

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID

FACULTAD DE MEDICINA



TESIS DOCTORAL

Estudio de prevalencia de burnout en los médicos de familia del SERMAS y los posibles factores de riesgo asociados a las condiciones de trabajo

MEMORIA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR

PRESENTADA POR

David García Gutiérrez

DIRECTORES

Rosa Villanueva Orbáiz
Romana Albaladejo Vicente
Tomás Gómez Gascón

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID

FACULTAD DE MEDICINA



TESIS DOCTORAL

**ESTUDIO DE PREVALENCIA DE BURNOUT
EN LOS MÉDICOS DE FAMILIA DEL SERMAS
Y LOS POSIBLES FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS
A LAS CONDICIONES DE TRABAJO**

MEMORIA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR

PRESENTADA POR

David García Gutiérrez

DIRECTORES

Dra. Rosa Villanueva Orbáiz

Dra. Romana Albaladejo Vicente

Dr. Tomás Gómez Gascón

AGRADECIMIENTOS:

"La gratitud no es sólo la mayor de las virtudes. Está emparentada con todas las demás".

Cicerón

Recuerdo con entusiasmo ese día señalado en el calendario sentado en una de esas terrazas junto al río Manzanares, en Madrid, escribiendo en una servilleta de papel los primeros esbozos de lo que ya suponía que sería el tema fundamental de investigación de mi futura Tesis Doctoral.

Y no por casualidad. La experiencia laboral como Médico Residente en Las Palmas de Gran Canaria, en un servicio de urgencias de Atención Primaria, y luego en Madrid, como personal eventual sustituto en más de una veintena de centros sanitarios durante más de dos años, había despertado en mí el interés por las condiciones del trabajo en Atención Primaria y los posibles efectos perjudiciales para la salud y bienestar psicosocial de todos y cada uno de los profesionales que prestan su servicio activo.

Ocho años más tarde, esos primeros apuntes han podido materializarse de la mejor forma posible, participando en un proyecto de investigación muy ambicioso promovido por el Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Madrid y la Fundación para la Investigación e Innovación Biomédica en Atención Primaria, junto a un equipo de expertos en la materia: el Dr. D. Tomás Gómez Gascón, investigador principal y Director de Tesis, la Dra. Dña. Macarena Gálvez Herrer y Dña. Eva Guilabert, a los que agradezco su dedicación, nivel de compromiso y exigencia.

Igualmente, y de una forma muy especial, a la Dra. Dña. Rosa Villanueva Orbáiz y a la Dra. Dña. Romana Albaladejo Vicente, responsables docentes e investigadoras del Departamento de Preventiva y Salud Pública de la Universidad Complutense de Madrid, también Directoras de esta Tesis Doctoral, por su disponibilidad a lo largo de todos estos años, dedicación, paciencia y profesionalidad, así como por su cercanía, amabilidad y generosidad, con las que he podido intercambiar múltiples inquietudes y expectativas.

Finalmente, agradecer sinceramente a cada uno de los Médicos de Familia del SERMAS que han participado anónimamente en esta investigación. Su profesionalidad

y nivel de compromiso son dignos de reconocimiento, y sin todos ellos, esta Tesis Doctoral nunca hubiese podido realizarse.

DEDICATORIA:

A mi padre.

A Lorena y Sofía.

A mi familia y amigos.

Siento que me *quema*.

Ahí, justo en la frente.

Con la mirada indolente y los brazos cruzados.

Como una marioneta cuando me necesitas para todo
sin darme un solo respiro.

David García Gutiérrez

ÍNDICE GENERAL

<i>Declaración de autoría y originalidad de la tesis para la obtención del título Doctor</i> ...	3
<i>Agradecimientos</i>	5
<i>Dedicatoria</i>	7
<i>Índice general</i>	9
<i>Índice de tablas</i>	11
<i>Índice de figuras</i>	15
<i>Resumen</i>	17
<i>Introducción</i>	27
Capítulo 1: El síndrome de burnout. Conceptualización.....	29
Capítulo 2: modelos interpretativos.....	37
Capítulo 3: estresores laborales y organizativos de burnout.....	41
Capítulo 4: El síndrome de burnout como riesgo laboral. Aspectos legales.....	51
Capítulo 5: facilitadores del síndrome de burnout.....	57
Capítulo 6: síntomas y consecuencias del síndrome de burnout.....	62
Capítulo 7: evaluación e instrumentos de medida del síndrome de burnout.....	68
Capítulo 8: niveles de intervención y medidas preventivas.....	73
Capítulo 9: <i>burnout</i> en Atención Primaria en España.....	76
<i>Justificación</i>	81
<i>Hipótesis y objetivos</i>	85
<i>Personas y método</i>	89
1.- Diseño del estudio.....	91
2.- Población de estudio.....	91
3.-Población de estudio.....	91
4.- Variables de estudio.....	94
4.1 Variable dependiente.....	94
4.2 Variables independientes.....	98
5.- Recogida de la información.....	107
6.- Análisis estadístico.....	107
6.1 Estudio descriptivo.....	108
6.2 Estudio analítico.....	109
7.- Elaboración mapa de <i>burnout</i>	112

8.- Aspectos éticos.....	112
<i>Resultados</i>	113
1.- Tasa de respuesta. Análisis descriptivo de las tres dimensiones que configuran el síndrome y prevalencia total de <i>burnout</i> (MBI).....	115
2.- Análisis descriptivo de las tres dimensiones que configuran el síndrome y niveles de riesgo de desgaste profesional (CDPM).....	117
3.- Mapa de <i>burnout</i>	118
4.- Perfil sociodemográfico.....	121
5.- Estresores (variables supraorganizativas, laborales y organizativas) y factores de protección.....	126
6.- Consecuencias.....	197
<i>Discusión</i>	201
1.- Representatividad de los resultados, prevalencia del síndrome de burnout en los Médicos de Familia del SERMAS medidos según el cuestionario MBI y comparativa con otros resultados observados.....	203
2.- Niveles de riesgo de desgaste profesional, según Cuestionario de Desgaste Profesional Médico, en sus tres dimensiones y comparativa.....	205
3.- Mapa de <i>burnout</i> en Médicos de Familia del SERMAS.....	206
4.- Perfil sociodemográfico.....	206
5.- Estresores laborales de riesgo y factores de protección.....	207
6.- Consecuencias.....	220
7.- Debilidades y fortalezas del estudio transversal y de los instrumentos de evaluación psicométrica utilizados.....	221
8.- Relevancia del estudio.....	225
<i>Conclusiones</i>	227
<i>Referencias bibliográficas</i>	231
<i>Anexos</i>	255

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla I. Factores psicosociales.....	45
Tabla II. Factores psicosociales de riesgo.....	46
Tabla III. Grupos de estresores susceptibles de desencadenar <i>burnout</i>	47
Tabla IV. Factores psicosociales y factores psicosociales de riesgo.....	48
Tabla V. Factores psicosociales OMS.....	49
Tabla VI Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales.....	54
Tabla VII. Efectos fisiológicos del cortisol.....	62
Tabla VIII. Sintomatología relacionada con el síndrome de burnout.....	67
Tabla IX. Herramientas de estimación psicométrica de <i>burnout</i>	69
Tabla X. Prevalencias niveles altos de <i>burnout</i> en AP en España.....	78
Tabla XI. Puntos de corte MBI-HSS.....	95
Tabla XII. Datos de fiabilidad para la Escala de Síndrome CDPM.....	96
Tabla XIII. Datos de fiabilidad para la Escala de Antecedentes CDPM.....	101
Tabla XIV. Datos de fiabilidad para la Escala de Consecuentes CDPM.....	106
Tabla XV. Tasa de respuesta/centros de AP.....	115
Tabla XVI. Tabla de frecuencias y porcentajes según niveles de <i>burnout</i> (MBI).....	115
Tabla XVII.% profesionales afectados/centro con niveles altos y medios en AE y DP y bajos y medios en RP.....	116
Tabla XVIII. Prevalencia total de <i>burnout</i> (MBI).....	117
Tabla XIX. Descriptivos básicos de las 3 dimensiones según CDPM.....	117
Tabla XX. Tabla de frecuencias y porcentajes niveles desgaste (CDPM).....	117
Tabla XXI. Niveles de riesgo de desgaste profesional (CDPM).....	118
Tabla XXII. Centros de salud afectados de <i>burnout</i>	119
Tabla XXIII. Perfil sociodemográfico.....	122
Tabla XXIV. Tabla de contingencia: factores sociodemográficos vs AE.....	122

Tabla XXV. Tabla de contingencia: factores sociodemográficos vs D.....	123
Tabla XXVI. Tabla de contingencia: factores sociodemográficos vs PE.....	123
Tabla XXVII. Tabla de contingencia: factores sociodemográficos vs desgaste	124
Tabla XXVIII. OR crudo: f. sociodemográficos y agotamiento emocional.....	125
Tabla XXIX. OR en crudo: f. sociodemográficos y distanciamiento.....	125
Tabla XXX. OR en crudo: f. sociodemográficos y pérdida de expectativas.....	126
Tabla XXXI. Cambios supraorganizacionales.....	129
Tabla XXXII. Tabla de contingencia: factores supraorganizativos vs AE.....	131
Tabla XXXIII. Tabla de contingencia: factores supraorganizacionales vs D.....	133
Tabla XXXIV. Tabla de contingencia: factores supraorganizacionales vs PE.....	135
Tabla XXXV. Tabla de contingencia: factores supraorganizacionales vs desgaste.....	137
Tabla XXXVI. OR en crudo: f. supraorganizativos y agotamiento emocional.....	139
Tabla XXXVII. OR en crudo: f. supraorganizativos y distanciamiento.....	141
Tabla XXXVIII. OR en crudo: f. supraorganizativos y pérdida de expectativas.....	143
Tabla XXXIX. Factores laborales.....	144
Tabla XL. Tabla de contingencia: factores laborales vs AE.....	145
Tabla XLI. Tabla de contingencia factores laborales vs D.....	146
Tabla XLII. Tabla de contingencia: factores laborales vs PE.....	146
Tabla XLIII. Tabla de contingencia: factores laborales vs desgaste profesional.....	147
Tabla XLIV. OR en crudo: f. Laborales y agotamiento emocional.	148
Tabla XLV. OR en crudo f. laborales y distanciamiento.....	149
Tabla XLVI. OR en crudo: f. laborales y pérdida de expectativas.....	150
Tabla XLVII. Factores organizacionales: cultura organizacional.....	151
Tabla XLVIII. Factores organizacionales: diseño del puesto de trabajo.	153
Tabla XLIX. F. organizacionales: docencia, investigación y actividades formativas...	155

Tabla L. Clima laboral (relaciones interpersonales).....	156
Tabla LI. Tabla de contingencia: cultura organizacional vs AE.....	157
Tabla LII. Tabla de contingencia: diseño del puesto de trabajo vs agotamiento	159
Tabla LIII. Tabla de contingencia: docencia/investigación/formación vs AE	160
Tabla LIV. Tabla de contingencia: clima laboral vs AE.....	161
Tabla LV. Tabla de contingencia: cultura organizacional vs D.....	162
Tabla LVI. Tabla de contingencia diseño del puesto de trabajo vs D.....	163
Tabla LVII. Tabla de contingencia: docencia/investigación/formación vs D.....	164
Tabla LVIII. Tabla de contingencia: clima laboral vs D.....	165
Tabla LIX. Tabla de contingencia: cultura organizacional vs PE.....	166
Tabla LX. Tabla de contingencia: diseño del puesto de trabajo vs PE.....	168
Tabla LXI. Tabla de contingencia: docencia/investigación/formación vs PE.	169
Tabla LXII. Tabla de contingencia: clima laboral vs PE.....	170
Tabla LXIII. Tabla de contingencia: cultura organizacional vs desgaste profesional..	171
Tabla LXIV. Tabla de contingencia: diseño del puesto de trabajo vs desgaste.....	173
Tabla LXV. Tabla de contingencia: docencia/investigación/formación vs desgaste....	174
Tabla LXVI. Tabla de contingencia: clima laboral vs desgaste profesional.....	175
Tabla LXVII. OR en crudo: cultura organizacional y agotamiento emocional.....	176
Tabla LXVIII. OR en crudo: diseño puesto de trabajo y agotamiento emocional.....	178
Tabla LXIX. OR en crudo: docencia/investigación/formación y agotamiento.....	179
Tabla LXX. OR en crudo: clima laboral y agotamiento emocional.....	180
Tabla LXXI. OR en crudo: cultura organizacional y distanciamiento.....	181
Tabla LXXII. OR en crudo: diseño puesto de trabajo y distanciamiento.....	182
Tabla LXXIII. OR en crudo: docencia/investigación/formación y distanciamiento....	183
Tabla LXXIV. OR en crudo: clima laboral y distanciamiento.....	184
Tabla LXXV. OR en crudo: cultura organizacional y pérdida de expectativas.....	185
Tabla LXXVI. OR en crudo: diseño de puesto de trabajo y pérdida de expectativas..	187

Tabla LXXVII. OR en crudo: docencia/investigación/formación y PE.....	188
Tabla LXXVIII. OR en crudo: clima laboral y pérdida de expectativas.....	189
Tabla LXXIX. OR ajustados de agotamiento emocional por edad, género y factores supraorganizativos.....	191
Tabla LXXX. OR ajustados de agotamiento emocional por edad, género y factores laborales.....	191
Tabla LXXXI. OR ajustado de agotamiento emocional por edad, género y factores organizacionales.....	191
Tabla LXXXII. OR ajustados de distanciamiento por edad, género y factores supraorganizativos.....	193
Tabla LXXXIII. OR ajustados de distanciamiento por edad, género y factores laborales	193
Tabla LXXXIV. OR ajustados de distanciamiento por edad, género y factores organizacionales	193
Tabla LXXXV. OR ajustados de pérdida de expectativas por edad, género y factores supraorganizativos.....	195
Tabla LXXXVI. OR ajustados de pérdida de expectativas por edad, género y factores laborales.....	195
Tabla LXXXVII. OR ajustados de pérdida de expectativas por edad, género y factores organizacionales.....	195
Tabla LXXXVIII. Estresores laborales de riesgo ajustados y dimensión afectada.....	196
Tabla LXXXIX. Principales factores de protección y dimensión afectada.....	197
Tabla XC. Consecuentes del desgaste profesional.....	198

