



ORIGINAL

Evolución del burnout y variables asociadas en los médicos de atención primaria[☆]

Ángel Carlos Matía Cubillo^{a,*}, José Cordero Guevara^b,
José Javier Mediavilla Bravo^a, María José Pereda Riguera^b,
María Luisa González Castro^c y Ana González Sanz^d

^a Centro de Salud Pampliega, Pampliega, Burgos, España

^b Gerencia de Atención Primaria de Burgos, Burgos, España

^c Unidad Docente MFyC, Burgos, España

^d Centro de Salud Las Torres, Burgos, España

Recibido el 12 de noviembre de 2008; aceptado el 22 de mayo de 2010

Disponible en Internet el 17 de mayo de 2012

PALABRAS CLAVE

Burnout;
Estudio longitudinal;
Médicos de atención
primaria;
Recursos personales;
Comunicación interna

Resumen

Objetivo: Analizar la evolución del burnout y elaborar un modelo explicativo.

Diseño: Estudio prospectivo de cohorte dinámica.

Emplazamiento: Todos los centros de AP de Burgos.

Sujetos: Todos los médicos de AP excepto urgencias, pediatría y residentes.

Mediciones principales: Cuestionario anónimo autoadministrado: *Maslach Burnout Inventory* (MBI) y variables relacionadas. Análisis mediante la t de Student, el test de la χ^2 y regresión logística.

Resultados: Respuesta del 47,76% en 2007, inferior a la del 2005.

Existieron diferencias significativas entre 2005 y 2007, para los incrementos en el porcentaje de médicos fumadores, formación postgrado, especialidad vía MIR, y los que consideran que la coordinación con enfermería y atención especializada y comunicación institucional son adecuadas.

Aumenta la prevalencia de burnout casi un punto con respecto a 2005, disminuye el desgaste máximo; disminuyó el cansancio emocional (CE) y aumentó la realización personal (RP) y despersonalización (DP). Densidad de incidencia de burnout de 1/113,5 médicos de atención primaria por año.

La existencia de burnout se asocia a la utilización de medicación crónica e inadecuada coordinación con enfermería y CE además con elevada presión asistencial.

[☆] La idea del estudio prospectivo fue presentada como comunicación de «Proyecto de investigación» al XXVII Congreso Nacional SEMFYC de Valladolid.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: angelcmatia@gmail.com (Á.C. Matía Cubillo).

Conclusiones: El aumento de la prevalencia hallado es compatible con la idea del burnout como desarrollo dinámico y el modelo teórico descrito.

El empleo estable y de calidad es una vía para mitigar indirectamente (favoreciendo la comunicación interna) el desgaste profesional.

En el análisis multivariado la variable más determinante en la aparición de burnout es la inadecuada coordinación con enfermería.

© 2008 Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

KEYWORDS

Burnout;
Longitudinal studies;
Family physicians;
Workforce;
Internal
communication

Evolution of burnout and associated factors in primary care physicians

Abstract

Purpose: To analyse the course of burnout and develop an explanatory model.

Design: Prospective cohort dynamics.

Site: All primary health care centres in Burgos.

Subjects: All physicians except medical emergencies, paediatrics and residents.

Main measurements: Anonymous self-report questionnaire: Maslach Burnout Inventory (MBI) and related variables. An analysis was performed using the Student-*t*, X^2 test and logistic regression.

Results: The response rate was 47.76% in 2007, which was lower than that of 2005. There were significant differences between 2005 and 2007, for increases in the percentage of physicians who smoked, postgraduate training, residency, and those who believe that coordination with nursing and specialist care and institutional communication is appropriate. There was an increase in the prevalence of burnout by almost one point compared with 2005, a decrease in maximum burnout and emotional exhaustion (EC), and an increase in depersonalisation (DP) and personal accomplishment (RP). The incidence density of burnout was 1/113. 5 primary care physicians per year. The existence of burnout is associated with the use of chronic medication and inadequate coordination between nursing and EC, and also with the high workload.

Conclusions: The increase in the prevalence found is consistent with the idea of burnout as a dynamic development and the theoretical model described. Stable and quality employment is one way to indirectly mitigate (by encouraging internal communication) professional burnout. In the multivariate analysis, the most critical variable in the onset of burnout is the inadequate coordination with nursing.

