

# Relación de la calidad de vida profesional y el burnout en médicos de atención primaria

F. Jorge Rodríguez<sup>a</sup>, M.A. Blanco Ramos<sup>b</sup>, S. Issa Pérez<sup>a,b</sup>, L. Romero García<sup>a,b</sup> y P. Gayoso Díz<sup>a,b</sup>

**Objetivo.** Conocer la relación, si es que la hay, entre la calidad de vida profesional (CVP) y *burnout* de facultativos de atención primaria.

**Diseño.** Estudio transversal mediante cuestionario CVP-35 y MBI (Maslach Burnout Inventory), por correo postal.

**Ámbito.** Tres centros urbanos y 3 zonas de atención rural. Participó un total de 131 profesionales.

**Mediciones.** Del CVP-35 se obtienen puntuaciones que van de 0 (mínimo) a 10 (máximo). El cuestionario Maslach clasifica en nivel alto, medio y bajo de cada dimensión.

**Resultados.** Contestó a la encuesta el 71,7%. La edad media era de 44 años y la media de tarjetas sanitarias, 1.339. El número de consultas/día fue de 37; en cuanto las visitas domiciliarias, realizaban una diaria. El valor medio de la CVP fue de 4,48 (intervalo de confianza [IC] del 95%, 4,08-4,88). La percepción de la demanda tuvo una puntuación de 5,9 (IC del 95%, 5,6-6,1); la motivación intrínseca del profesional se situó en 6,5 (IC del 95%, 6,2-6,7) y el apoyo de los directivos en 3,8 (IC del 95%, 3,6-4,1). En cuanto al cuestionario MBI, se observó una despersonalización alta en el 54,3%, cansancio emocional alto en un 56,2% y realización personal alta en el 9,3%. La correlación mayor fue entre las demandas en el puesto y el cansancio emocional ( $r = 0,6$ ;  $p < 0,0001$ ), la motivación intrínseca y la realización personal ( $r = 0,46$ ;  $p < 0,0001$ ) y la calidad de vida profesional frente al cansancio emocional ( $r = -0,4$ ;  $p < 0,0005$ ).

**Conclusiones.** La CVP y el *burnout* miden dimensiones diferentes pero relacionadas. Por tanto, su utilidad es diferente en función de los objetivos. Con estos instrumentos se pueden identificar elementos clave de la gestión de personas que pueden mejorar la calidad de vida profesional.

**Palabras clave:** Satisfacción laboral. *Burnout* profesional. Atención primaria de salud. Cuestionarios.

## RELATIONSHIP BETWEEN THE QUALITY OF PROFESSIONAL LIFE AND THE BURNOUT OF PRIMARY HEALTH CARE DOCTORS

**Objective.** To know the relationship, if this exists, between the quality of professional life (CPL) and the burnout of primary health care staff.

**Design.** Transversal study employing CVP-35 test and MBI (Maslach Burnout Inventory), both sent by postmail.

**Setting.** 3 urban centers and 3 rural centers. Total: 131 professionals.

**Measures.** In the CVP-35 test, scores from 0 (minimum) to 100 (maximum) are obtained. Maslach categorised each dimension into high, medium and low level.

**Results.** 71.7% answered. Medium age 44 years, average of 1339 sanitary cards. The number of visits/day was 37, home visits 1 per day. The CVP average was 4.48 (95% CI, 4.08-4.88). The damage perception in the post 5.9 (95% CI, 5.6-6.1); the professional intrinsic motivation 6.5 (95% CI, 6.2-6.7), and the manager support 3.8 (95% CI, 3.6-4.1). MBI: high depersonalization 54.3%, emotional exhaustion ( $r=0.6$ ;  $P < .0001$ ), intrinsic motivation, and personal accomplishment ( $r=0.46$ ;  $P < .0001$ ) and professional quality of life front emotional fatigue ( $r= -0.4$ ;  $P < .0005$ ).