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Perspectiva de Golembiewski, Munzenrider y Carter (1983).....	33
Figura 2. Perspectiva de Leiter y Maslach (1988).....	34
Figura 3. Perspectiva de Leiter (1993).....	34
Figura 4. Perspectiva de Lee y Ashforth (1993).....	35
Figura 5. Perspectiva de Gil-Monte, Peiró y Valcárcel (1995).....	35
Figura 6. Perspectiva de Gil-Monte (2005 y 2007).....	35
Figura 7. El proceso de <i>burnout</i>	37
Figura 8. Interacción variables personales, sociales, organizacionales y laborales.....	39
Figura 9. Modelo teórico integrador adaptado de Gil Monte, 2005.....	40
Figura 10. Fases del síndrome general de adaptación.....	64
Figura 11. Esquema general del síndrome de burnout como riesgo psicosocial.....	65
Figura 12. Mapa centros de salud seleccionados de la Comunidad de Madrid.....	93
Figura 13. Mapa de <i>burnout</i> en Médicos de Familia del SERMAS.....	120

RESUMEN

INTRODUCCIÓN:

Se define el síndrome de burnout como el síndrome clínico resultado del estrés crónico laboral, caracterizado por actitudes y sentimientos negativos hacia las personas con las que se trabaja, hacia el propio rol profesional, así como la evidencia de encontrarse emocionalmente agotado, en un proceso complejo y larvado de deterioro de la salud en el que son determinantes las diferencias personales, así como los aspectos del entorno social y del trabajo, con consecuencias importantes para la salud y para las empresas, dado su reconocimiento actual como riesgo psicosocial laboral y como accidente de trabajo.

JUSTIFICACIÓN:

Responder a las demandas de un entorno laboral saludable promovido por la OMS, Directrices europeas y constitucionales.

HIPÓTESIS Y OBJETIVOS:

Existe una elevada prevalencia de *burnout* entre los Médicos de Familia (MF) del Servicio Madrileño de Salud (SERMAS).

Objetivo general y específicos:

Determinar las características del síndrome de burnout entre los MF del SERMAS.

Medir la prevalencia, el riesgo y sus dimensiones, elaborar un mapa de la Comunidad de Madrid con los MF afectados, la posible asociación con variables sociodemográficas, estresores laborales de riesgo, protectores y consecuencias.

PERSONAS Y MÉTODO:

Estudio observacional de tipo transversal en una población definida de MF del SERMAS.

La **población diana** quedó constituida por 3.499 MF distribuidos en 262 centros de salud.

La técnica empleada fue la de **muestreo por conglomerados**, obteniéndose un total de 60 centros y 814 MF.

Para medir el síndrome se han utilizado dos instrumentos validados: **Maslach Burnout Inventory (MBI)**, que mide agotamiento emocional (AE), despersonalización (DP) y realización personal (RP) y el **Cuestionario de Desgaste Profesional Médico (CDPM)**: AE, distanciamiento (D) y pérdida de expectativas (PE).

Para el estudio de **las variables sociodemográficas** se han considerado el género, la edad, el estado civil y el número de hijos.

Para el estudio de los **estresores y consecuencias del burnout** se ha utilizado el CDPM, así como otras variables específicas de Atención Primaria agrupadas en **factores supraorganizacionales, laborales y organizativos**.

La difusión del estudio se realizó mediante carta. Para mejorar la participación se optó por la incorporación de una monitora independiente encargada de la entrega y recogida de cuestionarios, en horario bisagra de 13:00-15:30h.

El análisis de los datos se ha llevado a cabo mediante SPSS 19.0 para Windows.

En el análisis descriptivo las variables cuantitativas se han presentado con su valor medio y desviación estandar, y las variables cualitativas en porcentajes y frecuencias.

Para el análisis descriptivo de las tres dimensiones del síndrome (MBI) se han presentado las frecuencias y porcentajes de los individuos con niveles alto, medio y bajo de AE, DP y RP, el promedio de las tres dimensiones para obtener una puntuación única de presencia de *burnout*, según los puntos de corte establecidos.

Así mismo se han presentado las frecuencias y porcentajes de los distintos niveles de desgaste mediante CDPM, así como los descriptivos básicos de las tres dimensiones, obtenidos mediante la media de los ítems que lo componen, según los distintos puntos de corte establecidos.

Para estudiar la asociación entre el desgaste (CDPM), sus dimensiones en los distintos niveles y los antecedentes y facilitadores, se han utilizado pruebas de comparación de medias (ANOVA) para variables cuantitativas, o de proporciones (χ^2 cuadrado) para variables cualitativas, considerando una relación significativa $p \leq 0,05$.

Con respecto al análisis multivariante, se han calculado en un primer paso las Odds Ratio crudas de las tres dimensiones, según escala CDPM, del riesgo **medio sobre el bajo** (que fue tomado como el de referencia), y como variables independientes, los distintos grupos de estresores analizados y facilitadores agrupados en dos categorías.

El cálculo de las OR, su IC del 95% y el valor p, se han calculado mediante el método de regresión logística binaria del programa SPSS.

Finalmente realizamos un ajuste de las OR, mediante el método de regresión logística “hacia delante” de razón de verosimilitud.

Este estudio está promovido por el Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Madrid y la Fundación para la Innovación e Investigación Biomédica en Atención Primaria y se ha desarrollado conforme a la legislación vigente, cumpliendo con las normas de buena práctica clínica, Comisiones y Comité ético.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES:

La tasa de respuesta fue del 75.5%.

La prevalencia del síndrome en este estudio se situó en el 11,9% (MBI).

El nivel de riesgo medido mediante CDPM mostró a un 7,8% de los MF con un nivel alto de desgaste, el 64.9% en nivel medio, y un 27.3% en nivel bajo.

La presencia de *burnout* en MF del SERMAS afecta a las 7 Direcciones Asistenciales.

El 66,5% de los encuestados fueron mujeres, frente al 25,9 de hombres, quedando sin registro el 7.6%, con un predominio de MF por encima de los 40 años (86,2%), casados (75%) y con 2 hijos.

Con plaza en propiedad el 73,7%, frente al 25,6% de eventuales, trabajando en el turno de mañana el 40,5%, en turno de tarde el 33,5% y en turno deslizando, el 24,4%, con una experiencia laboral de 19 años de media.

El género femenino se comporta como un factor de protección con respecto al D y PE.

El turno de tarde y la falta de autonomía se comportan como estresores de riesgo afectando a las tres dimensiones.

Los problemas derivados de la gestión y supervisión, así como la excesiva burocratización de la consulta informatizada (tecnoestrés) son también factores de riesgo para el AE.

La presión social, la presión temporal organizativa y el tecnoestrés se comportan como estresores laborales de riesgo con respecto al D.

Así mismo, la presión social, la presión temporal, y la relación con pacientes de trato difícil se comportan como estresores de riesgo con respecto a la PE.

Son factores protectores la realización de consultas programadas con respecto al agotamiento emocional, la existencia de protocolos en la asistencia sanitaria frente al distanciamiento y la Tutorización MIR frente a la pérdida de expectativas.

El 57,6% presentaban deseos de abandono de la profesión; el 73,7%, consecuencias físicas; el 73,4%, consecuencias emocionales, y un 44,2%, aislamiento social y profesional.

INTRODUCTION:

Burnout syndrome is defined as the clinical syndrome resulting from chronic work stress characterized by negative attitudes and feelings towards the people with whom one works, towards one's professional role, as well as the evidence of being emotionally exhausted, in a complex and larvae process of deterioration of health in which personal differences are determining factors, as well as aspects of the social and work environment, with important consequences for health and for companies, given its current recognition as a psychosocial occupational risk and as a work accident.

JUSTIFICATION:

Respond to demands of a healthy work environment promoted by the WHO, European and Constitutional Guidelines.

HYPOTHESIS AND OBJECTIVES:

There is a high prevalence of *burnout* among Family Physicians (FPs) of the Madrid Health Care Service (SERMAS).

General and specific objective:

To determine the characteristics of burnout syndrome among SERMAS FPs.

–To measure the prevalence, risk and its dimensions, to make a map of the Community of Madrid with the FPs affected, the possible association with sociodemographic variables, occupational risk stressors, protectors and consequences.

PEOPLE AND METHOD:

Observational cross-sectional study in a defined population of SERMAS FPs.

The target population was formed by 3,499 FPs, distributed in 262 health care centers.

The technique used was that of clusters sampling, obtaining a total of 60 centers and 814 FPs.

Two validated instruments have been used to measure the Syndrome: Maslach Burnout Inventory (MBI), which measures emotional exhaustion (EE), depersonalization (DP) and personal fulfillment (PF) and the Spanish Medical Professional Burnout Questionnaire (CDPM): EE, distancing (D) and loss of expectations (LE).

For the sociodemographic variables study, gender, age, marital status and number of children, have been considered.

For the stressors and consequences of *burnout* study, the CDPM has been used, as well as other specific variables of Primary Care, grouped by supraorganizational, labor and organizational factors.

The study was advised by letter. To improve participation, we opted for incorporating an independent monitor in charge of delivering and collecting questionnaires, from 1:00 pm to 3:30 pm.

The data analysis was carried out using SPSS 19.0 for Windows.

In the descriptive analysis, the quantitative variables have been presented with their mean value and standard deviation, and the qualitative variables in percentages and frequencies.

For the descriptive analysis of the three dimensions of the syndrome (MBI), the frequency and percentages of individuals with high, medium and low levels of EE, DP and PF have been presented, and the average of the three dimensions to obtain a unique score of presence of *burnout*, according to the established cut-off points.

Likewise, the frequencies and percentages of the different *burnout* levels through CDPM have been presented, as well as the basic descriptives of the three dimensions obtained by means of the items that compose it, according to the different established cut-off points.

To study the association between emotional exhaustion (CDPM), its dimensions at different levels and the background and facilitators, we have used comparison tests of means (ANOVA) for quantitative variables, or of proportions (χ^2 squared) for qualitative variables, considering a significant relationship $p \leq 0.05$.

Respecting the multivariable analysis, the crude Odds Ratio of the three dimensions, according to the CDPM scale, of the medium risk over the low risk (which was taken as the reference), and as independent variables, the different groups of analyzed stressors and facilitators grouped into two categories.

The calculation of the ORs, their 95% CI, and the p-value were calculated using the binary logistic regression method of the SPSS program.

Finally, we adjusted the ORs, using the “forward” logistic regression method of the likelihood ratio.

This study is promoted by the Illustrious Official College of Physicians of Madrid and the Foundation for Biomedical Innovation and Research in Primary Care and has been developed in accordance with current legislation, complying with the standards of good clinical practice, Commissions and Ethics Committee.

RESULTS AND CONCLUSIONS:

The response rate was 75.5%.

The prevalence of the syndrome in this study was 11.9% (MBI).

The level of risk measured by CDPM showed 7.8% of FPs with a high level of attrition, 64.9% at a medium level, and 27.3% at a low level.

The presence of *burnout* in SERMAS FPs affects the 7 Health Care Areas of the Community of Madrid.

66.5% of those surveyed were women compared to 25.9% of men, with 7.6% remaining without registration, with a predominance of FPs over 40 years (86.2%), married (75%) and with 2 sons.

73.7% had a permanent job, compared to 25.6% of temporary workers, 40.5% working in the morning shift, 33.5% in the afternoon shift and 24.4% in sliding shift, with a work experience of 19 years on average

The female gender seems to behave as a protective factor against D and LE.

The afternoon shift and the lack of autonomy behave as risk stressors affecting all three dimensions.

The problems derived from management and supervision, as well as the excessive bureaucratization of computerized consultation (technostress) are also risk factors for EE.

Social pressure, organizational time pressure and technostress behave as risk occupational stressors with respect to D.

Likewise, social pressure, time pressure, and the relationship with difficult treatment patients behave as risk stressors with respect to LE.

Performance of scheduled consultations protect against EE. Existence of protocols in health care against D and tutoring MIR provides protection from LE.

57.6% had wishes to leave the profession, 73.7%, physical consequences, 73.4%, emotional consequences and 44.2% social and professional isolation.

INTRODUCCIÓN

“En todos los asuntos es algo saludable de vez en cuando poner un signo de interrogación en las cosas que has dado por sentado durante mucho tiempo”.

Bertrand Russell

INTRODUCCIÓN:

Capítulo 1: síndrome de burnout, síndrome de estar quemado en el trabajo o síndrome de desgaste profesional. Conceptualización.

¿Cuántas veces en nuestro entorno de trabajo, en el contexto familiar, con amigos, hemos escuchado la expresión “estoy quemado” frente a estados de la vida cotidiana absolutamente enquistados, estresantes y difícilmente mejorables?

Un verdadero choque de trenes entre las necesidades, exigencias y recursos personales ofertados, las demandas no siempre factibles y la satisfacción encontrada en el desempeño de nuestras funciones y responsabilidades.