© 2008 Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

En los últimos años están apareciendo múltiples publicaciones médicas sobre lo que ha venido denominándose «síndrome del desgaste profesional», que proviene de los países anglosajones con el término «burnout», cuya acepción posiblemente más acertada en nuestro ámbito sería «estar quemado», que consta de 3 dimensiones imbricadas: cansancio emocional (CE), despersonalización (DP) y realización personal (RP).

Los factores que condicionan su aparición están ampliamente documentados y se pueden agrupar en la sinergia de las características personales y los factores del entorno¹⁻⁶; dicho síndrome se ha definido⁷ como un trastorno adaptativo por un estrés crónico de tipo laboral y es el resultado de la discrepancia entre los ideales individuales y la realidad del trabajo diario². La capacidad de afrontar el estrés^{2,4,8}, en íntima relación con la satisfacción laboral⁹⁻¹¹, está relacionada con el proceso de desgaste profesional.

La mayoría de las variables relacionadas con el burnout están asociadas con la dimensión CE, que es la que más se relaciona con niveles de estrés crónico elevados y de las 3 es la que más diferencias aporta^{10,12}, siendo la que mejor valora

la existencia del síndrome^{11,13}, considerándose el núcleo del que evolucionan las otras dimensiones¹⁴.

La importancia del burnout en el ámbito médico deriva de ser un proceso continuo que pasa por varias fases¹⁵ pero en el que los que están en riesgo de presentarlo o están afectados en muchos casos no son conscientes o lo niegan; esta situación produce una grave repercusión y deterioro no solo a nivel personal, sino sociofamiliar y profesional, con una disminución de la calidad del trabajo^{1,2,16} y ausencias laborales¹⁷. En los afectados parece existir un punto de no retorno a partir del cual se estabiliza pero no tiende a la remisión¹⁸. En la [figura 1](#) se propone un modelo teórico basado en los estudios realizados en el ámbito sanitario.

Del conjunto de trabajadores de atención primaria (AP) cabe destacar que los médicos son los que tienen los niveles más altos de burnout¹⁹, por encima de la atención especializada^{12,20}.

Los estudios realizados en personal médico en su gran mayoría son de atención especializada, no siendo tan numerosos en AP ([fig. 2](#)); otros indagan únicamente en la satisfacción laboral, por lo que no son comparables. Apenas existen estudios longitudinales en el ámbito sanitario^{6,8,18,21-24} que nos permitan valorar su evolución y las

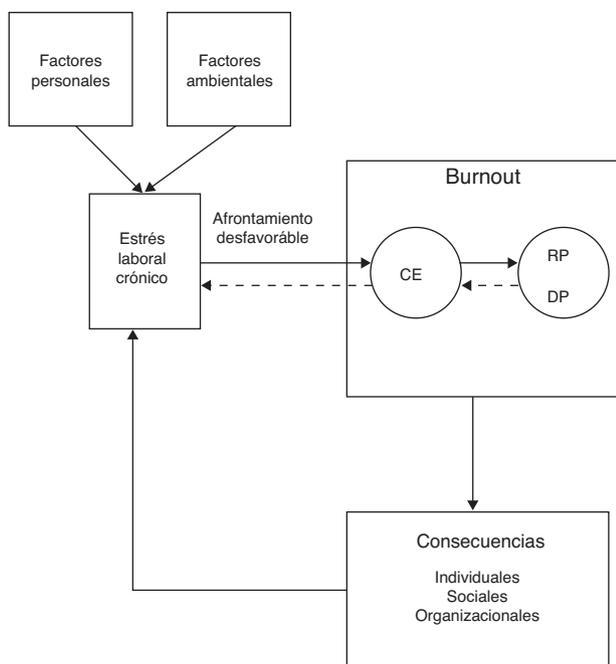


Figura 1 Modelo teórico del proceso de burnout.

variables asociadas, y no encontramos ninguno poblacional en nuestro ámbito.

Los objetivos de este estudio son analizar la evolución del burnout en una población de médicos de AP, elaborar un modelo explicativo y estudiar las variables relacionadas con él.

Material y métodos

Estudio analítico prospectivo de cohorte abierta o dinámica.

