

# Evolución del síndrome de desgaste profesional en médicos de familia: estudio longitudinal a los 5 años

J. Cebrià<sup>a,b</sup>, C. Palma<sup>a</sup>, J. Sobrequés<sup>c</sup>, S. Ger<sup>a</sup>, M. Ferrer<sup>a</sup> y J. Segura<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Facultad de Psicología, Ciències de l'Educació i de l'Esport Blanquerna. Universitat Ramon Llull. Barcelona.

<sup>b</sup>EAP Granollers Sud. Institut Català de la Salut. Barcelona.

<sup>c</sup>Unitat de Recerca de Resultats en Salut. Hospital Universitari Vall d'Hebron. Barcelona.

**INTRODUCCIÓN.** El objetivo del presente estudio fue analizar la evolución del síndrome de *burnout* mediante el seguimiento de un grupo de médicos de familia a lo largo de cinco años.

**MATERIAL Y MÉTODO.** Estudio descriptivo y longitudinal realizado en la ciudad de Barcelona y las comarcas del norte de la provincia. A partir de un estudio realizado en el año 2000 con 528 médicos de familia se obtuvieron dos muestras que sumaban un total de 100 médicos. La primera de éstas aglutinaba individuos con puntuaciones altas de *burnout* (PAB) mientras que la segunda estaba formada por médicos que estaban dos desviaciones estándar por debajo de la media puntuando bajo en el síndrome de *burnout* (PBB). Se realizó una entrevista y se administraron un cuestionario de datos sociodemográficos y el *Maslach Burnout Inventory* (MBI).

**RESULTADOS.** Los niveles de desgaste profesional en los médicos de familia se han incrementado globalmente en cinco años. El grupo PAB, aunque mejora en niveles de cansancio emocional (CE) ( $p = 0,034$ ), de despersonalización (DP) ( $p = 0,035$ ) y realización personal (RP) ( $p = 0,004$ ), continúa teniendo criterios de SDP (síndrome de desgaste profesional) establecido. Por el contrario, los profesionales del grupo PBB han aumentado significativamente sus niveles de CE ( $p = 0,000$ ) y DP ( $p = 0,000$ ). Realizar formación específica afecta al mantenimiento de las puntuaciones en el subgrupo PBB ( $F = 4,415$ ;  $p = 0,046$ ).

**CONCLUSIÓN.** Los niveles de *burnout* en médicos de familia han aumentado en los últimos cinco años y han afectado a profesionales que anteriormente no lo sufrían. En personas ya afectadas la evolución tiende a una cierta estabilidad en puntuaciones altas.

*Palabras clave:* síndrome de desgaste profesional, médicos de familia, Atención Primaria, estudio longitudinal.

**INTRODUCTION.** The aim of the current study was to analyze the evolution of the burnout syndrome in a group of family doctors throughout five years.

**MATERIAL AND METHODS.** A descriptive and longitudinal study was conducted in Barcelona and the north region of the province. Two samples with a total of 100 doctors were obtained from a study published in 2000. The first sample was formed by physicians with high scores of burnout (PAB). The second one was formed by physicians who were two standard deviations below the median low score in burnout (PBB). We obtained data from a questionnaire of socio-demographic information and the *Maslach Burnout Inventory* (MBI).

**RESULTS.** The levels of professional burnout in family doctors have increased globally in the last five years. Although the PAB group improved in emotional exhaustion ( $p = 0.034$ ), depersonalization ( $p = 0.035$ ) and personal accomplishment ( $p = 0.004$ ), they continued to have criteria of PBS (professional burnout syndrome). On the contrary, the PBB group significantly increased their emotional exhaustion levels ( $p = 0.000$ ) and depersonalization ( $p = 0.000$ ). Specific education in burnout management techniques tends to maintain the scores in PBB subgroup ( $F = 4.415$ ;  $p = 0.046$ ).