Resulta llamativo que todas esas personas que en algún momento de sus vidas se han sentido profundamente agotadas, decepcionadas, desmotivadas, apáticas, con falta de interés y compromiso, frías en sus relaciones interpersonales y profesionales y/o pobremente recompensadas o reconocidas en los distintos planos vitales en los que se estuviesen desarrollando, no conociendo ni habiendo estudiado el significado del constructo, sin embargo, siguen utilizando abiertamente el término “quemarse” de una forma coloquial para explicar lo que les pasa, sintiéndose en mayor o menor medida enfermas.

Burnout significa apagarse, consumirse, quemarse o agotarse, pero en Medicina su conceptualización como síndrome, como el conjunto de síntomas y/o signos característicos etiológicamente no especificados¹, confiere al término un carácter de multicausalidad muy complejo que debe ser investigado, siendo su uso de gran importancia cuando abordamos los entornos y los riesgos laborales.

Se define el síndrome de burnout, síndrome de estar quemado en el trabajo o síndrome de desgaste profesional como “una respuesta al estrés crónico laboral integrada por actitudes y sentimientos negativos hacia las personas con las que se trabaja y hacia el propio rol profesional, así como por la vivencia de encontrarse emocionalmente agotado. Esta respuesta ocurre con frecuencia en los profesionales de la salud y en general en profesionales de organizaciones de servicios que trabajan en contacto directo con los usuarios de la organización”².

Para llegar a esta definición recogida en el título 704 de la colección de Notas

Técnicas de Prevención (NTP) del Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo (INSST)², nacida del consenso interdisciplinar, han tenido que pasar más de cuarenta años desde que en 1974, Heber Freudenberger³ introdujera clásicamente el concepto al observar cómo voluntarios que trabajaban en el Free Clinic de Nueva York con pacientes toxicómanos, al cabo de un año ejerciendo, comenzaban a desarrollar síntomas de pérdida de energía, desmotivación y ánimo depresivo en relación con el trabajo, volviéndose gradualmente más insensibles y poco comprensivos con sus pacientes e incluso adoptando conductas de rechazo hacia ellos, de trato distante y de cierto grado de cinismo en sus relaciones, en respuesta, presumiblemente, al tipo de trabajo realizado en un contexto social muy exigente y conflictivo por el tipo de población enferma tratada.

La conceptualización del síndrome a partir de ese momento se centraría en la disquisición de los posibles **síntomas y/o signos** característicos que pudiesen agruparse: pérdida progresiva de energía (Edelwich y Brodsky, 1980)⁴; ansiedad, tensión, fatiga y agotamiento (Cherniss, 1980)⁵; agotamiento, actitudes y sentimientos negativos hacia las personas con las que se trabaja y hacia el propio rol profesional (Maslach y Jackson, 1981)⁶; disminución de la autoestima (Fisher, 1983)⁷; sentimientos de desorientación o fallo profesional, labilidad emocional, sentimientos de culpa, aislamiento, frialdad (Price y Murphy, 1984)⁸; agotamiento mental y físico (Farber, 1984)⁹; sentimientos de impotencia e inutilidad, falta de entusiasmo en el trabajo y la vida en general (Pines y Aronson, 1988)¹⁰; vivencias de baja realización personal, desmotivación y retirada organizacional, síntomas de ansiedad, depresión, o mixtos (Mingote, 1998)¹¹; actitudes y conductas negativas hacia los clientes y hacia la organización (Gil Monte, 2005)¹².

En las posibles **causas**: sobrecarga de exigencias de energía o recursos personales, expectativas inalcanzables (Freudenberger, 1974)³; pérdida de energía positiva, flexibilidad y de acceso a los recursos propios (Seiderman, 1978)¹³; colapso espiritual (Storli, 1979)¹⁴; pérdida progresiva de idealismo (Edelwich y Brodsky, 1980)⁴; desequilibrios entre demandas en el trabajo y recursos individuales (Cherniss, 1980)⁵; respuesta al estrés laboral crónico (Maslach y Jackson)⁶; continuas y repetidas presiones emocionales vividas en el trabajo (Pines, Aronson y Kafry, 1981)¹⁵; trauma narcisista (Fischer, 1983)⁷; falta de éxito profesional (Price y Murphy, 1984)¹⁶; expectativas previas (Brill, 1984)¹⁷; falta de estrategias de afrontamiento efectivas (Farber, 1984)⁹; respuesta inadecuada a los estresores ocupacionales, tanto a nivel emocional como conductual (Cronin-

Stubbs y Rooks, 1985)¹⁸; disfunción de los esfuerzos de afrontamiento al descender los recursos personales (Shirom, 1989)¹⁹; crisis de autoeficacia (Leiter, 1991)²⁰; inadecuada adaptación al trabajo, motivado por un desbalance prolongado entre demandas y recursos de afrontamiento (Mingote, 1998)¹¹; resultado de la discrepancia entre las expectativas y los ideales individuales del trabajador y la cruda realidad de cada día en la vida profesional (Schaufeli y Buunk, 2003)²¹; crisis de identidad (Vanheule y Verhaegue, 2005)²².

En los grupos humanos predominantemente afectados: en principio, todas aquellas profesiones cuyo objeto de trabajo son las personas en cualquier tipo de actividad (Pines, Aronson y Kafry¹⁵; Maslach y Jackson, 1986²³; Moreno-Jiménez, Oliver y Aragoneses, 1991²⁴; García-Izquierdo, y col, 1994²⁵; Mingote¹¹): maestros, médicos, policías y funcionarios de prisiones pero también en otro tipo de profesionales como directivos, entrenadores y deportistas e incluso en activistas políticos, amas de casa y voluntariado (Maslach y Schaufeli, 2001)²⁶.

En el tiempo necesario para desarrollar el síndrome: haciendo referencia al concepto general de cronicidad en la respuesta emocional a estresores laborales (Maslach y Jackson²³; Gil-Monte²⁷) o incluso afinando mucho más esa secuencia temporal hablando de seis meses de desbalance para desarrollar el síndrome (Mingote)¹¹.

En las posibles consecuencias: afectación general del bienestar del individuo (García-Izquierdo, y col.)²⁵; calidad de vida (Schwab, Jackson, 1986)²⁸; trastornos cardiovasculares, respiratorios, gastrointestinales, musculares, dermatológicos, sexuales, endocrinos e inmunológicos y con ansiedad y depresión (Murphy, 1996)²⁹; retirada organizacional, ineficacia laboral, absentismo, consumo de sustancias tóxicas (Firth y Britton, 1989³⁰; Mingote, 1998¹¹); manifestaciones clínicas como lumbalgias, gripes, cefaleas, problemas dentales, agotamiento o cansancio (Aranda, Pando, Torres, Salazar y Aldrete, 2006)³¹; tensión, fatiga al levantarse e insomnio crónico (Vela, Moreno-Jiménez, Rodríguez Muñoz, Olavarrieta, Fernández, de la Cruz, Bixler y Vgontzas, 2008)³².

Indiscutiblemente, cuando nos referimos al síndrome como “una respuesta al estrés crónico laboral”², lo que subyace en esta proposición no es más que la punta del iceberg a la hora de comprender la complejidad de la relaciones laborales, siendo considerado, no como una enfermedad mental en sí misma, sino como una consecuencia lógica de otro constructo relacionado con la manera en que los seres humanos afrontamos los múltiples factores de estrés vitales que nos agreden y que en muchas ocasiones

nos desvían de ese concepto global de salud enunciado por la OMS como “el estado completo de bienestar físico, mental y social, y no solamente por la ausencia de afecciones o enfermedades”³³.

Hablar de estrés no es siempre sinónimo de una condición negativa o perjudicial para la salud. Niveles adecuados de estrés son necesarios para el propio proceso adaptativo y de desarrollo humano, siendo considerado como una respuesta filogenética fundamental para la supervivencia de la especie y el individuo: un mecanismo de alarma y respuesta natural frente a diversos estímulos endógenos o exógenos presentados en nuestro entorno vital³⁴.

Y es precisamente cuando esos sistemas de alarma permanecen activos y terminan volviéndose crónicos, ante la falta de una respuesta adecuada y proporcional de los organismos a los problemas vitales planteados, cuando se produce el colapso de esos recursos energéticos tan necesarios para poder afrontar y resolver las distintas situaciones vitales estresantes, dejando de ser efectivos, y en consecuencia, convirtiéndose en disfuncionales para el propio proceso adaptativo, con importantes repercusiones para la salud.

Pero ¿es siempre la adaptación entendida como “la adquisición de lo necesario para acomodarse física y mentalmente a diversas circunstancias”³⁵ la respuesta más adecuada frente a determinados factores vitales estresantes?

Cuando diagnosticamos a un paciente de un trastorno adaptativo en respuesta a estresores vitales de riesgo como “un malestar mayor de lo esperable, en un tiempo determinado, y acompañado de un deterioro significativo a nivel social, laboral o académico”³⁶, parece que es el individuo quien no es capaz de amoldarse por no tener las cualidades innatas o carecer de las habilidades necesarias para hacerles frente, sin llegar a preguntarnos el por qué necesariamente tenemos que adaptarnos a esas circunstancias tan adversas y perjudiciales para nuestra salud.

Y es que, en definitiva, para que un trabajador pueda desarrollar el síndrome en el trabajo, habiendo previamente consumido de forma progresiva todos sus recursos personales (factores atribuibles al propio profesional implicado), frente al estrés crónico laboral, es necesario que previamente se hayan dado en el tiempo unas condiciones laborales de riesgo por falta de previsión, planificación y organización de las empresas.

¿Podría un trabajador quemarse en unas condiciones laborales bien saneadas, seguras y adecuadamente recompensadas? ¿Y si ese mismo trabajador tuviese un trastorno mental previo o un tipo de personalidad determinada? ¿Por qué ante condiciones

de trabajo similares e igual de estresantes unos trabajadores se enferman más que otros?

¿Depende solamente de los factores ambientales? ¿Quién sufre el deterioro más rápido: los trabajadores que son más exigentes y comprometidos con su profesión, con la calidad, cumplidores de sus responsabilidades y objetivos marcados por la organización, con un alto grado de empatía y con una ética profesional inalterable, o aquellos que a lo largo de su formación y aprendizaje mostraron un trato indiferente hacia las personas y escasa integración, saltándose continuamente las normas de funcionamiento, no cumplidores y con un sentido de la responsabilidad mucho más complaciente?

¿Tienden por tanto a quemarse mucho más los trabajadores mejor capacitados profesionalmente, tal vez los más provechosos o los menos cualificados?

No resulta sencillo responder a estas preguntas. Lo que es seguro es que la capacidad de acomodación y flexibilidad, sobreimplicación y perfeccionismo, son cualidades que buscan activamente muchas empresas. Y si todas esas cualidades, a priori beneficiosas, no fuesen adecuadamente tratadas y recompensadas por sus administradores en una organización del trabajo segura, posiblemente acabarían consumiendo al trabajador, dejando de ser productivo, desarrollando los síntomas característicos que definen el síndrome (Maslach y Jackson, 1986)²³ de agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal.

Si bien la comunidad científica en la actualidad acepta el planteamiento originario de los tres elementos descriptivos enunciados, la realidad es que para definirlo conceptualmente, solo con criterios clínicos no es suficiente.

Para algunos autores como Golembiewski, Munzenrider y Carter (1983)³⁷ la despersonalización sería el síntoma inicial, como un mecanismo disfuncional de afrontamiento del estrés que llevaría irremediabilmente a la baja realización personal y posteriormente al cansancio emocional.

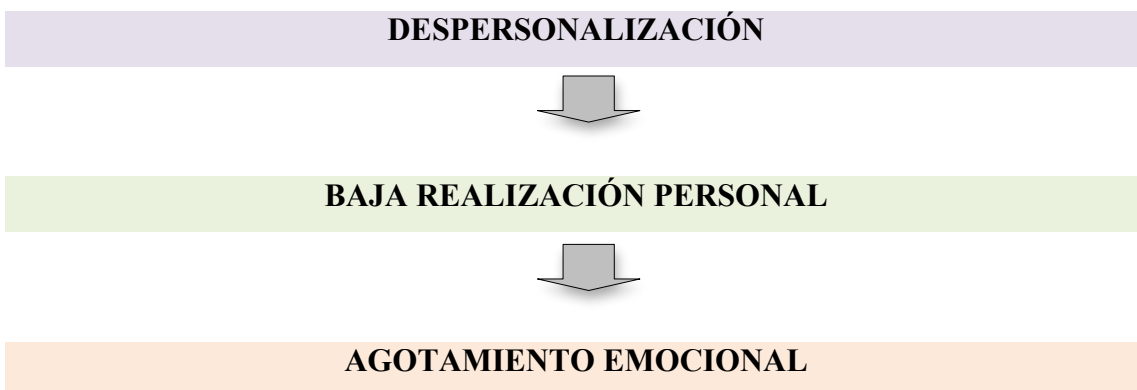


Figura 1. Golembiewski, Munzenrider y Carter (1983)³⁷

Por el contrario, para otros autores como Leiter y Maslach (1988)³⁸, el cansancio emocional sería el elemento central del síndrome dando lugar a la despersonalización como un intento fallido de manejar el primero, siendo considerada como una variable mediadora entre las otras dos, y en consecuencia, promoviendo la pérdida de compromiso e implicación en el trabajo.



Figura 2. *Leiter y Maslach (1988)*³⁸

Compartiendo esa misma idea, Álvarez y Fernández (1991)³⁹ hablan del cansancio emocional como la sensación de no poder dar más de uno mismo, desarrollando actitudes impersonales, de distanciamiento afectivo y cinismo, tratando de hacer culpables a los demás de sus propias frustraciones y en consecuencia, dañando el compromiso laboral, como una fórmula de aliviar la tensión acumulada.

