

## CARTAS DE INVESTIGACIÓN

**TABLA 1. Validez factorial del modelo Desequilibrio esfuerzo-recompensa, de medida del estrés laboral. Criterios de bondad de ajuste (análisis factorial confirmatorio) (n = 233)**

	Componente extrínseco (esfuerzo-recompensa)	Componente intrínseco (sobreimplicación)
GFI	0,971	0,995
AGFI	0,962	0,988
RMR	0,099	0,024
PESOS ( $\lambda$ )	0,41-0,96	0,44-0,82
$\alpha$ de Chronbach	0,74-0,85	0,80

GFI y AGFI: cantidad de varianza y covarianza explicada por el modelo;  
RMR: media residual de varianzas y covarianzas;  $\lambda$ : pesos regresión estandarizados.

rios (médicos y personal de enfermería) mediante la aplicación autoadministrada del cuestionario DER. La muestra investigada abarcó al 55% de los sanitarios del Área en el momento del estudio.

**Mediciones principales.** El instrumento utilizado para evaluar el grado de estrés laboral de los individuos seleccionados fue la versión oficial española del cuestionario alemán ERI<sup>4</sup> (disponible en la versión electrónica). Consta de 3 partes: en la primera (módulo I) se recogen las variables sociodemográficas más importantes del trabajador y del ambiente laboral. El módulo II (componente extrínseco del modelo) comprende 17 ítems y registra información de la apreciación del trabajador acerca de su situación laboral en lo referente a «esfuerzo extrínseco» (*effort*) (6 ítems; intervalo, 6-30) y «recompensa profesional» (*reward*) (11 ítems; intervalo, 11-55). El módulo III (componente intrínseco del modelo) comprende 6 ítems (intervalo, 6-24) y mide el grado de implicación vivido por el trabajador en su puesto de trabajo. Esta dimensión representa un factor latente único denominado «sobreimplicación» (*overcommitmen*).

**Resultados.** En la tabla 1 se resumen los resultados del análisis factorial confirmatorio y el coeficiente alfa de Chronbach para las escalas de los componentes extrínseco e intrínseco del modelo DER. Los análisis respectivos fueron realizados separadamente para las escalas sobre la base de los modelos estadísticos específicos conforme a los supuestos teóricos expuestos en el apartado anterior. Esta información es crucial, dado que la justificación estadística para usar las escalas simples y las medidas, compuestas en la explicación de estados de salud, descansa en la bondad de ajuste del modelo de medición con los datos.

Tanto en relación con los componentes extrínseco e intrínseco del modelo, los indicadores de bondad de ajuste son buenos y sobrepasan los umbrales exigidos en cada caso. Todos los pesos de regresión estandarizados son mayores de 0,4 y los índices muestran un satisfactorio ajuste del modelo con los datos<sup>5</sup>. Asimismo, los valores de alfa de Chronbach son también altos ( $\alpha = 0,74-0,85$ ), lo que confirma que la fiabilidad es satisfactoria. Estos hallazgos son congruentes con los comunicados en la versión original alemana y otras versiones europeas adaptadas del modelo ERI<sup>6</sup>.

**Conclusiones.** Los resultados de la estructura factorial permiten afirmar que el constructo subyacente en el modelo ERI ha podido ser replicado en su versión castellana. Por ello, y a pesar de las limitaciones inherentes a todos los procesos de validación de herramientas de medida extranjeras a nuestro medio, los presentes resultados pueden considerarse como una importante confirmación de validez y fiabilidad de versión castellana del modelo ERI para su uso en nuestro medio.

### Agradecimientos

Los autores agradecen a los sanitarios de atención primaria su participación en el estudio y a la Gerencia del Área de Oviedo las facilidades dadas para que pudiera realizarse.

Juan Antonio Fernández-López<sup>a</sup>,  
Rubén Martín-Payo<sup>b</sup>, María Fernández-  
Fidalgo<sup>c</sup> y Andreas Rödel<sup>d</sup>

<sup>a</sup>Centro de Salud de Riosa. Servicio de Salud del Principado de Asturias (SESPA). España. <sup>b</sup>Centro de Salud de Pumarín. Servicio de Salud del Principado de Asturias (SESPA). España. <sup>c</sup>Facultad de Psicología. Universidad de Oviedo. España. <sup>d</sup>Institut für Medizinische Soziologie. Heinrich-Heine Universität. Düsseldorf. Alemania.