**CONCLUSION.** Burnout levels in family doctors have increased in the last five years and have affected negatively physicians who were not affected previously. In those already affected, the evolution tends to obtain a certain stability at high scores.

*Key words:* professional burnout syndrome, family doctors, primary health care, longitudinal studies.

Correspondencia: Jordi Cebrià.

Facultad de Psicología, Ciències de l'Educació i de l'Esport Blanquerna.

C/ Cister, 34. 08022 Barcelona.

Correo electrónico: jordicebriaa@blanquerna.url.es

Recibido el 21-03-2007; aceptado para su publicación el 13-09-2007.

## INTRODUCCIÓN

En los últimos tiempos ha aumentado notablemente la producción científica sobre el síndrome de desgaste profesional (SDP)<sup>1</sup>. La inmensa mayoría son trabajos transversales sobre factores internos y externos relacionados con el fenómeno<sup>2-5</sup>. Mucho más escasos son los estudios longitudinales en la literatura mundial que nos indiquen la evolución en el tiempo del SDP, y en general se limitan a monitorizar algún aspecto concreto que explique tal evolución<sup>6,7</sup>. Las publicaciones hacen referencia a la percepción de falta de reciprocidad con la empresa (sentir que se da mucho más de lo que se recibe en contraprestación) y el efecto de ruptura del contrato psicológico<sup>8</sup>. En general, la discrepancia entre las exigencias laborales (en aumento) y los recursos (en decremento), junto con la percepción de un escaso apoyo social, facilitan el terreno a la aparición del SDP<sup>1,6,9</sup>. Un interesante estudio longitudinal profundiza en los atributos de resistencia al SDP. Los profesionales que emplean métodos de afrontamiento más instrumentales relacionados con la gestión del tiempo, la buena relación con el equipo, la satisfacción con el horario y la formación continuada, tienen puntuaciones significativamente más bajas de *burnout*<sup>10</sup>.

Está bien establecido, en definitiva, el impacto psicológico y social que tiene el SDP, tanto sobre el profesional como en la población que atiende. Sin embargo, no tenemos datos de lo que ocurre en nuestro contexto sobre su evolución en el tiempo y los posibles factores asociados. En nuestro medio, no hemos encontrado ningún estudio longitudinal sobre el SDP en Atención Primaria (AP). Por este motivo, nos pareció interesante realizar un estudio longitudinal mediante el seguimiento de un grupo de médicos de familia (MF) con puntuaciones altas en SDP y de otro que partía de niveles bajos, con el objetivo de delimitar el comportamiento del síndrome en ambos grupos a lo largo de cinco años.

## MATERIAL Y MÉTODO

Se trata de un estudio descriptivo y longitudinal a cinco años para estudiar la evolución del SDP en una muestra de MF.

### Población

Se obtuvieron dos muestras que sumaban un total de 100 médicos a partir de todos los participantes en un estudio anterior (año 2000) en el que se había pasado la escala *Maslach Burnout Inventory* (MBI)<sup>11</sup> para medir el SDP a 528 MF<sup>2</sup>. La primera muestra estaba formada por los individuos que estaban por encima de dos desviaciones estándar (DS) de la media y aglutinaba las puntuaciones altas de *burnout* (PAB). La segunda estaba formada por los individuos que estaban dos DS por debajo de la media y aglutinaba las puntuaciones bajas de *burnout* (PBB). Con esto se intentaba obtener resultados más claros y contrastados escogiendo las puntuaciones más extremas. La muestra procedía de la ciudad de Barcelona y las comarcas del norte de la provincia: Vallès Oriental, Vallès Occidental, Maresme, Osona, Bages y Berguedà. Los criterios de inclusión en el estudio contenían los requisitos de ser MF y

estar en activo en el momento de la evaluación. Se excluyeron del estudio los odontólogos y pediatras de AP con el objetivo de evitar sesgos en los resultados.