**Conclusions.** CPL and burnout measure different but related dimensions. Therefore, its utility is dependent on the objectives. Target elements, which can improve the quality of professional life, can be identified from these tools.

**Key words:** Job satisfaction. Burnout professional. Primary health care. Questionnaires.

<sup>a</sup>Centro de Salud Valle-Inclán. Ourense. España.

<sup>b</sup>Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria. Ourense. España.

Correspondencia:  
M.A. Blanco Ramos.  
Técnico de Saúde. Unidade Docente de Medicina de Familia de Ourense.  
Avda. Zamora, 13, 3.º. 32005  
Ourense. España.  
Correo electrónico:  
manuel.blanco.ramos@sergas.es

Manuscrito recibido el 6 de septiembre de 2004.  
Manuscrito aceptado para su publicación el 14 de marzo de 2005.

## Introducción

El abordaje de la calidad en las organizaciones sanitarias ha experimentado variaciones con el tiempo y se ha puesto de manifiesto la importancia de orientar el servicio hacia el concepto de calidad total<sup>1,2</sup>. En la década de los veinte del siglo pasado, Elton Mayo demostró hasta qué punto los factores psicológicos y sociales influyen en el rendimiento de los individuos en los grupos de trabajo<sup>3</sup>. Con Maslow<sup>4</sup>, varios autores destacan el valor del contenido del propio trabajo y de la participación en la toma de decisiones como factor de motivación y satisfacción. Por su parte, Albretch<sup>5</sup> señala la importancia de la calidad en el servicio al cliente interno como paso imprescindible para conseguir niveles altos de calidad en el servicio al cliente externo, y Carlzon<sup>6</sup> defiende la inversión de la pirámide de la organización: toda la organización debe servir al que sirve al cliente externo.

La satisfacción de los pacientes es un indicador del resultado sanitario; la satisfacción de los médicos, probablemente también<sup>7</sup>. La satisfacción de los individuos en su trabajo es una de las variables más importantes relacionadas con el comportamiento organizacional y la calidad de vida<sup>8</sup>.

Donabedian puso de manifiesto la relación entre las expectativas de los profesionales y la calidad de los servicios prestados, y consideró la satisfacción profesional como uno de los factores causales de buena atención sanitaria<sup>9,10</sup>. También que la satisfacción profesional es tanto un factor causal de buena atención como un juicio sobre la bondad de ésta<sup>11,12</sup>.

Desde hace algún tiempo se barajan con insistencia dos conceptos en el ámbito de la satisfacción laboral: la calidad de vida profesional<sup>8,13-15</sup> y el *burnout*<sup>16-19</sup>.

García Sánchez<sup>13</sup> define el concepto de «calidad de vida profesional» como la «experiencia de bienestar derivada del equilibrio que percibe el individuo entre las demandas o carga de trabajo desafiante, intenso y complejo, y los recursos (psicológicos, organizacionales y relaciones) de que dispone para afrontar esas demandas».

El otro concepto que se maneja en este estudio es el de *burnout*. En 1974, Freudberger, psiquiatra que trabajaba como terapeuta en New York, lo describe como agotarse por atender un exceso de demanda de energía, fuerza o recursos<sup>20</sup>. Los profesionales se vuelven menos sensibles, poco comprensivos y hasta agresivos en relación con los pacientes.

Posteriormente, Maslach define el *burnout* como síndrome de agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal, que puede ocurrir entre individuos que trabajan con personas<sup>21</sup>.