Leiter (1993)⁴⁰ reformularía sus propios planteamientos anteriores, esta vez sugiriendo que la despersonalización no media entre cansancio y realización personal en el trabajo, siendo ésta la consecuencia directa de los estresores laborales surgidos de forma paralela al cansancio emocional.



Figura 3. *Leiter (1993)*⁴⁰

Lee y Ashforth (1993)⁴¹ plantean que tanto despersonalización como baja realización personal son consecuencias directas del cansancio emocional, no considerando

tampoco el primero como variable mediadora del síndrome, mientras que Gil-Monte, Peiró y Valcárcel (1995)⁴² concentran tanto los sentimientos de baja realización personal como los de cansancio emocional, siendo los responsables de actitudes de despersonalización ante la experiencia crónica de las otras dos dimensiones.

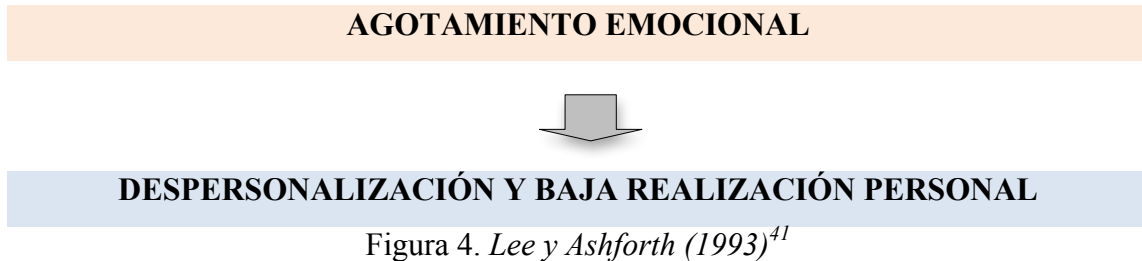


Figura 4. *Lee y Ashforth (1993)*⁴¹



Figura 5. *Gil-Monte, Peiró y Valcárcel (1995)*⁴²

Cabe destacar que en revisiones posteriores Gil Monte (2005-2007)^{12,43} se plantearía incluso una nueva cuarta dimensión: la de “los sentimientos de culpa” que llevarían a los trabajadores a una mayor implicación en su trabajo para disminuir su remordimiento, aumentando los niveles de cansancio emocional y despersonalización y disminuyendo progresivamente los de realización personal, originando un bucle que deteriorará aún más la salud del trabajador, aumentando las tasas de absentismo y el deseo de abandonar la organización y la profesión.



Figura 6. *Gil-Monte (2005 y 2007)*⁴³

Superando el cuestionamiento sobre el orden natural de los elementos descriptivos del síndrome de burnout o quemado por el trabajo, la interacción entre la empresa y el trabajador sigue jugando un papel fundamental, desde empresas que se involucran en el bienestar y la salud de sus empleados, entendiendo que esos recursos humanos son esenciales para la consecución de sus objetivos, pasando por empresas que subordinan esos conceptos de seguridad pero sin llegar a ser perjudiciales, a otras, que actuando de un modo irresponsable, solo atienden a sus propios intereses, deteriorando física y mentalmente la salud y el bienestar de sus trabajadores.

En España, la figura contractual que define todas y cada una de esas relaciones laborales, conmina al empleador, en un marco legal de protección de la salud, a velar por la seguridad de sus empleados, como ya desarrollaremos más ampliamente en el apartado correspondiente, y son precisamente esas obligaciones legales y los derechos adquiridos por el trabajador, que pone su fuerza de trabajo al servicio de unos intereses particulares, los que determinan los límites de esa relación interesada.

En conclusión, para el desarrollo del síndrome de burnout se hace necesaria **la interrelación de diversos factores: individuales, sociales, organizativos y del entorno de trabajo (multicausalidad).**

La forma en que cada uno de ellos influye, positiva o negativamente en la salud y bienestar de los posibles afectados, debería ser investigada por todo prevencionista, aunque comprendiendo que los factores atribuibles al trabajador no deberían ser nunca considerados como la única fuente del problema, precisamente para no estigmatizar al empleado², y sobretodo, para no eximir a las empresas de su responsabilidad a la hora de garantizar un trabajo seguro.

Capítulo 2: Modelos interpretativos.

“Yo soy yo y mi circunstancia..., y si no la salvo a ella..., no me salvo yo”.

José Ortega y Gasset.

En 1980, Edelwich y Brodsky⁴ distinguieron cuatro fases de desarrollo del síndrome:

1 Fase de entusiasmo o luna de miel: el individuo se encuentra plétórico de energías; el trabajo en apariencia es seguro y saneado y cubre las necesidades y problemas. Generalmente satisfecho. Buenas relaciones interpersonales. No importa alargar la jornada de trabajo.

2 Fase de estancamiento: confrontación con la realidad. Ruptura con las expectativas previas. Percepción de que las recompensas no son las esperadas ni merecidas.

3 Fase de frustración: el entusiasmo y la energía se van agotando progresivamente, transformándose en fatiga crónica e irritabilidad. Repercusiones psicofisiológicas, pérdida de motivación. El individuo se vuelve impreciso y disminuye su productividad, con el consecuente deterioro de la calidad del trabajo. Si la frustración se mantiene, las actitudes y comportamientos negativos derivan en cinismo, distanciamiento, actitud crítica ante el tipo de trabajo, superiores y compañeros.

4 Apatía: sentimientos de fracaso, desesperanza, autoestima y autoconfianza bajos con ideación negativa hacia el futuro. Desarrollo de síntomas.

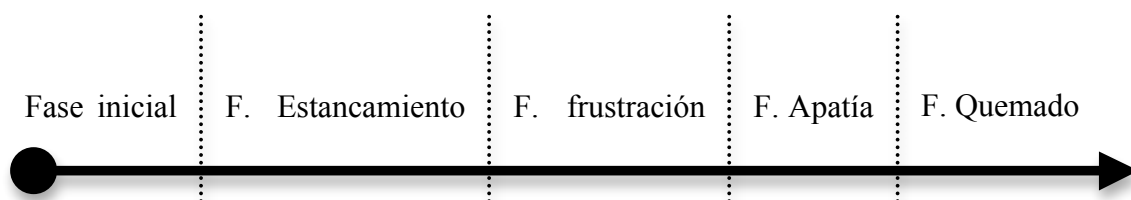


Figura 7. *El Proceso de Burnout.*

Este planteamiento por etapas convierte el síndrome en un **proceso** mucho más complejo, singular y larvado (Gil Monte y Peiró, 1997)⁴⁴ que la relación causa-efecto motivada por estresores laborales crónicos, así mencionados en su definición actual.

Y es que cuando hablamos de modelos interpretativos o moldes para etiquetar adecuadamente a nuestros pacientes y ayudarles a comprender lo que les pasa, podemos caer en el error de pretender vestirlos a todos con un mismo traje hecho a nuestra medida metodológica, pero no a la medida de sus circunstancias personales.

Pero hagámonos la siguiente pregunta: cuando hablamos precisamente de la coexistencia de uno mismo y sus circunstancias, ¿son más importantes los procesos internos del individuo: los aspectos cognitivos, actitudinales, emocionales o la personalidad (variables individuales) que conducen a la aparición del síndrome; lo es tal vez la interacción social en el trabajo (relaciones interpersonales) o, por el contrario, son mucho más determinantes los aspectos organizativos laborales poco saneados y seguros, o una combinación de ambos?

Pues bien, varios han sido los investigadores que a lo largo del tiempo han especulado sobre todas estas y otras muchas cuestiones, surgiendo numerosas teorías al respecto:

a) Los que han enfatizado las variables personales analizando los aspectos motivacionales como los sentimientos de competencia (Harrison, 1983)⁴⁵, el sentido existencial en los trabajos humanitarios, las altas expectativas y elevados objetivos asistenciales (Pines, 1993)⁴⁶; la autoeficacia y la incapacidad de los sujetos para desarrollar sentimientos de competencia o de éxito personal (Cherniss, 1993)⁴⁷, y el nivel de autoconciencia y autoconfianza profesional para autorregular el estrés (Thompson et al, 1993)⁴⁸, dentro de **la Teoría Sociocognitiva del Yo**.

b) Los que han insistido en los procesos de interacción social y sus consecuencias, resaltando la importancia que tiene la percepción de **las relaciones equitativas** por parte de los sujetos (Buunk y Schaufeli, 1993)⁴⁹, y que éstas no supongan ningún tipo de amenaza o pérdida (Hobfoll y Freedy, 1993)⁵⁰, dentro de **la Teoría del Intercambio Social**.

c) Los que destacan la importancia de las variables del entorno laboral en la etiología del síndrome, especialmente las disfuncionales de rol (Golembiewski et al, 1983)³⁵, y la importancia de las estrategias de afrontamiento (Cox et al, 1981⁵¹; Golembiewski et al, 1983³⁷), pero también otras, como la adaptación a las nuevas tecnologías

de la información (Salanova, Grau, Llorens y Schaufeli, 2001)⁵², las conductas de abuso en las organizaciones (Leiter, Frizzell, Harvie y Churchill, 2001b)⁵³ o las situaciones de reestructuración del personal (Armstrong-Stassen, 2001)⁵⁴, dentro de **la Teoría Organizacional**.

d) Los que integran en un mismo modelo las variables personales, organizacionales y las estrategias de afrontamiento en el proceso de estrés laboral crónico, concretamente la autoconfianza, la ambigüedad y los conflictos de rol, la falta de apoyo social en el trabajo y la importancia de las estrategias de afrontamiento de carácter activo y de evitación (Gil Monte y Peiró, 1999)⁵⁵, dentro de **la Teoría Transaccional**.

e) Los que han considerado los valores sociales, las condiciones socioeconómicas y los momentos históricos como elementos decisivos (Gil Monte, 2005)¹².

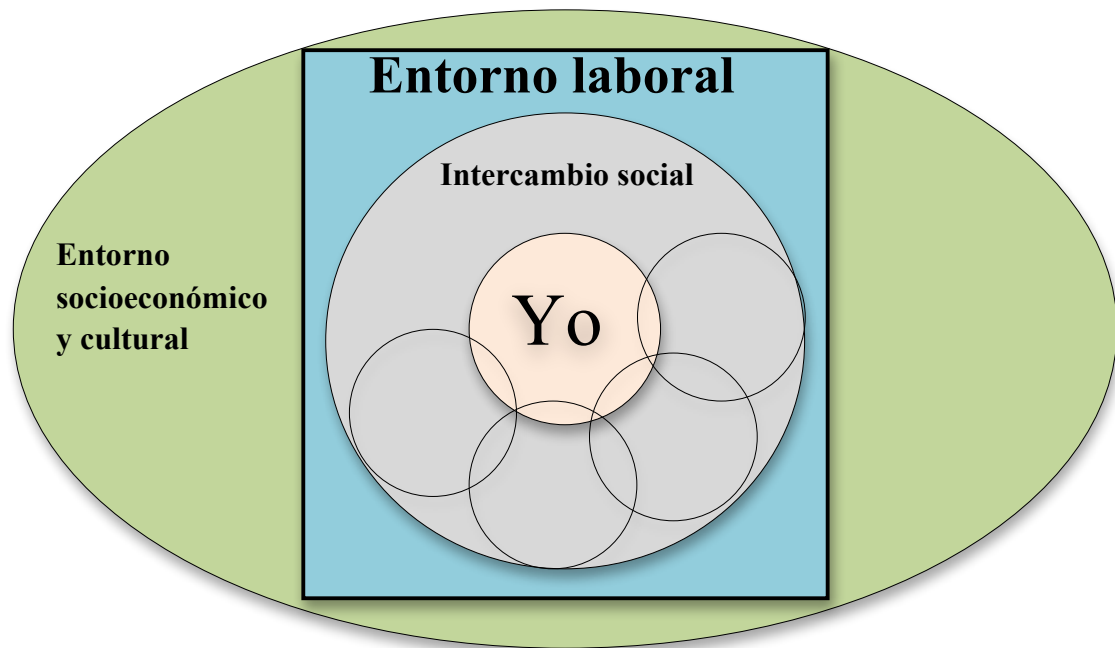


Figura 8. *Interacción variables personales, sociales, organizacionales y laborales.*

Cada una de esas perspectivas observadas por los distintos investigadores: **clínica**, **psicosocial**, **laboral** y **sociocultural** han desembocado, desde un punto de vista explicativo, en planteamientos teóricos más operativos, pero al mismo tiempo mucho más complejos a la hora de enunciar una definición más globalizadora del síndrome⁵⁶.

Modelos interpretativos en donde las interacciones entre las distintas perspectivas estuviesen integradas en un proceso crónico determinado por el estrés (Moreno-Jiménez, 1990⁵⁷; Moreno-Jiménez, Oliver y Aragonese, 1991²⁴; Moreno-Jiménez, Bus-

tos, Matallana y Miralles, 1997b⁵⁸), pasando por un análisis mucho más exhaustivo de las posibles antecedentes explorando las diferencias profesionales y las consecuencias físicas, psicológicas y sociales (Gil Monte, 1994⁵⁹; Gil Monte, Peiró y Valcárcer, 1995⁴²; Gil Monte y Peiró, 1997⁴⁴; Moreno-Jiménez et al., 2000a⁶⁰; Benevides-Pereira, Moreno-Jiménez, Garrosa y González-Gutiérrez, 2002⁶¹), a la asociación de estrategias de afrontamiento y variables de personalidad facilitadoras, convirtiendo las características individuales de los posibles afectados en el elemento principal para el desarrollo del síndrome (Moreno-Jiménez, González y Garrosa, 2001a⁶²; Moreno-Jiménez, Garrosa, Gálvez, González-Gutiérrez, 2005⁶³).