Dirigido a todos los médicos de familia de AP del Área de Salud de Burgos. Se excluyó a los que realizan pediatría, los que trabajan en los servicios de urgencia y los residentes, por tener un perfil de trabajo distinto. Se recogieron datos en los años 2005 y 2007, mediante un cuestionario anónimo autoadministrado, remitido por correo interno con el esquema descrito en 2005²⁵. El cuestionario incluía:

- El *Maslach Burnout Inventory* (MBI) en su versión validada al español, que valora el desgaste profesional en

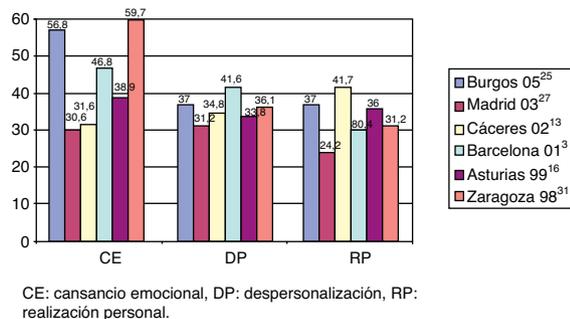
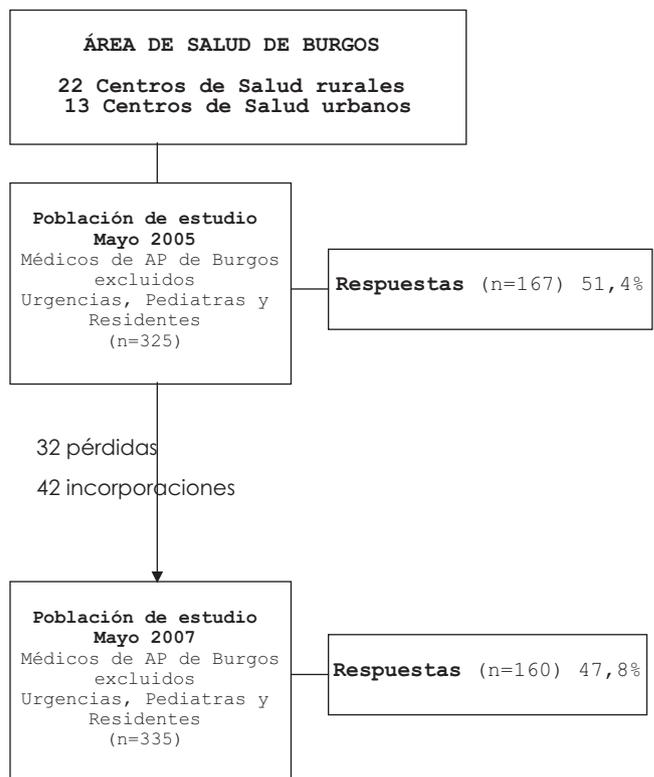


Figura 2 Prevalencia de niveles altos de las 3 dimensiones del burnout en estudios nacionales con médicos de AP.

3 dimensiones: CE, DP y RP, mediante 22 preguntas con escala tipo Likert, con puntuación de 0 a 6; con los puntos de corte ya establecidos.

- Cuestionario elaborado a partir de las variables recogidas en la bibliografía (tabla 1). Al final del cuestionario, aparecía una pregunta abierta para aportar posibles medidas preventivas o de mejora. En el año 2007 se añadió la variable dicotómica: ¿contestaste este cuestionario la vez anterior?

Para el análisis de los datos se utilizó el programa estadístico SPSS versión 11.0. Primero se compararon las características de los médicos que respondieron a la encuesta con la población de médicos de AP del área (tabla 2), para valorar su representatividad. Se calculó una estimación de la tasa o densidad de incidencia de burnout, se obtuvieron los valores medios y las desviaciones estándar de las variables, con un intervalo de confianza del 95% para las variables cuantitativas y tabla de frecuencias para las cualitativas; se llevó a cabo un análisis bivariante, la comparación de porcentajes se realizó mediante el test de la χ^2 y la comparación de las medias con la prueba de la t de Student, con un nivel de significación de $p < 0,05$; por último, se realizó un análisis de regresión logística de forma secuencial según el modelo de desgaste profesional descrito, para valorar la relación de las variables que en el análisis bivariante eran más significativas con el burnout.