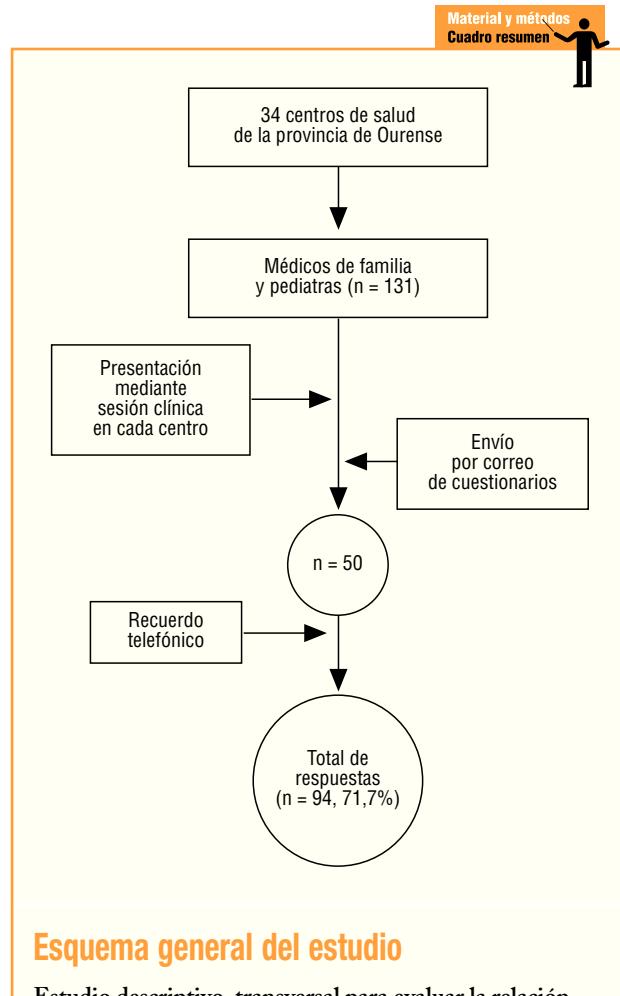
En general, el síndrome de *burnout* se ha relacionado con los profesionales de ayuda y con factores ligados a la organización del trabajo<sup>22</sup>.

Hay pruebas a favor de una estrecha relación entre satisfacción laboral y satisfacción general en la vida, estrés laboral, salud mental, bienestar personal y desempeño profesional médico<sup>23</sup>.

Muchos son ya los trabajos publicados sobre calidad de vida profesional y *burnout*, tanto de ámbito nacional como internacional, aunque ninguno se ha realizado en nuestra comunidad autónoma; asimismo, tampoco se ha intentado relacionar ambos conceptos mediante la utilización de los cuestionarios Maslach Burnout Inventory (MBI) y CVP-35. El objetivo de este trabajo es verificar el grado de relación, si es que hay alguna, entre ambos conceptos en los facultativos de atención primaria..

## Material y métodos

Se ha realizado un estudio transversal, mediante cuestionario por correo, que permite abordar a un número elevado de profesionales.



### Esquema general del estudio

Estudio descriptivo, transversal para evaluar la relación entre los cuestionarios CVP-35 y MBI.

**Sujetos estudiados**

Se estudió a médicos de familia, pediatras, odontólogos y farmacéuticos que trabajan en servicios de atención primaria de la provincia de Ourense.

**Selección de la muestra**

Se utilizó un muestreo no probabilístico de servicios de atención primaria (SAP). Los criterios de selección se centraron en la inclusión de centros de diferente perfil respecto a su carácter docente, su horario de trabajo y su dotación informática (tabla 1).

En total se seleccionó a 131 profesionales.

**Variables**

Las variables estudiadas fueron: centro de trabajo, edad y sexo del profesional, número de visitas a domicilio/día, número de consultas diarias, número de tarjetas sanitarias y situación contractual con la administración. Se utilizaron los siguientes instrumentos de medición de las variables principales:

1. Cuestionario de perfil de estrés profesional (CVP-35)<sup>15</sup>, que posee 3 bloques:

- Treinta y cinco ítems en una escala 1 a 10, donde se valoran las demandas del puesto de trabajo, el apoyo moral de la dirección, la motivación y la valoración global de la calidad de vida profesional.
- Bloque de libre opinión donde el profesional manifiesta las causas de estrés profesional.
- Diez ítems que valoran, de 1 a 10, las habilidades del profesional para enfrentarse al estrés laboral.