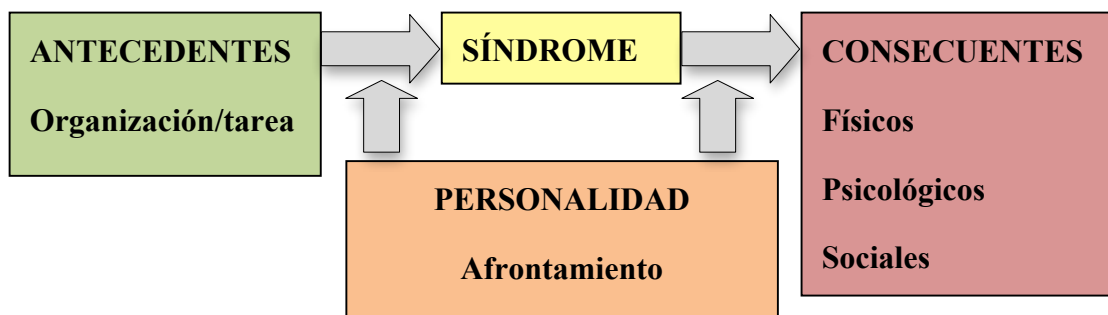


Figura 9 Modelo procesual de *Moreno et al., 1997-2005*⁶³

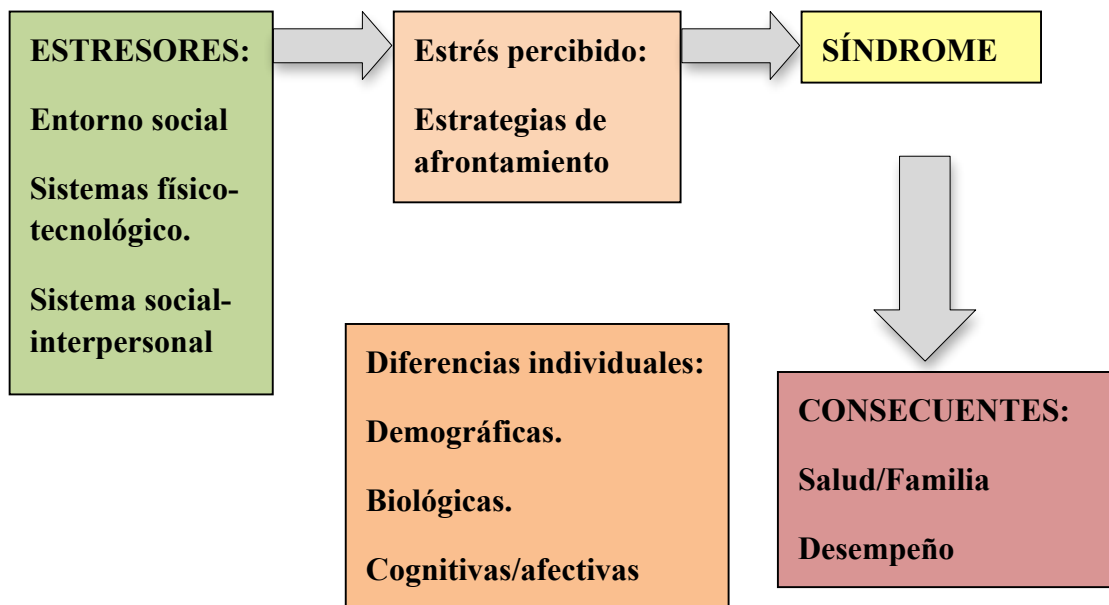


Figura 9. Modelo teórico integrado adaptado de *Gil Monte, 2005*⁶³

Capítulo 3: estresores organizativos y laborales de *burnout*.

“Toda persona tiene derecho al trabajo, a la libre elección de su trabajo, a condiciones equitativas y satisfactorias de trabajo y a la protección contra el desempleo”.

*Declaración Universal de los Derechos Humanos*⁶⁴.

Es indudable que el trabajo ocupa un lugar central en la vida de las personas. Determina nuestra manera de ver el mundo que nos rodea (desde la situación de empleado o desempleado) y presentarnos socialmente (¿a qué te dedicas?). Determina nuestro tiempo vital y la forma en que lo consumimos (hora a la que nos levantamos por la mañana, desayunamos, comemos, cenamos, dejamos y recogemos a nuestros hijos del colegio o llegamos a casa. El tiempo que compartimos con nuestras familias (días de descanso, vacaciones...). Cómo nos movemos en el día a día (coche, moto, bicicleta, transporte público, a pie, en avión). El espacio vital que acostumbramos a ocupar (recintos cerrados o al aire libre). Nuestras relaciones sociales y cómo nos sentimos con ellas (compañeros, jefes, clientes, amigos...). Nuestras actividades y responsabilidades diarias (profesores, políticos, dependientes, camareros, médicos, abogados...). Nuestra relación con las nuevas tecnologías (ordenador, móvil, maquinaria...). Nuestras esperanzas y expectativas de mejora continua en lo que hacemos (promoción, grado, reconocimiento, ascenso...). Nuestros proyectos de vida y proyectos de futuro (pareja, familia, vivienda, coche, viajar...). Determina la manera en que vivimos y cubrimos nuestras necesidades básicas en función de nuestro salario (vivir al límite, austeridad, generosidad, lujo, ostentación...), incluso, en la forma que tenemos de enfermarnos (accidente laboral, enfermedad profesional..., ¿síndrome de burnout?).

En definitiva, determina lo que somos, lo que tenemos y lo que queremos representar en la vida, y en contrapartida, lo que podemos dejar de ser, tener y representar cuando no cuidamos ese derecho fundamental mundialmente reconocido como es el trabajo (nuestras obligaciones y responsabilidades), o son las empresas (garantes del trabajo social y cuyos beneficios deberían revertir en el conjunto de la sociedad de una forma más equitativa: innovación, desarrollo, bienes y servicios), las

que no son capaces de garantizarlo cuidando los entornos laborales para que sean saludables y seguros.

E indudablemente, y como diría uno de los filósofos españoles más influyentes del siglo XX, D. José Ortega y Gasset: “nada de la civilización es el fruto natural de un árbol endémico, sino del esfuerzo de todos”, así el trabajo colectivo y sus ganancias (no solo el que se mide por nuestro propios logros personales) siguen soportando en la actualidad nuestro más que fructífero desarrollo humano, social, económico y tecnológico en un mundo cada vez más interconectado y globalizador. ¿Cómo si no se explica el que hayamos progresado tanto como especie a lo largo de la historia de la humanidad y llegado tan lejos como civilización?

Pero no siempre el trabajo ha resultado y resulta ser productivo, capacita, sociabiliza, dignifica, motiva, satisface y enriquece. Múltiples situaciones son las que pueden llegar a empobrecerlo, afectando a la salud física y mental de los que lo desarrollan, desde la explotación laboral, la explotación infantil o la esclavitud, a otras humanamente y éticamente menos indignas, pero igualmente graves, a tenor de las posibles consecuencias físicas y mentales sobre los individuos: incapacidad temporal, invalidez, abandono de la profesión, etc..., cuando las empresas no cuidan los entornos y las condiciones del trabajo, poniendo en riesgo la salud de los trabajadores.

El tipo de contrato, el salario, las horas de trabajo, la autonomía, la seguridad, el apoyo institucional y social, las relaciones laborales, la sindicación, la flexibilidad con la rotación de los puestos, los contenidos del trabajo, la cultura organizacional, la delimitación de las funciones, los roles en la organización, el desarrollo de carreras, la relación entre trabajo-familia, etc..., son factores laborales y organizacionales que pueden ser investigados en la actualidad por cualquier prevencionista en los distintos entornos de trabajo, a pesar de que las herramientas e instrumentos de medida existentes en muchas ocasiones sean imprecisos e insuficientes.

La investigación sobre los aspectos organizativos y laborales y su relación con la salud se remontan a la década de los 70 –histórica en términos conceptuales del *burnout*, cuyas observaciones parecen ir en paralelo–, tras el llamamiento internacional por parte de la Asamblea Mundial de la Salud para que se documentase suficientemente sobre las condiciones del trabajo y la salud de los trabajadores³⁴.

Si en la década de los 70 se alertaba sobre la importancia y los posibles efectos que podrían tener los factores laborales y organizacionales sobre los trabajadores expuestos, es en la de los 80 cuando se producen los primeros trabajos, vinculando esos efectos sobre la salud mental de los posibles afectados, la conducta y las propias emociones como determinantes del deterioro (OIT, 1986⁶⁵; Kalimo et al. 1988⁶⁶; Oncins y Almodovar, 2006⁶⁷).

Uno de los primeros documentos oficiales en acometer este tema fue el de “Los Factores Psicosociales en el Trabajo: Reconocimiento y Control”, publicado por la Organización Internacional del Trabajo⁶⁵, admitiendo no solo las posibles consecuencias sobre la salud de los trabajadores, sino también las derivadas por la falta de rendimiento, productividad, etc..., con gran impacto socioeconómico para las empresas en la búsqueda continua de beneficios. Un problema a escala global, afectando a cualquier organización del trabajo asentada en la oferta y la demanda, en la provisión de servicios y/o productos, y en una relación clientelar muy demandante.

Porque, en definitiva, ¿son las mismas necesidades, demandas, exigencias, objetivos, perspectivas de crecimiento y ganancias las que tienen los trabajadores a la hora de desarrollarse profesionalmente y labrarse un futuro estable y fructífero, que las necesidades, demandas, exigencias, objetivos, perspectivas de crecimiento y beneficios de los pequeños comercios, pequeñas y medianas empresas o empresas multinacionales? ¿Y qué decir de las demandas sociales?

Precisamente la disfunción laboral comienza con la forma que tenemos hoy de concebir el trabajo; y es que para que las empresas puedan ser competitivas y obtener cada vez mayores rendimientos y beneficios, siempre requerirán de un mayor esfuerzo por parte de los trabajadores.

Probablemente ese sea el motivo –pensando en la fase de entusiasmo del síndrome⁴–, por el que las grandes empresas habitualmente recompensen abiertamente a sus trabajadores desde un principio, enmascarando con ello, en muchas ocasiones, condiciones laborales de abuso.

Por el contrario, un trabajador desempleado durante varios años que encuentre trabajo en la actualidad, aunque no fuese de la misma categoría profesional en la que se

hubiese formado, encontraría en el trabajo en sí mismo su mayor recompensa, aunque su sueldo fuese bajo, y su horario y carga de trabajo excesivos.

Por tanto, las recompensas en el trabajo son indispensables y juegan un doble papel en todo este proceso: el de nublar la autoconciencia de los trabajadores sobre aspectos del trabajo que en otras circunstancias no tolerarían (horas de trabajo extra no remuneradas), y al mismo tiempo, el de servir de refuerzo de esa conducta, de forma que cuando esas recompensas no fuesen suficientes o simplemente desaparecieran, el trabajador entraría en crisis, siéndole muy difícil volver a recuperar la situación basal anterior.

Equilibrar todos estos aspectos desde un principio, no solo es responsabilidad de las empresas, sino también de los propios trabajadores a la hora de negociar con sus vidas.

En una entrevista de trabajo somos interrogados frecuentemente sobre nuestras habilidades, cualificación, experiencias previas, incluso sobre nuestra forma de hablar y vestir, hobbies y aspecto físico. Y hablamos mucho, defendiendo la imagen que queremos dar de nosotros mismos para que sea aceptada como la imagen de la empresa que reclama todo nuestro potencial para desarrollarlo o explorarlo.

Sin embargo, muy pocos son los trabajadores que preguntan abiertamente sobre las condiciones laborales, y si éstas son seguras; y muchos menos los que analizan previamente su situación de crecimiento personal y profesional, con perspectivas de futuro, dispuestos a renunciar a otros aspectos fundamentales de la vida, como la familia, los hijos o simplemente el tiempo de ocio.

Paradójicamente, aunque son múltiples las herramientas de evaluación de las condiciones de trabajo que han ido apareciendo con el tiempo, muchas de ellas no han conseguido aportar ninguna información relevante para favorecer que los entornos de trabajo reuniesen unas condiciones mínimas de seguridad.

En este sentido, algunos autores como Roozeboom, Houtman y Van den Bossche (2008)⁶⁸, analizando la estructura y características generales de los trabajos, identificaron aquellos factores laborales y organizativos más determinantes, proponiéndolos como indicadores necesarios a la hora de intervenir sobre los posibles riesgos para la salud³⁴.

Política y Filosofía de la Organización	Relación trabajo-familia. Gestión de recursos Humanos. Política de seguridad y salud. Responsabilidad Social Corporativa. Estrategia empresarial.
Cultura de la Organización	Política de Relaciones Laborales. Información Organizacional. Comunicación organizacional. Justicia Organizacional. Supervisión/liderazgo.
Relaciones Industriales	Clima laboral. Representación Sindical. Convenios Colectivos.
Condiciones de empleo	Tipo de contrato. Salario. Diseño de carrera.
Diseño del puesto	Rotación de puestos. Trabajo grupal.
Calidad en el trabajo	Uso de habilidades personales. Demandas laborales. Autonomía y capacidad de control Seguridad física en el trabajo. Apoyo social. Horas de trabajo. Teletrabajo.

Tabla I *Factores psicosociales*³⁴

Y es cuando los efectos indeseables de esos factores laborales y organizacionales se materializan, siendo perjudiciales para la salud y bienestar de los trabajadores (Benavides et al. 2002)⁶⁹, favoreciendo la aparición de tensión emocional y, sobretodo, de estrés laboral (Peiró, 1993)⁷⁰, cuando se presentan como **factores psicosociales de estrés o de riesgo**, demandando la acción preventiva.