Esquema general del estudio. Estudio analítico prospectivo de cohorte abierta o dinámica, mediante cuestionario anónimo autoadministrado, en los años 2005 y 2007.

Tabla 1 Variables independientes del cuestionario

Sociodemográficas	<ul style="list-style-type: none"> • Edad • Sexo
Red social	<ul style="list-style-type: none"> • Estado civil • Número de hijos • Número de amigos • Número de horas diarias dedicadas al ocio
Hábitos de vida	<ul style="list-style-type: none"> • Fumador
Formación	<ul style="list-style-type: none"> • Uso de medicación crónica • Formación posgrado • Especialidad MIR MFyC
Características laborales	<ul style="list-style-type: none"> • Contrato laboral • Dedicación exclusiva • Número de años de experiencia profesional en AP • Número de años en el centro actual • Localización del centro de salud • Horario de trabajo • Realización de guardias • Número de kilómetros totales diarios desde el domicilio habitual • Número de pacientes asignados al cupo • Número de pacientes diarios de media • Número de reuniones del equipo al mes • Centro acreditado para la docencia • Tutor de residentes
Comunicación interna	<ul style="list-style-type: none"> • La coordinación con enfermería es la adecuada • La coordinación con especializada es la adecuada • La comunicación institucional es la adecuada

Resultados

En los 2 años de seguimiento de la población se produjeron 32 pérdidas, la mayoría por traslados, y hubo 42 altas. La diferencia entre ambas ofrece un perfil de mujer, de menor edad, y con especialidad vía MIR.

La tasa de respuesta del 47,76% en el año 2007 fue inferior a la del año 2005. Los profesionales que dieron respuesta a los cuestionarios fueron representativos de la población (tabla 2), con un porcentaje de respuesta mayor de tutores en 2007.

De las variables analizadas en el estudio, y que por su carácter personal no se disponía de datos en la población de referencia, existieron diferencias significativas entre los cortes del 2005 y el 2007, para los incrementos en el porcentaje de médicos que fuman, con formación de posgrado, de los que tienen la especialidad vía MIR y de los que consideran que la coordinación con enfermería y atención especializada y la comunicación institucional es adecuada. La coordinación con enfermería la consideran adecuada el 71,7% actualmente, y destaca el bajo porcentaje de médicos que creen adecuada la coordinación con atención especializada (19,7%) o la comunicación institucional (26,9%), pese al incremento de un 35 y un 107%, respectivamente.

Se observa un aumento de la prevalencia de burnout (68,8%) de casi un punto con respecto al año 2005, aunque disminuye también un punto (20,6%) el porcentaje de encuestados cuyo desgaste era máximo; disminuyó la dimensión CE y aumentaron la RP y la DP (fig. 3).

La densidad de incidencia de burnout fue de (0,0088 médicos-año) 1/113,5 médicos de atención primaria por año.

Las variables asociadas significativamente con una puntuación elevada en alguna de las dimensiones o con burnout aparecen recogidas en la tabla 3. En el análisis mediante regresión logística, la dimensión CE se asocia a la utilización de medicación crónica, elevada presión asistencial e inadecuada coordinación con enfermería, y DP con los kilómetros diarios realizados, la edad y sexo aparecen como factores de confusión en estas dimensiones; la existencia de burnout se asocia a la inadecuada coordinación con enfermería y la utilización de medicación crónica.

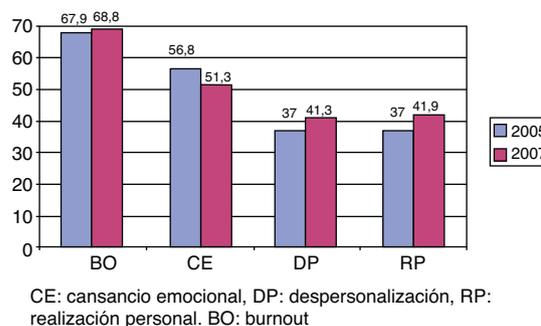


Figura 3 Proporción de niveles altos de burnout y sus dimensiones en los años 2005 y 2007.