2. Cuestionario MBI<sup>21</sup>. Consta de 22 preguntas con 7 opciones de respuesta. Valora la despersonalización, la ausencia de logros personales y el agotamiento emocional.

**Metodología**

El trabajo de campo se realizó entre los meses de marzo y junio de 2003 y se realizaron las siguientes acciones:

1. Creación de un logo identificador del estudio.
2. Presentación del proyecto mediante sesión clínica en cada uno de los SAP por parte del equipo investigador.
3. Envío por correo postal de los cuestionarios. Dentro del sobre se envió un sobre autofranqueado para la devolución del cuestionario.
4. Llamada a los 15 días con el objeto de recordar la importancia de su colaboración en el estudio. Esta llamada se hizo a todos los participantes en el estudio, agradeciendo su colaboración si confirmaban el envío.

**Ánálisis estadístico**

La recogida de datos se realizó con Data Entry 3.0 y el análisis estadístico con SPSS 10.0.

Se efectuó el análisis descriptivo de las variables sociodemográficas, expresadas siempre como el intervalo de confianza (IC) del 95%. En el cuestionario CVP-35 se llevó a cabo una descriptiva

**TABLA 1** Características principales de los centros escogidos para el estudio

	Medio	Horario	Número facultativos	Docente	Informatizado	Población atendida
SAP Valle-Inclán	Urbano	Mañana	12	Sí	Sí	16.030
		Tarde	6	No	Sí	9.131
SAP A Ponte Urbano	Mañana	13	No	No	15.866	
		Tarde	8	No	No	12.108
SAP A Cuña Urbano	Mañana	19	Sí	No	25.141	
Subtotal Urbano			57			62.410
SAP O Barco	Rural	Mañana	11	No	Sí	11.694
		Tarde	3	No	Sí	3.005
UAP (9)	Rural	Mañana	15	No	No	14.762
SAP Xinzo	Rural	Mañana	9	No	No	9.333
UAP (10)	Rural	Mañana	14	No	No	12.913
SAP Ribadavia	Rural	Mañana	8	No	No	6.189
UAP (9)	Rural	Mañana	14	No	No	11.960
Subtotal rural			74			69.856

SAP: servicio de atención primaria; UAP: unidad de atención primaria.

Un SAP es una estructura organizativa que engloba a un centro de salud con todos los servicios y potencialmente a una o varias UAP periféricas.

El término facultativo engloba a médicos de familia, pediatras y odontólogos.

general de los resultados para la percepción del apoyo directivo, la motivación intrínseca, las demandas y la calidad de vida profesional. En cuanto al MBI, se realizó una descriptiva habitual con la determinación de cada una de las áreas de interés. Se valoró el coeficiente de correlación lineal de Pearson entre ambos instrumentos de medida.

## Resultados

Contestaron 94 individuos, lo que representa un 71,7% del total, con un 45,8% de mujeres. La edad media de los participantes era de 44 años (IC del 95%, 43-45) y cada profesional atendía una media de 1.339 tarjetas sanitarias (IC del 95% 1.245-1.433). El número de consultas al día se sitúa en 37 (IC del 95%, 35-39) y el número de visitas a domicilio en 1 diaria (tabla 2).