### Material

Los sujetos contestaron un cuestionario de datos generales que contenía preguntas tanto de la situación personal como laboral; el MBI<sup>11</sup> y un cuestionario propio sobre condiciones de trabajo percibidas y sobre actividades de formación para mejorar el afrontamiento psicológico del estrés crónico y la prevención del SDP.

### Procedimiento

Se recurrió a la base de datos del estudio realizado en el año 2000 llevado a cabo en 93 centros de AP. Se contactó con los profesionales que cumplían los criterios de inclusión por vía telefónica para invitarles a participar de nuevo en nuestro estudio y acordar una cita para una entrevista personal con aquellos que dieron su consentimiento informado. Para ello se entrenó previamente y de manera homogénea a un grupo de estudiantes del último año de licenciatura de psicología de la Facultat de Psicologia FPCEE Blanquerna (Universitat Ramon Llull). Los entrevistadores unificaron los mensajes que debían dar a los profesionales y tenían instrucciones de no mencionar ciertas palabras de alto contenido emocional como quemado o *burnout*, para no producir sesgos en los resultados. Al final del estudio se comprobó si los médicos participantes habían realizado algún tipo de formación en habilidades para la comunicación, de gestión emocional o de prevención del *burnout*. También se indagó sobre la percepción que tenían sobre sus condiciones laborales (si habían mejorado, empeorado o seguían igual). Se realizó una primera exploración estadística de las características sociodemográficas realizando un análisis bivariado. También se realizó un análisis multivariante con las variables que podrían resultar factores de confusión sobre los resultados. Posteriormente comparamos la evolución de las medias grupales en el transcurso de cinco años (prueba de la "t" de Student). Se realizó un análisis de regresión logística y análisis de la varianza (ANOVA y análisis univariado) para determinar factores de influencia y predictibilidad. Todos los análisis fueron realizados mediante el paquete estadístico SPSS 11.5.

Los contrastes multivariados para explorar la posible influencia de algunas variables en la evolución de los resultados del MBI se llevó a cabo mediante la prueba lambda de Wilks. No se observaron alteraciones que pudieran afectar a los resultados sobre las variables dependientes en ninguna de las variables estudiadas: edad, sexo, años en AP, años trabajados en el mismo centro, la situación contractual, ejercicio de la atención continuada, tipo de práctica, el trabajo en unidades docentes, la tutoría y el hecho de haber cambiado de cupo.

## RESULTADOS

De los 100 sujetos identificados en la base de datos del primer estudio, hubo 27 pérdidas. De estos, rechazaron par-

participar 12 individuos (44,45%), 2 (7,4%) estaban inactivos (por jubilación y baja laboral), 7 (25,92%) habían cambiado de lugar de trabajo y 6 (22,23%) no fueron localizados. Finalmente la muestra quedó configurada por 73 médicos de AP. El 54,8% (n = 40) era el grupo PBB, mientras que el 45,2% (n = 33) correspondía al grupo PAB. Las características sociodemográficas y los datos laborales de ambos grupos se presentan en la tabla 1. En el análisis bivariado no se observaron diferencias entre los grupos en ninguna de las variables estudiadas.

Respecto a la evolución del SDP, los resultados muestran que la mayoría de los profesionales (65,8%) permanecen igual que estaban cinco años antes. Sin embargo, el 19,2% están mejor y un 15,1% están peor que en el año 2000. Del total de profesionales del grupo PAB en el estudio del año 2000, un 57,5% (19) mantiene sus puntuaciones y un 42,4% (14) obtiene una mejoría significativa en las puntuaciones respecto a la evaluación inicial. No se observa ningún sujeto que en el transcurso de cinco años haya obtenido puntuaciones más elevadas. Paralelamente, en el grupo PBB, un 72,5% (29) continúa sin ofrecer indicios de