1. Fernández López JA, Siegrist J, Rödel A, Hernández Mejía R. El estrés laboral: un nuevo factor de riesgo ¿qué sabemos y qué podemos hacer? Aten Primaria. 2003;31:1-10.
2. Fernández-López JA, Fernández-Fidalgo E, Siegrist J. El trabajo y sus repercusiones en la salud. El modelo Desequilibrio esfuerzo-recompensa (DER). Rev Calidad Asistencial. 2005;20:144-9.
3. Siegrist J. Adverse health effects of high-effort/low-reward conditions. J Occup Health Psychol. 1996;1:27-41. Disponible en: <http://www.uni-duesseldorf.de/MedicalSociology/eri/appendix-report.htm>
4. Macías Robles MD, Fernández López JA, Hernández Mejía R, Cueto Espinar A, Ranaño I, Siegrist J. Evaluación del estrés laboral en trabajadores de un hospital público español. Estudio de las propiedades psicométricas de la versión española del modelo Desequilibrio esfuerzo-recompensa. Med Clin (Barc). 2003;120:652-7.
5. Byrne BM. Structural Equation Modeling with AMOS. Basic concepts, applications and programming. Mahwah: Lawrence Erlbaum; 2001.
6. Siegrist J, Starke D, Chandola T, Godin I, Marmot M, Niedhammer I, et al. The measurement of effort-reward imbalance at work: european comparisons. Soc Sci Med. 2004;58:1483-99.

## Lectura crítica de artículos científicos que la industria farmacéutica ofrece a los médicos de familia

**Objetivo.** Conocer la validez, la importancia y la aplicabilidad de los datos proporcionados por las publicaciones biomédicas que ofrece la industria farmacéutica en su actividad promocional mediante la visita médica a un centro de salud.

**Diseño.** Estudio transversal.

**Emplazamiento.** Centro de salud rural con una población asignada de 19.474 habitantes.

**Participantes y método.** Durante un período de 5 meses consecutivos (desde el 1 de septiembre de 2005 al 31 de enero de

**Palabras clave:** Industria farmacéutica. Atención primaria. Médico de familia.

2006), un médico recogió todas las publicaciones a texto completo relativas al tratamiento, que de forma espontánea le entregaron los visitadores de la industria farmacéutica: guías de práctica clínica, revisiones descriptivas, revisiones sistemáticas, metaanálisis o ensayos clínicos. Se excluyeron estudios solicitados a iniciativa del facultativo, trabajos relativos a otros ámbitos del conocimiento no relacionados con el tratamiento (como estudios epidemiológicos o de diagnóstico), resúmenes de publicaciones, folletos publicitarios, monografías de productos, cursos de formación continuada, publicaciones de casos clínicos y resúmenes de congresos o reuniones científicas.

La valoración crítica de los trabajos se hizo por pares y de forma independiente, al menos por un tutor y un residente de medicina familiar y comunitaria formados en habilidades de lectura crítica. En caso de discrepancia se procedía a un intercambio de valoraciones para llegar a un acuerdo. Los criterios aplicados para la lectura crítica de revisiones de tratamientos y de ensayos clínicos han sido los propuestos por el centro para la medicina basada en la evidencia, resumidos en el programa informático CATmaker<sup>1</sup> y, para las guías de práctica clínica, una adaptación del instrumento Agree<sup>2</sup>. Si un estudio no se consideraba válido, no se valoraba su importancia o aplicabilidad. Si un estudio se consideraba válido pero sus resultados eran poco importantes, no se valoraba su aplicabilidad. Si un estudio era considerado válido, importante y aplicable, se calificaba como aceptable. Si un estudio no era considerado válido, o con resultados poco importantes para la práctica clínica, o no era aplicable, se calificaba como no aceptable. Para cuantificar resultados se ha realizado un análisis descriptivo mediante el cálculo de proporciones.

**Mediciones principales.** Número y tipo de trabajos incluidos. Tasa de estudios considerados aceptables. Motivos por los que algunos fueron considerados no aceptables.