El valor medio del CVP-35 (fig. 1) fue de 4,48 (IC del 95%, 4,08-4,88); fue mayor entre personal fijo ( $p = 0,057$ ) y entre los trabajadores de centros informatizados ( $p = 0,02$ ), y disminuía al aumentar el número de tarjetas de identificación sanitaria (TIS) ( $p = 0,015$ ). La percepción de las demandas del puesto fue de 5,9 (IC del 95%, 5,6-6,1), que aumenta al incrementarse el número de tarjetas sanitarias ( $r = 0,3$ ;  $p = 0,015$ ) y el número de consultas diarias, aunque sin significación estadística ( $r = 0,285$ ;  $p = 0,08$ ). La percepción de la motivación intrínseca del profesional fue de 6,5 (IC del 95%, 6,2-6,7) y, por último, la percepción del apoyo emocional que proporcionan los directivos se sitúa en un 3,8 (IC del 95% 3,6-4,1), aunque disminuye en relación con la antigüedad en el puesto ( $r = -0,228$ ;  $p = 0,039$ ).

TABLA  
2Variables sociodemográficas y laborales  
de la muestra objeto de estudio

Variable	Valor
Sexo	
Varón	51 (54,2%)
Mujer	43 (45,8%)
Consulta informatizada	25 (26,6%)
Lugar de trabajo	
Urbano	43 (45,8%)
Rural	51 (54,2%)
Situación laboral	
Interino	44 (46,8%)
Propietario	23 (24,5%)
No consta	27 (28,7%)
Antigüedad en el puesto	18 años (IC del 95%, 17-19)
N.º consultas/día	37 (IC del 95%, 35-39)
N.º domicilios/día	1,27 (IC del 95%, 1,06-1,48) Mediana = 1

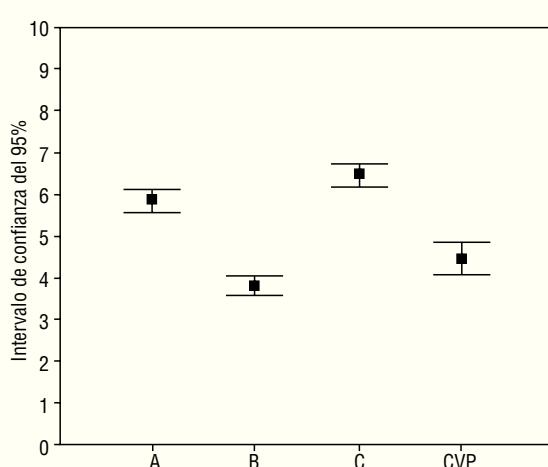
No hay diferencias significativas respecto al origen rural o urbano, el sexo o la edad. En este mismo cuestionario se incluyen 10 preguntas finales con objeto de identificar la presencia de síntomas indirectos de estrés; entre las respuestas destaca que más del 50% de los encuestados presenta una puntuación equivalente a «bastante o mucho» en relación con síntomas como la sensación de falta de tiempo o ago-

TABLA  
3

## Síntomas relacionados con el estrés, recogidos en el CVP-35

Preguntas	Nada	Algo	Bastante	Mucho
Dificultad para desconectar y relajarse	17,4	53,3	27,2	2,2
Dificultad para desconectarse	17,6	53,8	25,3	3,3
Ideas pesimistas o negativas respecto a su futuro	17,8	38,9	32,2	11,1
Cansancio o baja forma	14,1	37	37	12
Dificultad para reír abiertamente	43,3	34,4	15,6	6,7
Dificultad para conciliar el sueño o despertar de madrugada	40,2	34,8	16,3	8,7
Irritabilidad explosiva ante contrariedades de la vida cotidiana	20,9	52,7	20,9	5,5
Sensación de agobio por falta de tiempo	9,8	37	34,8	18,5
Sensación de «callejón sin salida» en el trabajo	24,4	30	30	15,6
Dolores de espalda	30,4	32,6	22,8	14,1

Los valores expresan el porcentaje.

FIGURA  
1

Valor medio e intervalo de confianza de las dimensiones de la encuesta CVP-35; (mínimo = 0; máximo = 10).  
A: percepción de las demandas del puesto de trabajo; B: percepción del apoyo emocional que dan los directivos; C: percepción de la motivación intrínseca del profesional; CVP: calidad de vida profesional.

bio, la sensación de callejón sin salida en el trabajo o las ideas pesimistas o negativas respecto al futuro (tabla 3).