SDP, mientras que un 27,5% (11) obtiene puntuaciones más elevadas ( $\chi^2 = 26,65$ ;  $p = 0,000$ ). En la comparación intra-grupo del MBI, se obtuvieron diferencias significativas en dos escalas del grupo de PBB inicial y en todas las del grupo de PAB (tabla 2). En el grupo PBB, se observa un aumento de aproximadamente 9 puntos en la escala de cansancio emocional (CE) y un aumento significativo en los niveles de despersonalización (DP). Sin embargo, la escala de realización personal (RP) parece mantenerse estable sin mostrar índices de significación estadística en el contraste de medias transcurridos los cinco años. En el grupo PAB, se observó una disminución significativa en las medias de las escalas de CE y DP y un aumento de 5 puntos respecto al año 2000 en los niveles de RP. Cuando se comparan los resultados de ambos grupos en la segunda encuesta realizada en el año 2005 observamos que las puntuaciones en CE seguían siendo significativamente más elevadas en el grupo de PAB, mientras que las de RP también eran más bajas (tabla 3). La única escala que no presentaba una tendencia significativa de cambio es la de DP (fig. 1). En los análisis de regresión logística se

**Tabla 1. Características sociodemográficas de la muestra, con sus correspondientes niveles de significación estadística en la comparación entre grupos de médicos de familia**

Características sociodemográficas	PBB	PAB	IC	p
Sexo (%)				
Masculino	42,5	39,4	-0,41-0,74	0,816
Femenino	57,5	67,6		
Edad				
Media	45,2	45,03	-2,56-3,020	0,87
Desviación estándar	6,338	5,665		
Años trabajados en el mismo centro				
Media	10,89	8,94	-2,382-3,189	0,773
Desviación estándar	5,799	3,546		
Años en Atención Primaria (incluida residencia)				
Media	16,51	16,44	-0,281-4,406	0,084
Desviación estándar	6,363	5,36		
Situación laboral (%)				
Plaza en propiedad	85	78,8	-0,02-0,35	0,74
Interinidad	10	12,1		
Contrato	5	9,1		
Ejercen atención continuada (%)				
Sí	25	12,1	-0,62-0,9	0,235
No	75	87,9		
Titularidad del centro (%)				
ICS	87,5	84,8	-0,02-0,24	0,747
Otros	12,5	15,2		
Práctica				
Urbana	73,7	72,7	-0,15-0,59	0,977
Suburbana	15,8	15,2		
Rural	10,5	12,1		
Trabajo en unidad docente				
Sí	40	24,2	-0,41-0,74	0,212
No	60	75,8		
¿Es tutor?				
Sí	15	12,1	-0,72-0,96	0,498
No	85	87,9		
¿Ha cambiado de cupo?				
Sí	17,5	6,1	-0,69-0,74	0,171
No	82,5	93,9		

IC: intervalo de confianza; PAB: puntuaciones altas de *burnout*; PBB: puntuaciones bajas de *burnout*.

**Tabla 2. Comparación intra-grupos de las puntuaciones de las escalas del Maslach Burnout Inventory (MBI) en médicos de familia**

MBI	Grupo PBB				Grupo PAB			
	Año 2000		Año 2005		Año 2000		Año 2005	
	$\bar{x}$	DE	$\bar{x}$	DE	$\bar{x}$	DE	$\bar{x}$	DE
CE	12,43	6,965	21,5	9,711	35,82	13,268	29,64	10,274
DP	4,35	3,932	7,65	5,559	15,15	13,146	9,88	6,274
RP	40,26	8,042	40,49	6,091	30,82	6,420	35,09	5,252