Siguiendo la categorización de Cox y Griffiths (1996)⁷¹ quedarían así formulados en la siguiente tabla:

Contenido del trabajo	Falta de variedad en el trabajo. Ciclos cortos. Trabajo fragmentado y sin sentido. Pobres habilidades. Alta incertidumbre. Relación intensa.
Sobrecarga y ritmo	Exceso de trabajo. Ritmo de trabajo. Alta presión temporal. Plazos urgentes de finalización.
Horarios	Cambios de turnos. Cambio nocturno. Horarios inflexibles. Horarios de trabajo imprevisible. Jornada larga, sin tiempo para la interacción.
Control	Baja participación en la toma de decisiones. Baja capacidad de control sobre la carga de trabajo y otros factores laborales.
Ambientes y equipos	Condiciones malas de trabajo. Equipos de trabajo inadecuados. Ausencia de mantenimiento de equipos. Falta de espacio personal. Escasez de luz o excesivo ruido.
Cultura organizacional y funciones	Mala comunicación interna. Bajos niveles de apoyo. Falta de definición de las propias tareas o de acuerdo en los objetivos organizacionales.
Relaciones interpersonales	Aislamiento físico o social. Escasas relaciones con los jefes. Conflictos interpersonales. Falta de apoyo social.
Rol de la organización	Ambigüedad de rol. Conflicto de rol y responsabilidad sobre las personas.
Desarrollo de carreras	Incertidumbre o paralización de la carrera profesional. Baja o excesiva promoción. Pobre remuneración. Inseguridad contractual.
Relación trabajo-familia	Demandas conflictivas entre el trabajo y la familia. Bajo apoyo familiar. Problemas duales de carrera.
Seguridad contractual	Trabajo precario. Trabajo temporal. Incertidumbre de futuro laboral. Insuficiente remuneración.

Tabla II *Factores psicosociales de riesgo.*³⁴

También el INSST, a través de sus NTPs, describe en el apartado “Causas o desencadenantes del proceso de síndrome del quemado en el trabajo (SQT)², los grupos de estresores susceptibles de desencadenar el síndrome (ver tabla III), diferenciando entre factores de riesgo a nivel de la organización, factores de riesgo relativos al diseño del puesto de trabajo y factores de riesgo relativos a las relaciones interpersonales.

FACTORES DE RIESGO A NIVEL DE LA ORGANIZACIÓN

- 1 Estructura de la organización muy jerarquizada y rígida.
- 2 Falta de apoyo instrumental por parte de la organización.
- 3 Exceso de burocracia, “burocracia profesionalizada”.
- 4 Falta de participación de los trabajadores.
- 5 Falta de coordinación entre las unidades.
- 6 Falta de formación práctica a los trabajadores en nuevas tecnologías.
- 7 Falta de refuerzo o recompensas.
- 8 Falta de desarrollo profesional.
- 9 Relaciones conflictivas en la organización.
- 10 Estilo de dirección inadecuado.
- 11 Desigualdad percibida en la gestión de RRHH

FACTORES DE RIESGO RELATIVOS AL DISEÑO DEL PUESTO DE TRABAJO

- 1 Sobrecarga de trabajo, exigencias emocionales en la interacción con el cliente.
- 2 Descompensación entre responsabilidad y autonomía.
- 3 Falta de tiempo para la atención del usuario (paciente, cliente, subordinado, etc...).
- 4 Disfunciones del rol: conflicto-ambigüedad, sobrecarga de rol.
- 5 Carga emocional excesiva.
- 6 Falta de control de los resultados de la tarea.
- 7 Falta de apoyo social.
- 8 Tareas inacabadas que no tiene fin.
- 9 Poca autonomía decisional.
- 10 Estresores económicos.
- 11 Insatisfacción en el trabajo.

FACTORES DE RIESGO RELATIVOS A LAS RELACIONES INTERPERSONALES

- 1 Trato con usuarios difíciles o problemáticos.
- 2 Relaciones conflictivas con clientes.
- 3 Negativa dinámica de trabajo.
- 4 Relaciones tensas, competitivas, con conflictos entre compañeros y con usuarios.
- 5 Falta de apoyo social.
- 6 Falta de colaboración entre compañeros en tareas complementarias.
- 7 Proceso de contagio social del SQT.
- 8 Ausencia de reciprocidad en los intercambios sociales.

Tabla III *Grupos de estresores susceptibles de desencadenar burnout.*²

Asimismo, en la página web *Guarding Minds@Work*⁷², en respuesta a los requisitos legales en Canadá para la promoción y protección de la salud mental de los trabajadores, investigadores del Centro de Investigación Aplicada en Salud Mental y Adicción (CARMHA), de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Simon Fraser, han desarrollado un conjunto exclusivo e integral de recursos permitiendo, de

forma efectiva, evaluar 13 factores organizacionales y laborales de gran impacto en las organizaciones, la salud de los trabajadores y los resultados financieros de las empresas, explicando el por qué son tan importantes para la salud, qué sucede cuando no están presentes en la organización y las posibles propuestas de mejora (ver tabla IV).

F. PSICOSOCIALES	Importancia en la organización del trabajo	Consecuencias cuando no están presentes: (f. psicosociales de riesgo)
Apoyo psicológico	Compromiso, satisfacción, participación, positividad, deseo de permanecer en la organización.	Absentismo, evitación, tensión, conflicto y rotaciones, baja productividad, aumento de los costos y accidentes.
Cultura organizacional	Cooperación, compromiso, lealtad.	Estrés laboral, agotamiento.
Liderazgo y expectativas	Motivación, estimulación de capacidades intelectuales, aumento de la confianza y resistencia, bienestar laboral.	Quejas, malestar, irritabilidad, nerviosismo, bajo rendimiento, conflicto de roles, estrés.
Educación y respeto	Satisfacción laboral, mayor percepción de equidad, actitud positiva, mejor trabajo en equipo.	Agotamiento emocional, conflictividad, riesgos legales.
Ajuste psicológico del trabajo	Menos somatizaciones, mayor autoestima y autoconcepto, satisfacción y rendimiento.	Estrés laboral, agotamiento físico y emocional, rumiación cognitiva, mayor excitación.
Crecimiento y desarrollo	Compromiso, satisfacción y bienestar.	Conflicto, falta de compromiso, ansiedad, falta de rendimiento.
Reconocimiento/recompensa	Participación, compromiso, entusiasmo, motivación, autoestima, respeto en las relaciones.	Desconfianza, agotamiento emocional, conflicto.
Participación e influencia	Bienestar psicológico, mayor innovación y compromiso.	Indiferencia, agotamiento emocional y cinismo.
Administración carga trabajo	Satisfacción laboral, mayor rendimiento.	Agotamiento físico y emocional, estrés, bajo rendimiento, inadecuación, baja realización.
Compromiso	Satisfacción, salud psicológica.	Mayor impacto económico. Rotaciones, evitación.
Balance familia-trabajo	Compromiso, satisfacción y bienestar.	Insatisfacción, estrés laboral, agotamiento, irritabilidad.
Protección psicológica	Bienestar y satisfacción.	Falta de compromiso y tensión. Conflictividad. Riesgos legales.
Protección seguridad física	Bienestar y satisfacción.	Accidentes. Incertidumbre, afectación psicológica.

Tabla IV *Factores psicosociales y factores psicosociales de riesgo.*

La OMS también ha publicado recientemente una guía y un sitio web dedicados a la gestión de riesgos psicosociales⁷³ (tabla V):

Contenido de la tarea	Falta de variedad, ciclos cortos, trabajo fragmentado o sin sentido, desaprovechamiento de habilidades, incertidumbre.
Carga y ritmo de trabajo	Sobrecarga o poca carga de trabajo, ritmo mecánico, presión de tiempo.
Horario de trabajo	Cambios de turno, trabajo nocturno, horarios inflexibles, horarios indefinidos, jornadas extensas u horarios no sociables.
Control del trabajo	Poca participación en la toma de decisiones, falta de control en la sobrecarga de trabajo, ritmo de trabajo y horarios.
Entorno y equipo	Equipo insuficiente, inapropiado, sin mantenimiento, pobres condiciones del entorno como falta de espacio, luz, ruido excesivo.
Cultura y función organizativa	Pobre comunicación, falta de soporte para resolver problemas y para desarrollo personal.
Relaciones interpersonales en el trabajo	Aislamiento social o físico, conflictos interpersonales, pobre relación con supervisores o compañeros, falta de soporte social.
Rol en la organización	Ambigüedad de rol, conflicto de rol, ser responsable de personas.
Relación del trabajo con el hogar	Demandas conflictiva en el trabajo y el hogar, poco apoyo, problemas por doble carrera.

Tabla V. *Factores psicosociales OMS.*

¿Pero podríamos hoy incluir algún otro factor psicosocial, además de los ya expuestos, con gran impacto sobre la salud de los trabajadores?

Enunciaremos dos:

1.- El riesgo psicosocial asociado al uso de las Tecnologías de la Información y Comunicación (**TIC**). En este sentido la introducción de las TIC ha modificado sustancialmente la forma en la que nos relacionamos, no solo en el ámbito del trabajo sino también fuera de él, proliferando el uso de sistemas de **comunicación indirectas** como el correo electrónico, chats o las videoconferencias, desplazando la comunicación tradicional y favoreciendo la despersonalización en el entorno de trabajo, resultando paradójico que si bien Internet ha provocado una auténtica revolución en la forma de comunicarnos, ésta a su vez se ha convertido en una amenaza para la organización del espacio en la comunicación, ante la pérdida gradual de la capacidad de contacto personal cara a cara⁷⁴.

Así mismo, los problemas informáticos como la lentitud, la complejidad del manejo de los distintos dispositivos, los continuos cambios tecnológicos y programas, la

dependencia tecnológica, la recepción de correos electrónicos para estar permanentemente conectados, las dificultades para procesar toda la información disponible, la posibilidad de comunicarnos más allá del horario laboral dificultando el poder desconectar del trabajo, los grandes problemas de seguridad en las empresas ante los posibles contagios de los sistemas informáticos cuando estamos navegando en ellos, la falta de formación y habilidades, etc..., son fuentes actuales de estrés (“tecnoestrés”)⁷⁵, que deberían ser tomados muy en cuenta a la hora de abordar la salubridad y seguridad de los entornos de trabajo.

2.- **La competitividad entre los trabajadores** de una misma empresa y el concepto de **competitividad en un mundo globalizado económicamente**⁷⁶, como factores disfuncionales, donde las distintas organizaciones se disputan frente a sus adversarios una posición ventajosa en un contexto de mercado socioeconómico y político en continuo cambio, evolución, innovación y perfeccionamiento, para alcanzar altos niveles de productividad y cuantiosos beneficios.

La propia filosofía del trabajo como competición determinaría un tipo de psicología del trabajador, que bien podría favorecer los conflictos interpersonales y la despersonalización en el seno de las organizaciones, sentimientos de baja autoestima o de falsa condición de poder, pudiendo ser disfuncionales para la salud y bienestar psicosociales⁷⁶.

Capítulo 4: El síndrome de burnout como riesgo psicosocial laboral. Aspectos legales.

“El descanso pertenece al trabajo como los párpados a los ojos”.

Rabindranath Tagore.

Cuando hablamos genéricamente de riesgos psicosociales laborales, nos referimos explícitamente al “hecho, acontecimiento, situación o estado, que es consecuencia de la organización del trabajo, y que tiene una alta probabilidad de afectar a la salud del trabajador” (I-WHO, 2008)⁷⁷, con consecuencias importantes.

Riesgos laborales psicosociales son: el acoso laboral, el acoso sexual, la violencia, el estrés, y también lo es el síndrome de burnout, cuyo carácter de riesgo laboral proviene de la “extensión alcanzada, de los efectos globales sobre la salud de los trabajadores afectados, con importantes consecuencias personales y laborales, y de la incipiente preocupación legal y jurisprudencial, al afectar a derechos fundamentales de los trabajadores, como la dignidad, integridad, intimidad como personas, derecho a la libertad y a la protección de la salud”³⁴.

En este sentido, en España, el síndrome de burnout como riesgo laboral ha sido reconocido como **accidente de trabajo**⁷⁸ en un número no desdeñable de resoluciones judiciales: Tribunal Superior de Justicia del País Vasco, de 2 de noviembre de 1999 (la primera sentencia en la que se llevó a cabo una evaluación de contingencia profesional sobre un trabajador diagnosticado de un trastorno adaptativo declarado como enfermedad común y que la sentencia consideró como accidente de trabajo por síndrome de burnout); la Sala de lo Social del Tribunal Supremo de 26 de octubre de 2000 (ratificación de la sentencia anterior); el Juzgado de lo Social nº 16 de Barcelona, de 27 de Diciembre de 2002; el Juzgado de lo Social nº 10 de Sevilla, abril 2003; el Juzgado de lo Social nº1 de Alicante, 6 de mayo de 2003; el Tribunal Superior de Justicia de Cataluña, 20 de enero de 2005; la Audiencia Nacional de 21 de Noviembre de 2005, el Juzgado de lo Social nº 3 de Donostia (San Sebastián), de 16 de julio de 2007; el Tribunal Superior de Justicia del País Vasco, 8 de abril de 2008⁷⁹; y más recientemente, las sentencia del Tribunal de Justicia de Andalucía (Sevilla), 1 de junio de 2017⁸⁰, provocando un cambio

sustancial en la manera de entender las relaciones laborales con respecto a las obligaciones y responsabilidades de los empresarios y trabajadores en materia de seguridad y prevención de los riesgos laborales.

