De las Cuevas C, González de Rivera JL, De la Fuente JA, Alviani M, Ruiz Benítez A. *Burnout* y reactividad al estrés. *Rev Med Univ Navarra* 1997;41:10-8.