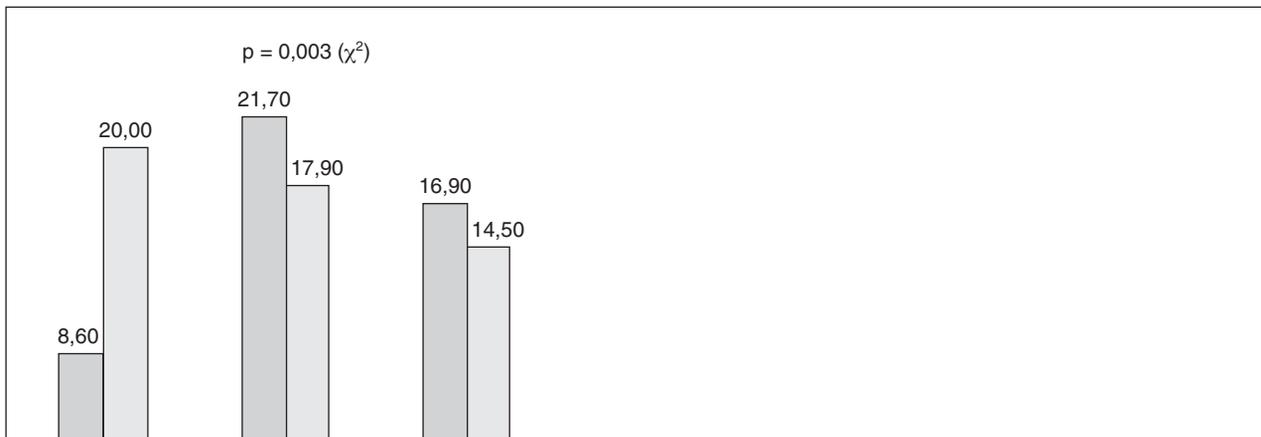
Valores del estadístico y grados de significación							
	t	IC	P	t	IC	p	
CE	-6,177	-12,05-6,10	0,000	2,218	0,51-11,86	0,034	
DE	-3,904	-5,01-1,59	0,000	2,208	0,41-10,14	0,035	
RP	-0,212	-2,44-1,97	0,833	-3,117	-7,07-1,48	0,004	

CE: cansancio emocional; DE: despersonalización; IC: intervalo de confianza; p: nivel de significación; PAB: puntuaciones altas en *burnout*; PBB: puntuaciones bajas en *burnout*; RP: realización personal; t: "t" de Student;

**Tabla 3. Comparación entre-grupos de las puntuaciones de las escalas del Maslach Burnout Inventory (MBI) a los cinco años en médicos de familia**

MBI	Grupo PBB		Grupo PAB		t	IC	p
	$\bar{x}$	DE	$\bar{x}$	DE			
CE	21,5	9,711	29,64	10,274	-3,471	-12,811-3,462	0,001
DP	7,65	5,559	9,88	6,274	-1,609	-4,991-0,534	0,112
RP	40,49	6,091	35,09	5,252	3,967	2,697-8,096	0,000

CE: cansancio emocional; DE: despersonalización; IC: intervalo de confianza; p: nivel de significación; PAB: puntuaciones altas en *burnout*; PBB: puntuaciones bajas en *burnout*; RP: realización personal; t: "t" de Student.

**Figura 1. Evolución de las puntuaciones de las escalas del Maslach Burnout Inventory (MBI) en cinco años entre los grupos en médicos de familia.** CE: cansancio emocional; DE: despersonalización; PAB: grupo con puntuaciones altas en *burnout*; PBB: grupo con puntuaciones bajas en *burnout*; RP: realización personal.

En el grupo PBB, el nivel de RP obtenido en el año 2000 parece influenciar el nivel de CE y la RP actual ( $F = 7,208$ ;  $p = 0,013$ / $F = 20,633$ ;  $p = 0,000$ ).

confirman las tendencias de convergencia de ambos grupos apuntadas anteriormente, aunque los datos obtenidos son poco concluyentes a nivel de predictibilidad ( $p > 0,05$ ). Por este motivo, se decidió realizar un análisis univariante para determinar aquellos factores que podían influenciar los resultados en cada una de las escalas del MBI en el período de seguimiento. En el grupo PBB, el nivel de RP obtenido en el año 2000 parece influenciar el nivel

de CE y la RP actual ( $F = 7,208$ ;  $p = 0,013$ / $F = 20,633$ ;  $p = 0,000$ ). En el grupo PBB, el hecho de realizar formación tiene una afectación sobre el mantenimiento de las puntuaciones en el PBB en niveles de desgaste profesional ( $F = 4,415$ ;  $p = 0,046$ ). Por lo que respecta al grupo PAB, los niveles de CE y DP obtenidos anteriormente muestran asociación con las puntuaciones de CE actuales ( $F = 7,078$ ;  $p = 0,022$ / $F = 4,857$ ;  $p = 0,05$ ). Asimismo, el CE