Tabla 2 Características de los médicos que dieron respuesta a la encuesta y de la población de referencia de AP del Área de Burgos 2005-2007

	Participantes encuesta 2005	Población área 2005	Participantes encuesta 2007	Población área 2007
<i>n</i>	167	325	160	335
Edad (años)	47,1 ± 5,7	49 ± 5,6	48 ± 6,9	50,7 ± 5,7
Sexo				
Mujeres	40%	40,9%	42,1%	42,7%
Hombres	60%	59,1%	57,9%	57,3%
Contrato laboral				
Propietario	66,7%	66,8%	66%	75,2%
Interino	26%	26,9%	20,8%	21,8%
Sustituto	7,3%	6,3%	13,2%	3%
Exclusividad				
No	3,7%	3,4%	7,5%	3%
Sí	96,3%	96,6%	92,5%	97%
Localización centro de salud				
Rural	61,2%	57,9%	61,2%	57%
Urbano	38,8%	42,1%	38,8%	43%
Cupo				
< 1.500	62,5%	64%	57,6%	62,2%
≥ 1.500	37,5%	36%	42,4%	37,8%
Presión asistencial				
< 30	45,1%	56,1%	44,9%	55,5%
≥ 30	54,9%	43,9%	55,1%	44,5%
Acreditación docente				
No	73,9%	73,3%	60,6%	74,1%
Sí	26,1%	26,7%	39,4%	25,9%
Tutor residentes				
No	90,3%	88,9%	81,1%	89,3%
Sí	9,7%	11,1%	18,9%	10,7%

Discusión

El nivel de burnout parece incrementarse en el tiempo²⁶, aunque en los distintos estudios españoles (fig. 2) no se observa una tendencia clara, la respuesta son los estudios multicéntricos y prospectivos; el único estudio en AP a nivel estatal¹⁰ tuvo una tasa de respuesta baja y con un porcentaje importante de médicos residentes, por lo que sus resultados no se pueden generalizar, el único estudio prospectivo¹⁸ presenta un reducido tamaño muestral y confirma el incremento en los previamente no afectados.

El aumento de la prevalencia hallado en nuestro estudio es compatible con la idea del burnout como desarrollo dinámico² y el modelo teórico descrito, en que aumenta el burnout globalmente y avanzando por una serie de fases disminuye el CE y se desplaza a las siguientes dimensiones, disminuyendo el grado máximo (las 3 dimensiones afectadas) por las incorporaciones nuevas que comenzarían con un grado más leve.

En nuestro trabajo no hallamos relación entre el burnout y las variables sociodemográficas, al igual que otros estudios^{3,12,21,27,28}. La edad aparece como un factor de

confusión en su asociación al CE y el sexo varón a la DP, al controlar por dichos factores.

Aunque algunos estudios hallan un mayor nivel de desgaste en los profesionales de mayor^{10,13} o menor edad¹⁶, se ha apuntado que posiblemente su relación puede depender del punto de corte utilizado en la formación de los grupos de edad²⁷. Del mismo modo, en relación con el sexo los estudios en AP son contradictorios.

Ya se había planteado la posible influencia de la utilización de medicación crónica²⁷, encontrando asociación del consumo de psicofármacos con la dimensión CE⁵; confirmada en nuestro estudio, cuya íntima relación con el estado de salud aparece como una de las causas identificables en el desarrollo de burnout.

La presión asistencial se asocia a niveles altos de CE^{13,25,27}, ya que está fuertemente influenciado por la carga de trabajo¹¹.

Destaca que el 28,3% de los médicos cree que la coordinación con enfermería no es la adecuada, a lo que habría que buscar respuesta para que no repercuta en el trabajo en equipo y la calidad de la atención prestada, pero aún es más llamativo que más del 80% de ellos opina lo mismo respecto de la especializada y se asocia ($p=0,008$)

Tabla 3 Distribución de las variables relacionadas con las dimensiones del burnout del 2007