El cuestionario MBI muestra una despersonalización alta en el 54,3%, un agotamiento emocional alto en el 56,2% y una realización personal alta en un 9,3% (fig. 2). La realización personal muestra una relación significativa con la antigüedad en el puesto y se observa una realización personal menor cuanto mayor es el número de años en el puesto ( $p = 0,045$ ). Los profesionales cuyo contrato laboral es interino muestran una mayor despersonalización, aunque sin significación estadística ( $p = 0,076$ ).

No hay diferencias en relación con el sexo de los encuestados, aunque las mujeres presentan mayor cansancio emocional y menor despersonalización, sin significación estadística. No hay diferencias en cada una de las escalas en función del medio rural o urbano, ni tampoco con la edad. Al analizar conjuntamente ambas escalas se observa que la percepción de las demandas en el puesto se correlacionan de manera positiva con el cansancio emocional y la despersonalización ( $p = 0,0001$ ). La percepción del apoyo moral de la dirección se correlaciona de manera directa con la realización personal ( $p = 0,0001$ ) e inversamente con el cansancio emocional ( $p = 0,001$ ) y la despersonalización ( $p = 0,007$ ). Por último, la motivación intrínseca ( $p = 0,0001$ ) y la calidad de vida profesional ( $p = 0,002$ ) se correlacionan directamente con la realización personal; esta relación es inversa entre la calidad de vida profesional y el cansancio emocional ( $p = 0,0005$ ) y la despersonalización ( $p = 0,007$ ) (tabla 4).

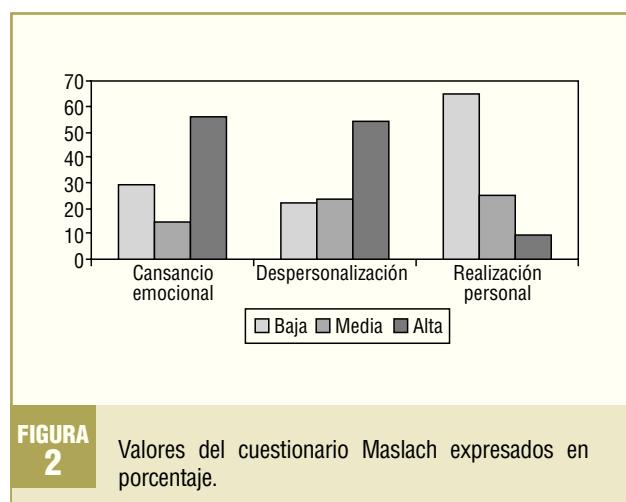
## Discusión

En el diseño del estudio, uno de nuestros principales objetivos era garantizar la colaboración del mayor número de

TABLA  
4

Relaciones principales entre los cuestionarios CVP-35 y MBI. Las dimensiones medidas se relacionan mediante la correlación lineal de Pearson

CVP-35	Maslach		
	Cansancio emocional r/(p)	Despersonalización r/(p)	Realización personal r/(p)
Percepción demandas del puesto	r = 0,559 (0,0001)	r = 0,414 (0,0001)	r = -0,125 (0,265)
Percepción apoyo directivo	r = -0,349 (0,001)	r = -0,308 (0,007)	r = 0,440 (0,0001)
Motivación intrínseca	r = -0,176 (0,157)	r = -0,216 (0,098)	r = 0,456 (0,0001)
Calidad de vida profesional	r = -0,391 (0,0005)	r = -0,296 (0,007)	r = 0,332 (0,002)