**Tabla 4. Percepción de los profesionales sobre el estado actual de condiciones de trabajo en médicos de familia**

Percepción de las condiciones de trabajo	Grupo PBB		Grupo PAB		Total
	n	%	n	%	
Han empeorado	30	75	23	70	53
No han empeorado	4	10	3	9	7
Continúan igual	6	15	7	21	13
Total	40	100	33	100	73

CE: cansancio emocional; DE: despersonalización; IC: intervalo de confianza; p: nivel de significación; PAB: puntuaciones altas en *burnout*; PBB: puntuaciones bajas en *burnout*; RP: realización personal; t: "t" de Student.

$\chi^2 = 0,477$ ;  $p = 0,788$ . No se observan diferencias significativas entre los grupos en cuanto a percepciones sobre las condiciones de trabajo.

**Tabla 5. Análisis de la variancia (ANOVA) sobre las escalas del Maslach Burnout Inventory (MBI) respecto a la percepción de mejora de las condiciones laborales en médicos de familia**

Grupos	MBI	Análisis	Suma cuadrados	gl	Media cuadrática	F	p
PBB	CE	Entregrupos	699,883	2	349,942	4,348	0,02*
		Intragrupos	2978,12	37	80,49		
	DP	Entregrupos	166,983	2	83,492	2,976	0,063
		Intragrupos	1038,12	37	28,057		
	RP	Entregrupos	188,744	2	94,372	2,782	0,75
		Intragrupos	1221	37	33,917		
PAB	CE	Entregrupos	992,808	2	496,404	6,245	0,005*
		Intragrupos	2384,83	30	79,494		
	DP	Entregrupos	643,221	2	312,611	15,655	0,000*
		Intragrupos	616,294	30	20,543		
	RP	Entregrupos	61,154	2	30,577	1,117	0,341
		Intragrupos	821,573	30	27,386		

CE: cansancio emocional; DE: despersonalización; F: F de Snedecor; p: nivel de significación; PAB: puntuaciones altas en *burnout*; PBB: puntuaciones bajas en *burnout*; RP: realización personal.

\*Tras los análisis post-hoc (Sheffe), se observan diferencias entre los grupos que opinan que las condiciones laborales no han mejorado y los que consideran que éstas están igual o mejor que hace cinco años.

registrado en el año 2000 va a influir en la evolución de la DP ( $F = 7,436$ ;  $p = 0,020$ ). Respecto a la percepción sobre la evolución de las condiciones laborales, la mayoría opinaba que las condiciones de trabajo habían empeorado en el período de estudio, independientemente del grupo al que pertenecían (tabla 4). En la tabla 5 se detalla el análisis de la variancia sobre las escalas del MBI respecto a la percepción de las condiciones laborales.

## DISCUSIÓN

Más del 10% de los sujetos rechazaron la propuesta de participar en el estudio; la mayoría de éstos tenían puntuaciones altas previas en al menos dos escalas del MBI. Las pérdidas muestrales del presente trabajo, aunque previsibles, deben considerarse como una limitación. Además, el reducido tamaño de la muestra en ambos grupos aconseja analizar los resultados prudentemente, a pesar de que los resultados obtenidos son coherentes con la literatura y el tamaño de la muestra no parece desvirtuar el resultado<sup>12</sup>. Otra limitación es que sólo se consideraron los grupos al principio y al final del período estudiado y no se han realizado medidas intermedias. Por tanto, no sabemos cómo evolucionó esta variable en el lapso entre el primer y el último control. Respecto a la formación, no se pudo controlar de manera cualitativa el nivel y contenido de los cursos que los sujetos de

estudio recibieron, aunque la mayoría han estado impartidos por personas de reconocido prestigio en este campo.

