

TABLA 1. Hallazgos de tratamiento antirresortivo reflejado en las historias de los centros de salud urbanos

	Total	Mujeres	Varones	Comentarios
Pacientes derivados	137	113	24	Calcio (sin vitamina D) (n = 3)
Registro tratamiento antirresortivo	26	24	2	Calcio + vitamina D (n = 9)
				Alendronato + calcio + vitamina D (n = 11)
				Risedronato (n = 1)
				Risedronato + calcio + vitamina D (n = 1)

Fuente: elaboración propia.

Discusión. En un trabajo reciente¹ se destaca que, de las mujeres mayores de 65 años que ingresaron en un hospital de tercer nivel por una fractura de cadera, sólo el 5% recibió tratamiento médico para prevenir nuevas fracturas por osteoporosis; esto también se observó en los varones, a los que se trató escasamente con calcio y vitamina D².

En la revisión bibliográfica encontramos un estudio situado en un ambiente similar titulado «Prevención de la osteoporosis en pacientes con fractura de cadera»³. En él se concluye que, en su medio asistencial, salvo en contadas ocasiones, no se realizaban maniobras diagnósticas, tratamiento o actividades preventivas de la osteoporosis en pacientes antes de presentar una FEFP. Nuestro trabajo tuvo como objetivo valorar el registro de instauración de dicho tratamiento farmacológico antirresortivo una vez que se había producido el evento más importantes al que lleva la osteoporosis, es decir, en el alta tras intervención por FEFP de carácter osteoporótico. En ninguna de estas altas figuraba la instauración de este tratamiento.

Sólo una concienciación en los ámbitos de atención primaria y especializada puede inducir la instauración de unos fármacos que, a la luz de la evidencia actual, parece que son eficaces y efectivos tras una fractura osteoporótica.

V. Lázaro Muñoz^a, D. Robreño Roger^b, M. Blasco Valle^a y L. Lázaro García^a

^aCentro de Salud Delicias Sur. Zaragoza. España. ^bServicio de Rehabilitación. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza. España

1. Kamel HK, Hussain MS, Tariq S, Perry HM, Morley JE. Failure to diagnose and treatment of the osteoporosis in elderly patients hospitalized with hip fracture. *Am J Med.* 2000;109:326-8.
2. Kiebzak GM, Beinart GA, Perser K, Ambrose CG, Siff SJ, Heggeness MH. Undertreatment of osteoporosis in men with hip fracture. *Arch Intern Med.* 2002;162:2217-22.
3. Brossa Torruella A, Tobías Ferrer J, Orozco López P, Zorrilla Ribeiro J, López Borrás E. Prevención de la OP en pacientes con fractura de cadera. *REEMO.* 2003;12:10-3.

Evaluación del grado de estrés laboral en los profesionales sanitarios de los centros de salud del Área IV de Asturias

El mundo laboral ha experimentado modificaciones significativas en los últimos 30 años. Esto, unido a los cambios demográficos de la población y a las demandas psicosociales, hace que los trabajadores estén expuestos a cambios frecuentes y a una continua necesidad de renovación y actualización. El estrés laboral se define como el conjunto de manifestaciones emocionales y físicas que se presentan cuando las demandas del trabajo exceden las expectativas y capacidades del trabajador¹. Está bien documentada una relación entre

Palabras clave: Atención primaria. Estrés laboral. Modelo Desequilibrio Esfuerzo-Recompensa. Médicos. ATS. Validación.

la exposición a ambientes laborales psicosocialmente perniciosos y la presentación de diversos tipos de enfermedades^{2,3}.

Un instrumento de notable actualidad para evaluar el grado de estrés laboral es el cuestionario alemán Effort-Reward Imbalance Questionnaire (ERI)²⁻⁴. Esta herramienta ha probado su eficacia en la investigación de diversos problemas de salud y cuenta con más de 10 versiones en un número semejante de idiomas, incluido el español. La versión española se denomina Desequilibrio Esfuerzo-Recompensa (DER)^{3,5}.