Estos reconocimientos tienen importancia porque cuando se declara el síndrome de burnout como enfermedad común, y no como accidente de trabajo, el afectado automáticamente pierde el derecho:

1.- A la asistencia sanitaria y a los tratamientos necesarios para recuperar su situación de salud en la empresa, derecho a la propia prestación, incluso aunque el empresario no le hubiese dado de alta en la Seguridad Social, no siendo necesario un tiempo mínimo de cotización para poder recibir la prestación, abonando la empresa íntegramente el salario del día del accidente, y posteriormente, un 75% de la base reguladora o el 100% si estuviese complementado en el convenio colectivo correspondiente⁸¹.

2.- El derecho a que si el accidente hubiese sido causado por una falta de medidas de higiene o seguridad en el centro de trabajo, la prestación pudiese verse incrementada entre un 30% y un 50% a modo de compensación. Para ello el trabajador debería poner la situación en conocimiento de la Inspección de Trabajo para que ésta verificase si la empresa habría cumplido o no con sus obligaciones en materia de prevención de riesgos laborales, y si las lesiones hubiesen sido muy graves o incapacitantes, solicitar la incapacidad permanente, teniendo derecho a una pensión o indemnización que sustituyese los ingresos que dejaría de percibir al no poder ya trabajar. Igualmente, si se considerase que el accidente hubiese sido consecuencia de la falta de cuidado en materia de prevención de riesgos laborales por parte de la empresa, se podría reclamar judicialmente tal responsabilidad, para lo cual se requeriría primero un informe de la Inspección de Trabajo que acreditase que hubiese habido negligencia por parte de la empresa⁸¹.

Recordar que como enfermedad común “la cuantía de la prestación es del 60% la base reguladora desde el 4º día de la baja hasta el 20º inclusive, y del 75%, desde el día 21 en adelante, siendo el pago entre el 4º y el 15º día de la baja, responsabilidad del empresario, y posteriormente a partir del 16º, del INSS o la mutua si se trabaja por cuenta propia”⁸².

Mas allá de consideraciones jurídicas en torno a la falta de rigor científico en el tratamiento del constructo, desarrollo del mismo en las sentencias judiciales y su diagnóstico⁵⁶, lo trascendental a este respecto es que distintos tribunales de justicia, en diferentes Comunidades Autónomas, hayan concluido que los daños sufridos por los trabajadores en sus respectivos trabajos fueron “por causa exclusiva de la ejecución de los mismos”, mientras estuvieron **expuestos a factores psicosociales de riesgo**, como estresores susceptibles de desencadenar el síndrome de burnout.

Y es que, para establecer el contexto legal en el que se desarrolla el síndrome de burnout como riesgo psicosocial laboral en España, es necesario acudir al artículo 40.2 de la Constitución Española “que encomienda a los poderes públicos, velar por la seguridad e higiene del trabajo mediante el desarrollo de políticas de protección de la salud en los entornos laborales”⁸³, y a la **Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales** (ver tabla VI), teniendo como objetivo fundamental “el de promover la seguridad y la salud de los trabajadores mediante la aplicación de medidas, y el desarrollo de las actividades necesarias para la prevención de los riesgos derivados del trabajo”⁸⁴.

Incidir en que la observancia de estas normativas es de obligado cumplimiento por parte de las empresas a la hora de identificar, evaluar e intervenir los entornos laborales de riesgo, así como de las Administraciones Públicas, tanto en la vía administrativa (Inspección de Trabajo), como en la vía penal, (a través de los Jueces y Tribunales), en su deber de hacer cumplir las leyes, garantizando los derechos fundamentales de los trabajadores, y aplicando el régimen sancionador correspondiente a las empresas incumplidoras, según el grado de severidad del daño sufrido: paralización del trabajo, la suspensión o cierre de centros de trabajo, la actuación penal y administrativa según el grado de responsabilidad civil y/o penal promovido, más un recargo en las prestaciones⁸⁵.

1.º Se entenderá por «prevención» el conjunto de actividades o medidas adoptadas o previstas en todas las fases de actividad de la empresa con el fin de evitar o disminuir los riesgos derivados del trabajo.

2.º Se entenderá como «riesgo laboral» la posibilidad de que un trabajador sufra un determinado daño derivado del trabajo. Para calificar un riesgo desde el punto de vista de su gravedad, se valorarán conjuntamente la probabilidad de que se produzca el daño y la severidad del mismo

3.º Se considerarán como «daños derivados del trabajo» las enfermedades, patologías o lesiones sufridas con motivo u ocasión del trabajo.

4.º Se entenderá como «riesgo laboral grave e inminente» aquel que resulte probable racionalmente que se materialice en un futuro inmediato y pueda suponer un daño grave para la salud de los trabajadores.

7.º Se entenderá como «condición de trabajo» cualquier característica del mismo que pueda tener una influencia significativa en la generación de riesgos para la seguridad y la salud del trabajador. Quedan específicamente incluidas en esta definición:

a) Las características generales de los locales, instalaciones, equipos, productos y demás útiles existentes en el centro de trabajo.

b) La naturaleza de los agentes físicos, químicos y biológicos presentes en el ambiente de trabajo y sus correspondientes intensidades, concentraciones o niveles de presencia.

c) Los procedimientos para la utilización de los agentes citados anteriormente que influyan en la generación de los riesgos mencionados.

d) Todas aquellas otras características del trabajo, incluidas las relativas a su organización y ordenación, que influyan en la magnitud de los riesgos a que esté expuesto el trabajador.

Tabla VI *Ley 31/1995, de 8 de noviembre, Prevención de Riesgos Laborales. Art. 4⁸⁴*

A continuación se enumeran los compromisos con la Ley y las responsabilidades en materia de prevención de riesgos laborales que toda empresa debe cumplir en materia de seguridad y salud en el trabajo⁸⁴ y las posibles infracciones derivadas según el artículo 12 de la Ley de Infracciones y Sanciones en el Orden Social modificada por la Ley 54/2003⁸⁶ (siendo las graves las referenciadas):

1.- Evaluación de los posibles riesgos laborales, proporcionando los medios adecuados y adaptados al tipo de trabajo, velando por su uso efectivo.

2.- Informar a los trabajadores de los posibles riesgos, y al mismo tiempo, de las distintas medidas preventivas, garantizando una formación suficiente y adecuada, tanto teórica como práctica, a los trabajadores en materia preventiva, así como elaborar y adoptar medidas de emergencia según el tamaño y la actividad de la empresa y sus clientes.

3.- Adoptar las medidas pertinentes ante un peligro grave o inminente y dar instrucciones para que los trabajadores conozcan el protocolo a seguir.

4.- Proporcionar una vigilancia periódica de salud en función de los riesgos específicos.

5.- Coordinar, cooperar y velar, en caso de contratas y subcontratas, por la aplicación de la prevención de riesgos laborales.

Y en consecuencia, las **posibles infracciones**⁸⁶:

1.- No comunicar a los trabajadores afectados el resultado de los reconocimientos médicos.

2.- El incumplimiento de las obligaciones en materia de formación e información suficiente y adecuada a los trabajadores acerca de los riesgos del puesto de trabajo y sobre las medidas preventivas aplicables.

3.- El incumplimiento de los derechos de información, consulta y participación de los trabajadores en materia de prevención.

4.- El incumplimiento de la obligación de integrar la prevención de riesgos laborales en las empresas; no llevar a cabo las evaluaciones de riesgo y, en su caso, sus actualizaciones y revisiones, así como los controles periódicos de las condiciones de trabajo y de la actividad de los trabajadores que procedan, o no realizar aquellas actividades de prevención necesarias.

5.- Incumplir la obligación de efectuar la planificación de la actividad preventiva que derive como necesaria de la evaluación de riesgos, o no realizar el seguimiento de la misma.

6.- No realizar los reconocimientos médicos y pruebas de vigilancia periódica del estado de salud de los trabajadores.

7.- No llevar a cabo una investigación en caso de producirse daños a la salud de los trabajadores o de tener indicios de que las medidas preventivas son insuficientes.

8.- No someter, en los términos reglamentariamente establecidos, el sistema de prevención de la empresa al control de una auditoría o evaluación externa, cuando no se hubiera concertado el Servicio de Prevención con una entidad especializada ajena a la empresa”.

Indudablemente, no siempre ha existido y existe un control administrativo por parte de las empresas de todas estas obligaciones, dado que la investigación sobre los riesgos psicosociales laborales no ha comenzado a recogerse y ser objeto de estudio hasta hace relativamente poco tiempo, por la falta de acción ante los problemas laborales y escasez de recursos, de enfoques conceptuales adecuados y de organismos que abordasen su estudio de una forma eficiente.

Los datos en España provienen principalmente del INSST y de las encuestas que han venido efectuándose periódicamente³⁴. Aunque en las primeras encuestas ya se incorporaban distintos factores psicosociales: apoyo social, desarrollo de habilidades y autorrealización en el trabajo, estabilidad en el empleo, autonomía, salario, promoción, relaciones personales, tiempo de trabajo (duración, tipo de horario, organización de horarios, trabajo en festivos y prolongación de la jornada, duración del trayecto de casa al trabajo), no ha sido hasta la VI y VII Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo cuando, además de esos factores de estrés, se han incorporado algunos riesgos psicosociales laborales como la violencia física y conductas de acoso laboral y sexual, y la violencia en el trabajo (INSHT, 2007⁸⁷, 2011⁸⁸).

La inclusión de tales datos ha supuesto, sin lugar a dudas, una aportación relevante para la mejora de los entornos laborales, con una mejor información de los riesgos psicosociales en España, pero insuficientes con respecto al síndrome de burnout.

Capítulo 5: Facilitadores del síndrome de burnout.

“Yo soy solo una parte de todo aquello que he encontrado por mi camino”.

Alfred Tennyson.

¿Cómo nos afecta el medio laboral en el que nos desarrollamos? ¿Nos afecta a todos por igual? ¿Qué variables personales hacen que ante situaciones vitales muy estresantes unos individuos se adapten debidamente a unos entornos de trabajo estresantes y otros no; que unos se enfermen física y/o mentalmente, y otros no? ¿La edad? ¿El sexo? ¿Tal vez la antigüedad en el puesto de trabajo? ¿El tipo de personalidad? ¿Son tan determinantes los procesos internos y las estructuras de personalidad en la manera que tenemos de percibir la realidad del mundo que nos rodea, afrontarla y darle soluciones? ¿Existen las personalidades fuertes y débiles?

Partiendo de todos estos interrogantes y tras largos años de investigaciones las conclusiones obtenidas no son del todo concluyentes.

Con respecto a la relación del *burnout* con **la edad**, los estudios han sido poco esclarecedores, existiendo varias investigaciones que establecen que cuanto mayor sea la edad de los individuos en riesgo, mayores niveles alcanzados de síndrome de burnout (Atance, 1997⁸⁹; Manzano y Ramos, 1999⁹⁰; Prieto y cols., 2002⁹¹; Molina y cols, 2005⁹²), y otros estudios que ponen de manifiesto la relación inversa (Cherniss, 1982⁹³; Maslach, 1982⁶; Oliver y cols, 1999⁹⁴), afirmando categóricamente que cuanto más joven, mayor será la incidencia de padecer *burnout* (Gold, 1985)⁹⁵.

La explicación dada a este respecto es que cuando mayor es la madurez y experiencia profesional alcanzada, mayores son los recursos de afrontamiento empleados para reducir la probabilidad de desarrollar el síndrome (Zabel y Zabel, 1982)⁹⁶.

Cuando se estratifica la variable edad por intervalos obtenemos relaciones significativas con índices bajos de *burnout* entre los 20-25 años, entre los 25-40 años, alto, y mínimo a partir de los 40 años (Farber, 1984)⁹; como si precisamente el pasar de expectativas idealistas –cómo creemos que son o cómo nos gustaría que fuesen las cosas, más propias de la adolescencia–, a otras mucho más realistas –de cómo son las cosas y cómo

deberían ser—, irremediablemente nos viésemos abocados, en edades potencialmente de alta productividad, a quemarnos más en el trabajo por la imposibilidad de transformar el mundo que nos rodea.

En cuanto al **género** existe también una gran diversidad en los resultados obtenidos a lo largo del tiempo. Desde autores que encuentran diferencias significativas entre hombres y mujeres (Guerrero, 1998⁹⁷; Cebriá y cols.; 2001⁹⁸, Soto y Santamaría, 2005⁹⁹), siendo éstas más vulnerables al síndrome de burnout que los hombres (Seidman y Zager, 1991¹⁰⁰, Anaya, Ortiz, Panduro y Ramírez, 2006¹⁰¹), a otros investigadores (Cordeiro, 2001¹⁰², Prieto y cols., 2002¹⁰³) defendiendo justo lo contrario, planteando puntuaciones más elevadas de despersonalización en hombres con respecto a las mujeres (Gil Monte y Peiró, 1999)⁵⁵, y de cansancio emocional y baja realización personal en mujeres con respecto a los hombres (Maslach y Jackson, 1985)¹⁰⁴, aunque estos últimos no concluyentes.

La explicación en esta ocasión se debe a los distintos roles sexuales existentes; en la creciente incorporación de la mujer al mundo laboral, viéndose en muchas ocasiones sobrecargadas, no solo por sus múltiples responsabilidades laborales y de desarrollo personal y profesional, sino también por las familiares y domésticas, en muchas ocasiones no asumidas de igual manera por el varón (Rout, 2001)¹⁰⁵, entrando en conflictos de rol y de conciliación mucho más frecuentemente que el hombre (Albadalejo y cols., 2004)¹⁰⁶.