profesionales. Para ello creamos un símbolo identificador, realizamos presentaciones en cada centro y efectuamos las llamadas telefónicas, a pesar de lo cual alcanzamos un porcentaje similar al de otros estudios<sup>14,24</sup>. La ausencia de diferencias entre los medios urbano y rural se explica, desde una perspectiva sociológica, porque el límite entre el ámbito rural y el urbano en la sociedad gallega es muy difuso y parece no influir en los resultados de la muestra. La influencia de otras variables sociodemográficas es similar a la de otros trabajos<sup>14</sup>, aunque destaca el factor de la informatización como potencial elemento de mejora de la calidad de vida, en el que sería preciso profundizar. Sin embargo, es posible que el tipo de muestreo efectuado haya influido en los resultados obtenidos, pero nos permitió equilibrar la factibilidad con la evaluación de diversas circunstancias de trabajo de los profesionales.

La calidad de vida profesional detectada en nuestra muestra es inferior a la de otros estudios<sup>10,14,24</sup>, mientras que la percepción de las demandas del puesto o carga de trabajo, el apoyo moral directivo y la motivación intrínseca son ligeramente más bajas.

En resumen, la población estudiada presenta una percepción baja de calidad de vida profesional, con una carga de trabajo media-alta, una motivación intrínseca media alta y una baja percepción de apoyo directivo.

En cuanto a la medida de *burnout*, también los resultados son similares a los de otros estudios, con agotamiento emocional y despersonalización altas y escasa realización personal<sup>16,18</sup>.

La relación entre calidad de vida profesional y *burnout* muestra, al igual que en trabajos similares<sup>17</sup>, una relación inversa entre satisfacción/calidad de vida profesional y desgaste profesional.

Así, cuanto mayor es la percepción de las demandas o cargas de trabajo, mayor es el cansancio emocional y la despersonalización; por su parte, la percepción del apoyo moral de la dirección se relaciona de manera directa con la realización personal e inversamente con el cansancio y la despersonalización; éste es un elemento crítico, puesto que el hecho de sentirse apoyado por la dirección se convierte en elemento clave del desempeño. La motivación intrínseca y la calidad de vida total se relacionan directamente con la realización personal, ya que el profesional suple en gran medida la falta de apoyo con su entusiasmo personal.

Probablemente se pueda afirmar que la mejora de la calidad de vida profesional parte del conocimiento de la situación y de sus determinantes en cada momento; instrumentos como el CVP-35 proporciona esta información y permite establecer estrategias efectivas de cambio<sup>25,26</sup>, por



## Lo conocido sobre el tema

- El CVP-35 es un cuestionario validado y ampliamente utilizado en atención primaria entre diferentes profesionales, que permite establecer estrategias de mejora.
- El MBI es un cuestionario ampliamente utilizado destinado a evaluar el *burnout* en los profesionales.

## Qué aporta este estudio

- El MBI y el CVP-35 presentan una correlación significativa entre sus dimensiones.
- Los objetivos de utilización de cada uno de los cuestionarios es diferente.
- El CVP-35 puede constituir un adecuado instrumento orientado a la medida del impacto de estrategias de mejora de la calidad de vida profesional.

su parte, el MBI será más útil para detectar el estado patológico del profesional «quemado»<sup>19</sup>.

En el momento de realizar este estudio, un número importante de los profesionales encuestados se encuentra inmerso en el proceso de la OPE extraordinaria (Ley 16/2001), que paliará, en parte, la precariedad laboral en el ámbito sanitario, uno de los posibles factores que pueden influir en la calidad de vida profesional y/o *burnout*. Ante esta situación, nuestra intención ha sido realizar este trabajo antes de dicho examen y es nuestro deseo repetir el estudio tras concluir la fase de provisión, para poder evaluar los potenciales cambios. Este estudio aporta nuevos datos sobre los déficit en la calidad de vida profesional percibida por los facultativos de atención primaria e incide en la necesidad de profundizar en el conocimiento de los factores condicionantes, los aspectos como el desarrollo de la carrera profesional, la desburocratización o las mejoras en las condiciones laborales, que podrán ser calibrados con éste u otros instrumentos y, así, poder conocer su impacto en la calidad de vida lo que, además, redundará en una mejor atención a la población.