Ambos grupos de estudio fueron absolutamente homogéneos en todas sus variables sociodemográficas excepto en sus puntuaciones de SDP anteriores, lo que nos ha permitido un tratamiento de los datos sobre grupos que son comparables. El hallazgo principal del presente estudio fue comprobar que los niveles de desgaste estudiados de los MF se han incrementado globalmente tras cinco años. El grupo PAB, aunque mejora un tanto, continúa teniendo criterios de SDP establecido. En contrapartida, el grupo PBB ha aumentado significativamente sus niveles de CE y DP. Al comparar ambos grupos, se observa que sus puntuaciones convergen en un nivel medio-alto de desgaste, aunque todavía hay diferencias significativas en las puntuaciones de CE y RP. Sin embargo, el grado de DP ya es alarmantemente similar. Algunos autores consideran la DP como el elemento nuclear que mejor define la relación entre el estado afectivo del profesional y su conducta en relación a los pacientes y a su entorno social<sup>1</sup>. Una posible razón a esta convergencia pudiera ser que el grupo PBB ha ido experimentando un deterioro debido al empeoramiento percibido de las condiciones laborales. Aproximadamente un 83% de estos profesionales aprecian unas condiciones de trabajo peores o iguales a las de hace cinco años. En contrapartida, el grupo PAB podría haberse hecho consciente de la reper-

cusión sobre su vida personal/profesional y habría trabajado activamente para intentar paliar el problema. Probablemente, y en paralelismo con los cuadros depresivos, esto se puede explicar por un mecanismo homeostático mediante el cual, una vez se toca fondo, habría un rebote hacia un nivel de SDP más moderado. Posiblemente el SDP es un cuadro que evoluciona en el tiempo de tal manera que las personas con niveles altos, de manera más o menos intuitiva, encontrarían mecanismos de adaptación que les permitiría una mejora moderada en su estado de ánimo. Hay una cierta confirmación de la importancia que tienen los estresores laborales en la AP como explicación del alto nivel SDP encontrado a lo largo de un período notable de tiempo<sup>13,3</sup>. La formación parece ser preventiva en el grupo PBB pero no tendría efecto curativo en el grupo PAB. Es posible, que el estar en contacto con actividades formativas continuadas o grupos de trabajo favorezca la motivación intrínseca y actúe como factor protector del síndrome, como así sugieren algunos autores<sup>14,15</sup>. Se intuye un factor de personalidad (*hardiness*)<sup>16</sup> que actuaría como protector y que explicaría por qué ciertos sujetos se mantienen imperturbables en condiciones laborales muy exigentes<sup>16,17</sup>. Alrededor de un 72% de las personas del grupo PBB se mantienen estables, mientras que la curva convergente se explica por un 27% de personas que han aumentado su nivel de quemazón.

En el presente estudio se constata que en un período de cinco años, las variables relacionadas a las condiciones laborales han tenido un gran peso en la evolución de las puntuaciones en ambos grupos. La coincidencia en las percepciones de empeoramiento de estas condiciones es una evidencia. De hecho, existen estudios que demuestran la mejoría de las puntuaciones en SDP asociadas a la toma de medidas para la mejoría de las condiciones laborales (disminución de horas de asistencia y aumento de horas de formación)<sup>18</sup>.