	CE alto	DP alta	RP baja	BO
<i>Edad</i>	**			
< 45 años	29,4%	32,4%	32,4%	55,9%
≥ 45 años	56,9%	43,1%	43,9%	72,4%
<i>Sexo</i>		**		
Hombre	56,5%	52,2%	45,7%	72,8%
Mujer	43,3%	25,4%	35,8%	62,7%
<i>Tiempo para el ocio</i>		**		*
No	77,8%	88,9%	44,4%	88,9%
Sí	48,8%	38%	42,1%	64,5%
<i>Uso medicación crónica</i>	*			*
No	44,6%	37,5%	37,5%	63,4%
Sí	66%	48,9%	51,1%	80,9%
<i>Especialidad MIR MFyC</i>			*	
No	54,3%	41%	47,6%	72,4%
Sí	45,5%	41,8%	30,9%	61,8%
<i>Años de experiencia laboral</i>	*			
≤ 10 años	33,3%	40,7%	37%	63%
> 10 años	54,8%	41,1%	41,1%	69,4%
<i>Número de kilómetros totales diarios</i>		*		
≤ 50	55,7%	47,7%	40,9%	71,6%
> 50	38,9%	27,8%	38,9%	57,4%
<i>Presión asistencial</i>	*			
< 30	40,9%	36,4%	40,9%	66,7%
≥ 30	61,7%	43,2%	40,7%	70,4%
<i>Coordinación enfermería adecuada</i>	**	*		**
No	77,8%	53,3%	51,1%	88,9%
Sí	41,2%	36%	37,7%	60,5%
<i>Comunicación institucional adecuada</i>	*			*
No	56,1%	42,1%	44,7%	72,8%
Sí	38,1%	42,9%	33,3%	57,1%

CE: cansancio emocional; DP: despersonalización; RP: realización personal.

*p < 0,05.

**p < 0,01.

a una mayor edad, hay que tener en cuenta que las generaciones de residentes son más jóvenes y han tenido un contacto directo con muchos de los profesionales, facilitándoles la comunicación. Estos cauces de relación debieran propiciarse desde las gerencias para favorecer la correcta coordinación entre niveles asistenciales; de hecho, el conocimiento personal y el trato habitual permiten apreciar el valor del trabajo respectivo²⁹. La comunicación institucional inadecuada se asocia a las dimensiones del burnout³⁰, apareciendo en nuestro estudio reflejada en un porcentaje elevado de encuestados, y toma consistencia al aparecer relacionada con el burnout y CE en el tiempo.

Es llamativa la mejora experimentada en las variables de comunicación interna en estos 2 años, pese a no haberse realizado ninguna intervención específica sobre ellas; sin embargo, el aumento del número de médicos con plaza en propiedad está asociado a esta mejoría en el caso de las variables coordinación con enfermería y comunicación institucional, pudiendo ser el empleo estable y de calidad un

indicador o una vía para mitigar indirectamente (favoreciendo la comunicación interna) el desgaste profesional.

En el análisis multivariado, la variable de más peso es la inadecuada coordinación con enfermería, recíprocamente se ha visto que una buena relación de enfermería con el equipo, y concretamente con los médicos, se relacionaba con bajo nivel de burnout²² y una mayor satisfacción laboral¹¹, y la falta de reconocimiento de su trabajo se relaciona con la dimensión CE³⁰. Esta interacción supone un elemento determinante en la aparición de burnout y una oportunidad de mejora organizativa.

Una posible limitación del estudio podría ser el porcentaje de respuesta, aunque algunos estudios transversales dirigidos a médicos de AP obtuvieron valores más altos, en torno al 60%^{13,16} e incluso del 80%²⁷, la tasa de respuesta fue similar^{12,28,31} o superior^{10,32,33} a la de otros estudios de AP realizados con la misma metodología, sin diferencias significativas de los que respondieron con la población de referencia. En estudios longitudinales en médicos de

AP a nivel nacional, el único encontrado tiene distinta metodología¹⁸; en estudios de otros países del ámbito sanitario, los cortes sucesivos obtuvieron también menor porcentaje de respuesta^{6,8,11,24}.

Cabe reflexionar que el método empleado para la realización de los cuestionarios puede incrementar la tasa de respuesta mediante la presencia de un colaborador por centro²⁷ o la encuesta directa con entrevista³ como planteamiento para futuros trabajos.

Al ser una encuesta anónima, no es posible conocer el tiempo en riesgo para cada individuo, por lo que el denominador de la tasa de incidencia representa la media entre médicos al principio y final del periodo estudiado por el tiempo medio de seguimiento³⁴.