**Resultados.** Se incluyeron 26 trabajos (10 guías de práctica clínica, 7 revisiones de tratamientos y 9 ensayos clínicos), de los cuales fueron aceptables 4 (un 15,38% del total). De los estudios no aceptables 19 fueron considerados no válidos (73,07%) y

3, no importantes (11,53%). No hubo ninguno que fuera considerado no aceptable sólo por no ser aplicable. De las guías, 2 de las 8 fueron aceptables. El resto fueron consideradas no válidas, y la causa más frecuente fue no aludir a métodos sistemáticos para buscar y seleccionar las evidencias. De las revisiones, ninguna de las 7 fue considerada aceptable: en 6 por falta de validez, cuyo motivo fue siempre la ausencia en la sección de métodos de una búsqueda e inclusión de todos los ensayos clínicos relevantes, y en una por imposibilidad de valorar la importancia de los datos ofrecidos. En el caso de los ensayos clínicos, 2 de los 9 fueron aceptables: 5 fueron inaceptables por falta de validez (3 de ellos no eran aleatorios, uno no tuvo un seguimiento suficientemente completo y otro no cumplió los criterios necesarios para validar subgrupos de un ensayo clínico), y 2 porque sus resultados no fueron considerados importantes (en un caso por usar variables no centradas en el paciente y en otro por haber alternativas terapéuticas disponibles más eficaces).

**Discusión y conclusiones.** Algunos de los estudios previos sobre la información proporcionada por la industria farmacéutica se han centrado en evaluar la correlación entre los mensajes ofrecidos en la visita médica y la literatura biomédica que los avala, concluyéndose que hay una inexactitud entre ellos<sup>3,4</sup>. El presente trabajo se ha centrado en evaluar la validez de estudios de tratamiento a texto completo cuando éstos se entregan de forma espontánea a los médicos. La mayoría de las veces, la información proporcionada ha sido considerada inadecuada. La lectura crítica de su validez, importancia y aplicabilidad es un esfuerzo considerable, que tiene sentido como tarea investigadora o como experiencia docente en la que se ejerciten las habilidades de lectura crítica de los residentes, para quien lo desee enfocar de este modo. Los datos obtenidos indican que esta fuente de información, es decir, «estudios de tratamiento a texto completo ofrecidos espontáneamente por la industria farmacéutica», es un formato inaceptable de acceso a información biomédica o como método de formación continuada. No obstante, se requieren otros estudios que superen las limitaciones del presente

trabajo y valoren si se confirman los resultados obtenidos.

**Jose Ángel Cortés Márquez, Miguel Jiménez Blázquez, Eva Monge Casares, Santiago Álvarez Montero y Raquel Carretero Ramos**  
Centro de Salud de Torreledones. Madrid. España.

1. Cebm-net [Homepage on the Internet]. Oxford: Centre for Evidence-Based Medicine. Disponible en: <http://cebm.net>
2. The AGREE Collaboration. AGREE Instrument Spanish version. [Internet]. Disponible en: <http://www.agreecollaboration.org>
3. Ziegler MG, Lew P, Singer BC. The accuracy of drug information from pharmaceutical sales representatives. JAMA. 1995;273:1296-8.
4. Rivera Casares F, Richard Rufino MJ, Navas Cutanda J, Rodríguez Górriz E, Gómez Moruno C, Gómez García B. La información científica que la industria farmacéutica proporciona a los médicos de familia. Aten Primaria. 2005;36:14-8.

## Síndrome de «quemazón» (burnout) en médicos familiares y asistentes médicos

**Introducción.** El síndrome de *burnout* (desgaste o quemazón) fue descrito en 1974 por el psiquiatra Freudenberg<sup>1</sup>. Por las mismas fechas, la psicóloga social Cristina Maslach calificó a los afectados de «sobrecarga emocional» o síndrome de quemazón (SQ), compuesto por agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal<sup>2</sup>. Se observa más en profesionales de la enseñanza, de la salud y psicólogos<sup>3</sup>.

**Objetivo.** Analizar la prevalencia de los componentes del síndrome de *burnout* (SQ) y los factores de riesgo sociodemográficos.

**Palabras clave:** Síndrome de *burnout*. Epidemiología. Maslach Burnout Inventory. Médicos familiares. Asistentes médicos.