Objetivos. Medir el grado de estrés laboral –en términos de esfuerzo-recompensa– de los profesionales sanitarios de atención primaria del Área IV de Asturias e identificar las condiciones sociolaborales más estresantes. Recomprobar las propiedades psicométricas del instrumento DER de medida del estrés laboral.

Diseño. Estudio transversal y descriptivo.

Emplazamiento. Todos los centros de salud del Área Sanitaria IV de Asturias (Oviedo).

Participantes. Mediante una encuesta por correo entre todos los sanitarios del Área IV se pudo investigar a 233 profesionales (médicos y ATS/DUE), a los que se aplicó la versión española del cuestionario DER autoadministrado. La muestra investigada abarcó al 55% de los sanitarios del área en el momento del estudio.

Mediciones principales. El estrés laboral se midió con las 3 escalas del cuestionario DER^{4,5}: Esfuerzo extrínseco, Recompensa y Sobreimplicación. Previamente se readaptó el ítem 4 de la escala Esfuerzo extrínseco conforme a los resultados de estudios previos⁵. La consistencia interna del instrumento de medida fue evaluada mediante el coeficiente alfa de Cronbach.

Resultados. Los médicos presentaron grados de Esfuerzo extrínseco y *ratio* esfuerzo-recompensa significativamente más elevados que los ATS/DUE, con grados similares de recompensa y sobreimplicación. Las situaciones laborales de trabajador eventual y los turnos de guardia se asociaron a mayores grados de estrés, especialmente debido a un nivel significativamente bajo de recompensa. A más edad se observó mayor esfuerzo. No se encontraron diferencias según el sexo y el grado de implicación. La fiabilidad ha sido satis-

TABLA 1. Puntuaciones de estrés laboral en sanitarios de atención primaria de Asturias^e

	Esfuerzo extrínseco^a Suma (DE)	t (p)	Recompensa^b Suma (DE)	t (p)	Ratio^c esfuerzo/recompensa (DE)	t (p)	Implicación^d Media (DE)	t (p)
Total (n = 233)	14,51 (4,9)		41,24 (9,1)		0,72 (0,5)		2,35 (0,6)	
Alfa de Cronbach	0,74		0,85				0,80	
Sexo								
Varones (n = 71)	14,85 (5,3)		41,30 (9,3)		0,76 (0,6)		2,26 (0,6)	
Mujeres (n = 162)	14,36 (4,6)	0,499	41,21 (8,9)	0,946	0,70 (0,4)	0,470	2,40 (0,5)	0,131
Grupo edad (años)								
< 42 (n = 77)	13,2 (5,1)		39,5 (9,7)		0,73 (0,6)		2,25 (0,4)	
43-49 (n = 84)	15,1 (4,6)		41,5 (8,8)		0,73 (0,4)		2,36 (0,5)	
> 50 (n = 72)	15,1 (4,5)		42,7 (8,3)		0,71 (0,4)		2,46 (0,5)	
	0,018*		0,096		0,961		0,102	
Categoría								
Médicos (n = 120)	15,64 (4,5)		40,93 (9,6)		0,79 (0,5)		2,41 (0,6)	
ATS/DUE (n = 113)	13,33 (4,9)	0,000***	41,56 (8,5)	0,590	0,65 (0,4)	0,038*	2,31 (0,5)	0,195
Situación laboral								
Fijo (n = 115)	14,87 (4,7)		43,26 (8,1)		0,70 (0,5)		2,37 (0,6)	
Eventual (n = 118)	14,16 (5,1)	0,268	39,24 (9,5)	0,001***	0,75 (0,5)	0,412	2,34 (0,5)	0,719
Turnos de guardia								
Sí (n = 45)	15,04 (5,9)		38,45 (10,7)		0,87 (0,6)		2,32 (0,6)	
No (n = 188)	14,38 (4,6)	0,464	41,90 (8,7)	0,052*	0,69 (0,4)	0,107	2,36 (0,5)	0,720

DE: desviación estándar.