En el estudio nos hemos centrado en los factores ambientales, ya que son los que tienen más peso en la aparición del desgaste profesional y más fácilmente modificables mediante intervenciones que favorezcan un entorno laboral adecuado, en el que el médico se implique y tenga poder de decisión.

Algunos de los aspectos laborales de los médicos, relacionados con la satisfacción en el trabajo, han empeorado en los últimos años⁹; si a esto unimos un desgaste profesional con alta prevalencia y en progresión en los médicos de AP, si no se toman las medidas estructurales y organizativas necesarias a medio plazo, con acciones de prevención y mejora, desembocará en un compromiso de la calidad del sistema sanitario de AP.

Puntos clave

Lo conocido sobre el tema

La importancia del burnout en el ámbito médico deriva de ser un proceso continuo que pasa por varias fases, con repercusión y deterioro personal, sociofamiliar y profesional.

Apenas existen estudios longitudinales en el ámbito sanitario que nos permitan valorar su evolución y variables asociadas, y no encontramos ninguno poblacional en nuestro ámbito.

Entre los factores ambientales las variables de comunicación interna tienen una valoración negativa en un alto porcentaje.

Qué aporta este estudio

El aumento de la prevalencia hallado es compatible con la idea del burnout como desarrollo dinámico y el modelo teórico descrito.

El empleo estable y de calidad es un indicador o una vía para mitigar indirectamente (favoreciendo la comunicación interna) el desgaste profesional.

En el análisis multivariado, las variables asociadas con la aparición de burnout son la utilización de medicación crónica y la inadecuada coordinación con enfermería, y con CE además la presión asistencial.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Agradecimientos

A los compañeros que dedicaron parte de su tiempo para responder la encuesta y la inestimable colaboración de la Gerencia de AP de Burgos, posibilitando este trabajo para todos.

Bibliografía

- Hidalgo I, Díaz RJ. Estudio de la influencia de los factores laborales y sociodemográficos en el desarrollo del síndrome de agotamiento profesional en el área de medicina especializada del Insalud de Ávila. *Med Clin (Barc)*. 1994;103:408-12.
- Mingote Adán JC. Síndrome burnout. *Monografías de Psiquiatría*. 1997;5:1-44.
- 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.
- Casas J, Repullo JR, Lorenzo S. Estrés laboral en el medio sanitario y estrategias adaptativas de afrontamiento. *Rev Calidad Asistencial*. 2002;17:237-46.
- Grau A, Suñer R, García MM, Grupo de estudio del síndrome de desgaste profesional en los hospitales de Girona. Desgaste profesional en el personal sanitario y su relación con los factores personales y ambientales. *Gac Sanit*. 2005;19:463-70.
- Spence Laschinger HK, Finegan J. Situational and dispositional predictors of nurse manager burnout: a time-lagged analysis. *J Nurs Manag*. 2008;16:601-7.
- Flórez Lozano JA. Salud mental del médico: prevención y control del burnout. *Salud Global-Salud Mental*. 2003;2:1-7.
- Ahola K, Hakkanen J. Job strain, burnout, and depressive symptoms: a prospective study among dentists. *J Affect Disord*. 2007;104:103-10.
- Sobrequés J, Cebriá J, Segura J, Rodríguez C, García M, Juncosa S. La satisfacción laboral y el desgaste profesional de los médicos de atención primaria. *Aten Primaria*. 2003;31:227-33.
- Esteve M, Larraz C, Soler JK, Yaman H. Desgaste profesional en los médicos de familia españoles. *Aten Primaria*. 2005;35:108.
- Gelsema TI, Van der Doef M, Maes S, Janssen M, Akerboom S, Verhoeven CH. A longitudinal study of job stress in the nursing profession: causes and consequences. *J Nurs Manag*. 2006;14:289-99.
- Martínez de la Casa Muñoz A, Del Castillo Comas C, Magaña Loarte E, Bru Espino I, Franco Moreno A, Segura Fragoso A. Estudio sobre la prevalencia del burnout en los médicos del Área Sanitaria de Talavera de la Reina. *Aten Primaria*. 2003;32:343-8.
- 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.
- Leiter MP, Maslach C. Areas of worklife: a structured approach to organizational predictors of job burnout. En: Perrewe PL, Ganster DC, editores. *Research in occupational stress and well-being*. Oxford: JAI Press/Elsevier Sciences Ltd; 2004. p. 91-134.
- Chernis C. *Beyond burnout: Helping teachers, nurses therapists and lawyers recover from stress and disillusionment*. Nueva York: Routledge; 1995.
- Olivar Castrillón C, González Moran S, Martínez Suárez MM. Factores relacionados con la satisfacción laboral y el desgaste profesional en los médicos de Atención Primaria de Asturias. *Aten Primaria*. 1999;24:352-9.