## Bibliografía

1. Marquet Palomar M, Avellana Revuelta E, Davins Miralle J. La calidad en atención primaria de salud: nuevas perspectivas. FMC. 1994;1:7-18.
2. Berwick DM, Eindhoven A, Bunker JP. Quality management in the NHS; the doctor's role, I. BMJ. 1992;304:235-9.
3. Huse EF, Bodwitch R. El comportamiento humano en la organización. Bilbao: Ed. Deusto; 1992.
4. Maslow AH. Motivation and personality. Ner Cork: Harper and Brothers; 1954.
5. Albrecht K. Servicio al cliente interno. Barcelona: Ed. Paidos; 1992.
6. Carlzon J. Moments of truth. Cambridge: Ballinger Publishing Company; 1987.
7. Gervás J, Hernández-Monsalve LM. La autoestima de los médicos y la reforma sanitaria. Med Clin (Barc). 1994;103:421-2.
8. Fernández Sanmartín MI, Villagrassa Ferrer JR, Fe Gamo M, Vázquez Gallego J, Cruz Canas E, Aguirre Trigo MV, et al. Estudio de la satisfacción laboral y sus determinantes en los trabajadores sanitarios de un área de Madrid. Rev Esp Salud Pública. 1995;69:487-97.
9. Donabedian A. Promoting quality through evaluating the process of patient care. Med Care. 1968;6:181-201.
10. Alonso Fernández M, Iglesias Carbo AI, Franco Vidal A. Percepción de la calidad de vida profesional en un área sanitaria de Asturias. Aten Primaria. 2002;30:483-9.
11. Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. Milbank Memorial Fund Quarterly; 1966.
12. Acámer Raga F, López Arribas C, López-Torres Hidalgo J. Satisfacción laboral de los profesionales sanitarios en atención primaria. Aten Primaria. 1997;20:401-7.
13. García Sánchez S. La qualitat de vida professional com a avantatge competitiu. Revista de Qualitat. 1993;11:4-9.
14. Cortés Rubio JA, Martín Fernández J, Morente Páez M, Caboblanco Muñoz M, Garija Cobo J, Rodríguez Balo A. Clima laboral en atención primaria. Aten Primaria. 2003;32:288-95.
15. Cabezas Peña C. La calidad de vida de los profesionales. FMC. 2000;7 Supl 7:53-68.
16. 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.
17. Sobrequés J, Cebriá J, Segura J, Rodríguez C, García M, Juncoza S. La satisfacción laboral y el desgaste profesional de los médicos de atención primaria. Aten Primaria. 2003;31:227-33.
18. 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.
19. Tizón JL. ¿Profesionales «quemados», profesionales «desengañados» o profesionales con trastornos psicopatológicos? Aten Primaria. 2004;33:326-30.
20. Freudenberg HJ. Staff Burn-out. Jnl Soc Sigues. 1974;1:159-75.
21. Maslach C, Jackson SE. The measurement of experienced burn-out. J Occup Behav. 1981;2:99-113.
22. Hidalgo Rodrigo I, Díaz González R. 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.
23. Mira JJ, Vitaller J, Buil JA, Aranaz J, Rodríguez-Marín J. Satisfacción y estrés laboral en médicos generalistas del sistema público de salud. Aten Primaria. 1994;10:1135-40.
24. Clúa Espuny JL, Aguilar Martín C. La calidad de vida profesional y el orgullo de trabajar en la sanidad pública. Resultados de una encuesta. Aten Primaria. 1998;22:308-13.
25. García Sánchez S. El absentismo psíquico. FMC. 2002;9:41-5.
26. Sibbald B, Bojke C, Gravelle H. National survey of job satisfaction and retirement intentions among general practitioners in England. BMJ. 2003;326:22.