^aEl mayor valor corresponde a un mayor esfuerzo extrínseco: rango 6-30.

^bEl mayor valor corresponde a una mayor recompensa: rango 11-55.

^cEl mayor valor corresponde al mayor estrés: riesgo alto ≥ 1 .

^dEl mayor valor corresponde mayor implicación en el trabajo: rango 0-4.

^eDiferencias calculadas con el test de la t de Student para muestras independientes o ANOVA, respectivamente.

*p < 0,05. **p < 0,01. ***p < 0,001.

factoria en todas las escalas, con valores alfa entre 0,74 y 0,85 (tabla 1).

Conclusiones. Con el presente trabajo se ha realizado la validación de la versión española del ERI tras los últimos trabajos de readaptación. Se han podido reproducir en nuestro medio los componentes del modelo teórico y validar todos los ítems del instrumento de medida. La fiabilidad del instrumento es muy buena y similar a la que se conoce a partir de otros estudios⁶. Todo ello sugiere que los métodos seguidos en las fases de adaptación transcultural han producido una versión española del cuestionario DER equivalente a la versión original. Este hecho es esencial para permitir futuros estudios nacionales, así como otros comparativos internacionales.

La medición ha podido reproducir diferencias importantes en cuanto a la edad, la categoría profesional, el tipo de trabajo o la estabilidad laboral de los trabajadores. Los

grados de implicación más altos se dieron entre los mayores de 50 años. Dado que la sobreimplicación actúa como moderador (p. ej., incrementando) del efecto del desequilibrio esfuerzo-recompensa en la salud, los trabajadores de más edad se pueden considerar un grupo particularmente expuesto. En comparación con los profesionales sanitarios de un hospital público de la región⁵, no se hallaron diferencias entre los médicos de ambos medios asistenciales. Sin embargo, sí hay diferencias marcadas entre las enfermeras de ambos medios, que presentan más esfuerzo y menor recompensa en el medio hospitalario. Todos estos hallazgos apoyan la capacidad discriminatoria de la versión adaptada y están en consonancia con los descritos por otros estudios previos⁶.

Desde una perspectiva esfuerzo-recompensa, el colectivo sanitario investigado puede considerarse, en general, de bajo riesgo (un 15% tiene riesgo alto, *ratio* es-

fuerzo-recompensa ≥ 1). Sin embargo, la administración sanitaria debería revisar las condiciones laborales de los profesionales de atención primaria atendiendo especialmente a los criterios de categoría profesional, edad y estabilidad laboral.

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 éste pudiera realizarse.

R. Martín-Payo^a, E. Fernández-Fidalgo^b, R. Hernández-Mejía^a y J. A. Fernández-López^c

^aÁrea de Medicina Preventiva y Salud Pública. Universidad de Oviedo. Asturias. España. ^bFacultad de Ciencias Económicas y Empresariales. Universidad de Oviedo. Oviedo. Asturias. España. ^cCentro de Salud de Riosa. Servicio de Salud del Principado de Asturias. España.

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. Siegrist J. Long-term stress in daily life in a socio-epidemiologic perspective. En: Theorell T, editor. *Everyday biological stress mechanisms*. Advanced in psychosomatic medicine. Basel: Karger; 2001. p. 91-103.
 3. 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.
 4. Siegrist J. Adverse health effects of high-effort/low-reward conditions. *J Occupational Health Psychol*. 1996;1:27-41. Disponible en: <http://www.uni-duesseldorf.de/MedicalSociology/eifappendixport.htm>
 5. Macías Robles MD, Fernández López JA, Hernández Mejía R, Cueto Espinar A, Rancano 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.
 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.
-