17. Duijts SF, Kant I, Swaen GM, Van den Brandt PA, Zeegers MP. A meta-analysis of observational studies identifies predictors of sickness absence. *J Clin Epidemiol*. 2007;60:1105-15.
18. Cebriá J, Palma C, Sobrequés J, Ger S, Ferrer M, Segura J. Evolución del síndrome de desgaste profesional en médicos de familia: estudio longitudinal a los 5 años. *SEMERGEN*. 2008;34:107-12.
19. Pardo Álvarez J, López Herrero F, Moriña Macías M, Pérez Collado M, Freire Pérez P, Fernández Leal R. ¿Estamos quemados en atención primaria? *Medicina de Familia (And)*. 2002;4:245-50.
20. Grassi L, Magnani K. Psychiatric morbidity and burnout in the medical profession: an Italian study of general practitioners and hospital physicians. *Psychother Psychosom*. 2000;69:329-34.
21. McCranie EW, Brandsma JM. Personality antecedents of burnout among middle-aged physicians. *Behav Med*. 1988;14:30-6.
22. Aries M, Ritter IZ. Nurses with and without burnout: a comparison. Results of a quantitative longitudinal study and a qualitative depth study. *Pflege*. 1999;12:83-8.
23. McManus IC, Keeling A, Paice E. Stress, burnout and doctors' attitudes to work are determined by personality and learning style: a twelve year longitudinal study of UK medical graduates. *BMC Med*. 2004;18:29.
24. Gopal R, Glassheen JJ, Miyoshi TJ, Prochazka AV. Burnout and internal medicine resident work-hour restrictions. *Arch Intern Med*. 2005;165:2595-600.
25. Matía Cubillo AC, Cordero Guevara J, Mediavilla Bravo J, Pereda Riguera MJ. Prevalencia de burnout y variables asociadas en los médicos de atención primaria de Burgos. *Aten Primaria*. 2006;38:58-60.
26. Kushnir T, Levhar C, Cohen AH. Are burnout levels increasing? The experience of Israeli primary care physicians. *Isr Med Assoc J*. 2004;6:451-5.
27. Molina Siguero A, García Pérez MA, Alonso González M, Cermeño C. Prevalencia de desgaste profesional y psicomorbilidad en médicos de atención primaria de un área sanitaria de Madrid. *Aten Primaria*. 2003;31:564-71.
28. Varela Centelles PI, Fontao Valcárcel LF, Martínez González AM, Pita Babío A, Valín Liz MC. Desgaste profesional entre los odontólogos y estomatólogos del Servicio Gallego de Salud. *Aten Primaria*. 2005;35:301-5.
29. Cebriá J. ¿Mejora la comunicación entre niveles asistenciales? *Aten Primaria*. 2005;6:288-9.
30. Villanueva Orbáiz R, Albaladejo Vicente R, Ortega Molina P, Astasio Rabiza P, Calle Purón ME, Domínguez Rojas V. Epidemiología del síndrome de burnout. *Rev Enferm*. 2008;31:509-18.
31. De Pablo González R, Suberviola González JF. Prevalencia del síndrome de burnout o desgaste profesional en los médicos de atención primaria. *Aten Primaria*. 1998;22:580-4.
32. 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.
33. Pérez Álvarez T, Díaz Carreiras C. Prevalencia del burnout en farmacéuticos de atención primaria. *FAP*. 2007;5:3-7.
34. Lazcano-Ponce E, Fernández E, Salazar-Martínez E, Hernández-Ávila M. Estudios de cohorte. Metodología, sesgos y aplicación. *Salud Publica Mex*. 2000;42:230-41.