Nuestro estudio apunta en la dirección de que el SDP ha aumentado en los profesionales que hace cinco años estaban indemnes. En personas ya afectadas, el síndrome tiene un punto de "no retorno" a partir del cual la persona se moverá con cierta estabilidad en puntuaciones altas, pero en ningún caso se da una remisión espontánea natural con el paso de los años. La formación continuada ayuda a las personas sin indicios de padecer el síndrome a mantenerse sin evolucionar. Sin embargo, no es la panacea; la mala percepción sobre las condiciones laborales en las que se trabaja actualmente en los equipos de AP de las zonas estudiadas, reafirman la sospecha de que existen factores de organización que tienen un peso suficiente para arrastrar al colectivo profesional inevitablemente hacia un nivel convergente en niveles altos *burnout*.

En este escenario, el SDP se convierte inevitablemente en un problema de salud pública, con intensas repercusiones sociales a medio plazo<sup>19</sup>.

## AGRADECIMIENTOS

A los profesionales que desinteresadamente han aceptado participar en el estudio y también a los entrevistadores por su magnífico trabajo de campo.

## BIBLIOGRAFÍA

- Maslach C, Schaufeli WB, Leiter MP. Job burnout. *Ann Rev Psychol.* 2001;52:397-422.
- Cebrià 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;7:459-68.
- 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;2:29.
- Mirvis DM, Graney MJ, Kilpatrick AO. Burnout among leaders of Department of Veterans Affairs medical centers: contributing factors as determined by a longitudinal study. *J Health Hum Serv Adm.* 1999;21:390-412.
- van Dierendonck D, Schaufeli WB, Buunk BP. Burnout and inequity among human service professionals: a longitudinal study. *J Occup Health Psychol.* 2001;6:43-52.
- Johnson JV, Hall EM, Ford DE, Mead LA, Levine DM, Wang NY, et al. The psychosocial work environment of physicians. The impact of demands and resources on job dissatisfaction and psychiatric distress in a longitudinal study of Johns Hopkins Medical School graduates. *J Occup Environ Med.* 1995;37:1151-9.
- Theorell T, Perski A, Akerstedt T, Sigala F, Ahlberg-Hultén G, Svensson J, et al. Changes in job strain in relation to changes in physiological state. A longitudinal study. *Scand J Work Environ Health.* 1988;14:189-96.
- Baker A, Schaufeli W, Sixma HJ, Bosveld W, van Dierendonck D. Patient demands, lack of reciprocity, and burnout: A five-year longitudinal study among general practitioners. *Journal of Organizational Behaviour.* 2000;21:425-41.
- Woodward CA, Shannon HS, Cunningham C, McIntosh J, Lendrum B, Rosenbloom D, et al. The impact of re-engineering and other cost reduction strategies on the staff of a large teaching hospital: a longitudinal study. *Med Care.* 1999;37:556-69.
- 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.
- Seisdedos N. MBI. Inventario Burnout de Maslach. Madrid: TEA Ediciones; 1997.
- Kalimo R, Pahkin K, Mutanen P, Toppinen-Tanner S. Staying well or burning out at work: work characteristics and personal resources as long-term predictors. *Work and Stress.* 2003;17:109-22.
- McManus IC, Winder BC, Gordon D. The causal links between stress and burnout in a longitudinal study of UK doctors. *Lancet.* 2002;359:2089-90.
- Jackson SE, Schuler RS. Preventing employee burnout. *Personnel.* 1983;60:58-68.
- Bartlett EE. Recognizing and reducing physician stress in managed care environments. *Manag Care Interface.* 1998;11:68-71.
- Kobasa SC, Maddi SR, Kahn S. Hardiness and health: A prospective study. *Journal of Personality and Social Psychology.* 1982;42:168-77.
- Costantini A, Solano L, Di Napoli R, Bosco A. Relationship between hardiness and risk of burnout in a sample of 92 nurses working in oncology and AIDS wards. *Psychother Psychosom.* 1997;66:78-82.
- Gopal R, Glasheen JJ, Miyoshi TJ, Prochazka AV. Burnout and internal medicine resident work-hour restrictions. *Arch Intern Med.* 2005;165:2595-600.
- Cebrià J. Comentario: el síndrome de desgaste profesional como problema de salud pública. *Gac Sanit.* 2006;19:470.