Con respecto al **estado civil** sucedería exactamente lo mismo que con la edad y el sexo. Autores que encuentran en sus evaluaciones de salud resultados significativos que indicarían que los sujetos casados tienden a experimentar menores índices de *burnout* frente a los solteros, viudos y divorciados —mayor vulnerabilidad— (Anaya y cols., 2006¹⁰¹; Burke et al, 1984¹⁰⁷; Cordeiro, 2001¹⁰²; Maslach y Jackson, 1984¹⁰⁸; Seltzer y Numerof, 1988¹⁰⁹), frente a otros estudios con resultados no significativos, defendiendo que en sí mismo no es el estado civil, sino el apoyo social, lo que equilibra al casado frente a los otros grupos humanos, confiriéndoles un cierto grado de inmunidad (Smith et al., 1984)¹¹⁰. Incluso se ha llegado a considerar que los recursos familiares complementan a los de los compañeros de trabajo para prevenir el desarrollo o aliviar los síntomas (Leiter, 1990)¹¹¹.

Tampoco aporta resultados concluyentes **el número de hijos**, con muy pocos estudios estableciendo relaciones significativas (Guerrero, 1998⁹⁷; Peiró, 1992¹¹²), como tampoco **la antigüedad en el puesto de trabajo y la profesión**, con resultados muy dispares: a menor antigüedad, más jóvenes, mayor riesgo (Gil Monte y Peiró, 1997)⁴⁴; con <2 y >10 años, menos *burnout* (Golembiewski et al, 1986)¹¹³; con antigüedad de 11 a 20 años, mayor despersonalización (Soto y Santamaría, 2005)⁹⁹.

Finalmente, en cuanto a **la personalidad**, tal vez la variable más controvertida de todas, se ha investigado mucho sobre las características que hacen a los sujetos vulnerables frente a los distintos estresores vitales, destacando dos planteamientos diametralmente opuestos: por un lado los que defienden la susceptibilidad individual a partir de rasgos de personalidad de riesgo como factor principal (Olmedo, 1993)¹¹⁴, y por otro, los que defienden que no solo puede explicarse el *burnout* exclusivamente por características individuales (Pedrabissi, Rolland y Santinello, 1994)¹¹⁵, sino por la suma de dos factores fundamentales: *susceptibilidad individual+sobrecarga=burnout* (Elliot y Smith, 1984)¹¹⁶.

Entre los investigadores que estudian las variables de personalidad existe cierto grado de consenso al considerar que los profesionales más vulnerables son sujetos “empáticos, sensibles, entusiastas y susceptibles de identificarse con los demás” (Cherniss, 1980⁵; Edelwich y Brodsky, 1980⁴; Freudenberger y Richelson, 1980¹¹⁷; Pines et al, 1981¹⁰).

¿No deberían ser estos valores esenciales en la profesión médica? He ahí el motivo del por qué algunos autores advierten de la dificultad de relacionarlas con “una susceptibilidad individual” (Burke y Richardsen, 1993)¹¹⁸.

Aún así, son muchas las variables de personalidad que han resultado asociadas positivamente de manera significativa con el desarrollo del síndrome:

1.- Personalidades obsesivas con tendencia a identificarse con los receptores de su atención y que basan su autoestima únicamente en la consecución de unas metas (Muldary, 1983)¹¹⁹.

2.- Con factores motivacionales vinculados con la elección profesional: seguridad, autonomía (Anderson e Iwanicki, 1984)¹²⁰.

3.- Perfil de tipo emocional caracterizado por mayor sensibilidad en el contacto con personas y una alta participación en actividades grupales (Abraham, 1986)¹²¹.

4.- Ansiedad, depresión, introversión, neurotismo, psicoticismo (McCraine y Brandsma, 1988¹²²; Fontana y Abouserie, 1993¹²³).

5.- Personalidad antisocial, agresiva y esquizoide (Lemkau, Rafferty y Rudisill, 1988)¹²⁴.

6- Personalidad tipo A: individuos impacientes, muy competitivos; velocidad excesiva en su funcionamiento; urgencia temporal; esfuerzo por el logro, competitividad, agresividad, hostilidad; compromiso excesivo con el trabajo; habla y gestos bruscos, con niveles de cansancio y despersonalización mayores –no siendo significativa la relación con la baja realización personal–, frente a los de personalidad tipo B, más pacientes, relajados, menos competitivos (Peiró y Salvador, 1993)⁷⁰, resultando ser la tipo A el patrón de riesgo, en algunas ocasiones, de mayor productividad y rendimiento a corto plazo para las empresas, y a largo plazo, perjudiciales para las personas y la propia organización (Buceta y Bueno, 2001¹²⁵; Cooper, 1988¹²⁶; Parkes, 1998¹²⁷).

Pero más allá de esas variables de personalidad, la vulnerabilidad psicológica o enfermedades y comorbilidades previas, es importante no olvidarnos de que en materia de prevención de riesgos laborales, las condiciones del trabajo son suficientes para sancionar a las empresas que no garanticen la protección de la salud o la adecuación del puesto de trabajo, existiendo sentencias judiciales a favor de los trabajadores (Tribunal Superior de Justicia de Andalucía, noviembre 2017) “por no evaluar los riesgos psicosociales en una consulta masificada de un médico de familia tras sufrir éste un brote psicótico grave durante la asistencia sanitaria”, siendo sancionado el Servicio Andaluz de Salud (SAS)¹²⁸, o esta otra, de 20 de mayo de 2019, del Juzgado de lo Social nº 22 de Madrid, en sentencia firme contra el Servicio Madrileño de Salud, el Instituto Nacional de la Seguridad Social y la Tesorería, que estimando la demanda de un trabajador en materia de determinación de contingencias, resuelve el proceso de incapacidad temporal por fibrilación auricular declarado como enfermedad común, como accidente de trabajo, existiendo exposición laboral a factores psicosociales de riesgo de estrés laboral.

¿Quién puede establecer horarios, rutinas, objetivos, responsabilidades, demandas y exigencias? ¿Quién puede recompensar con un salario y el reconocimiento de la

experiencia profesional? ¿Quién puede facilitar la estructura física en el trabajo? ¿Quién puede contratar de forma efectiva o precaria? ¿Quién puede establecer los turnos, el ritmo y carga de trabajo, la posibilidad o no de conciliación familiar? ¿Quién puede facilitar y modular las relaciones interpersonales y con los clientes? ¿Quién tiene la responsabilidad de velar por la protección de la salud, bienestar y seguridad de los trabajadores?

¿El trabajador?

Y en contrapartida, si tuviésemos la gran suerte de ser uno de esos individuos favorecidos con una personalidad resistente frente al estrés caracterizada por el grado de compromiso y reto (Kosaba, Maddi y Courington,1981)¹²⁹, ¿no deberíamos beneficiarnos de los mismos derechos que cualquier otro trabajador en materia de prevención de riesgos laborales, aunque encontrásemos en esa resistencia natural frente al *burnout*, una mayor descarga emocional previniendo la aparición del síndrome (Rich y Rich, 1987)¹³⁰, o inclusive, en el caso de que se desarrollase, mayor alivio, minimizando las consecuencias del mismo (Moreno-Jiménez, Garrosa y González, 2000b)¹³¹?

Finalmente, recabar **apoyos sociales** en el trabajo, como no podría ser de otra forma, puede ser considerado como un factor amortiguador o protector frente al resto de estresores laborales que nos agreden y deterioran nuestra salud y bienestar psicosocial (Gil Monte y Peiró, 1997)⁴⁴, haciéndose necesaria la promoción de la salud en las empresas en la búsqueda de ambientes laborales seguros, basados en el respeto mutuo, el compromiso, la solidaridad y la empatía.

Capítulo 6: Síntomas y consecuencias del síndrome de burnout.

“La investigación de las enfermedades ha avanzado tanto que cada vez es más difícil encontrar a alguien que esté completamente sano”.

Aldous Huxley

Los efectos fisiológicos del cortisol son bien conocidos (tabla VII); es una hormona esteroidea fundamental para la vida, producida por las glándulas suprarrenales a partir del colesterol, favoreciendo continuamente a otras hormonas en sus funcionalidades reguladoras e induciendo unos determinados efectos sobre los organismos de una forma controlada –es decir, evitando que las respuestas a ciertos estímulos sean excesivas–, colaborando en el equilibrio metabólico interno, así como en la respuesta fisiológica de los organismos frente al estrés¹³².

Sobre el metabolismo de los carbohidratos: mantiene la glucosa en sangre durante el ayuno mediante el estímulo de la glucogenolisis y la gluconeogénesis.
Sobre el metabolismo de las proteínas: aumenta la degradación de las proteínas musculares esqueléticas en aminoácidos (que se utilizan para fabricar más glucosa).
Sobre el metabolismo de las grasas: estimula la lipólisis en los miembros y la acumulación de grasa en el tronco y la cara.
Sistema inmunológico: inhibe la producción de anticuerpos y el crecimiento del tejido linfoide.
Sobre la respuesta inflamatoria: suprime la inflamación.
Sobre el sistema endocrino: suprime la secreción de hormonas hipofisiarias (ACTH, LH, FSH, TSH y GH).
Sobre el sistema nervioso: influye en el desarrollo neuronal, conducta y en la función cognitiva; potencia el efecto de las catecolaminas sobre el sistema cardiovascular.
Sobre el metabolismo hídrico: disminuye la excreción de sodio y agua al inhibir la filtración glomerular.
Sobre el metabolismo del calcio: disminuye la absorción intestinal de calcio, aumenta la reabsorción de calcio en el hueso y su pérdida por el riñón.

Tabla VII. *Efectos fisiológicos del cortisol.*

Cuando hablamos de repuesta fisiológica frente el estrés nos estamos refiriendo concretamente al síndrome general de adaptación (SGA)¹³³ que se desencadena ante estímulos estresantes–adversivos o placenteros–, y que provocan cambios en la propia homeostasis interna que tiende a la descompensación, permitiendo neutralizar a los es-

tesores y restaurando la normalidad del medio interno. Es decir, ayudando al organismo a adaptarse.

En el SGA podemos identificar tres fases¹³⁴:

1.- **Fase de alarma (shock)**: un estímulo inicial que produce estrés hace que se secreten adrenalina, noradrenalina y cortisol necesarios para la reacción de lucha o huida.

De forma inmediata se produce: shock, paralización, alerta cortical y aumento del tono muscular, lo cual puede acompañarse de una disminución de glicemia y de la presión arterial, y en segundos, una descarga del sistema simpático con aumento de la capacidad del organismo para realizar actividades musculares, aumento de la presión arterial (gasto cardíaco y resistencia periférica total), de la concentración sanguínea de glucosa (glucogenolisis), CRH, ACTH, GH, prolactina y ADH y aumento de la actividad cerebral.

2.- **Fase de resistencia**: Se da una falla total del organismo y la capacidad corporal de resistencia disminuye. Los órganos dejan de responder adecuadamente a los estímulos nerviosos y hormonales. Hay depleción energética. Los niveles de cortisol permanecen altos pero en los tejidos se da una disminución de sensibilidad a su acción.

Ocurren enfermedades asociadas al estrés por los efectos dañinos a largo plazo del cortisol o por la descarga nerviosa continua, como son: debilidad muscular, atrofia muscular, fatiga crónica, alergias, dolores de cabeza, migraña, osteoporosis, hipertensión, insomnio, depresión, susceptibilidad a infecciones oportunistas, enfermedad cardiovascular, desórdenes menstruales, dolor de cabeza, síndrome del colon irritable, enfermedades digestivas y úlceras, desórdenes de alimentación, tensión corporal, falta de concentración, poca capacidad de memoria, obesidad, disfunción sexual.

Nuestro organismo mantiene una activación fisiológica máxima tratando de superar la amenaza o adaptarse a ella.

Esta fase puede durar semanas, meses o años; si es muy larga se le considera como **estrés crónico**. Sin embargo, si el estrés acaba en esta fase, el organismo puede retornar a su estado normal¹³⁵.

3.- **Fase de agotamiento**^{133,136}: se produce solo si el estímulo estresante es continuo o se repite frecuentemente. El organismo agota sus recursos y pierde su capacidad de activación o adaptación.

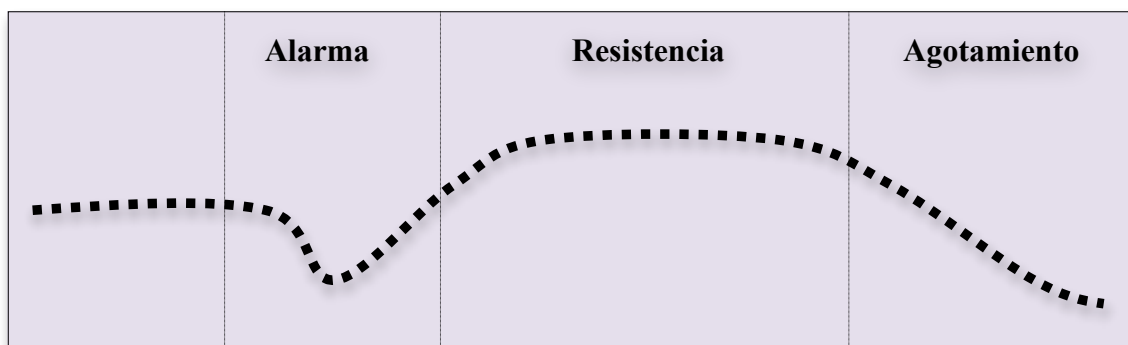


Figura 10. *Fases del SGA.*

Cuando definimos el síndrome de burnout como una respuesta al estrés crónico laboral², lo que estamos indicando es, que desde el punto de vista del SGA, esa respuesta fisiológica de nuestro organismo habría llegado a fases de agotamiento perniciosas, en donde los recursos personales de los posibles afectados se hubiesen vuelto incompetentes, sobreviniendo el daño.

Dicho esto, ¿por qué empeñarnos continuamente en buscar las diferencias conceptuales entre estrés y *burnout* (Daley, 1979¹³⁷; Shinn, Rosario, March y Chestnut, 1984¹³⁸; Leiter, 1992a¹³⁹; Singh, Goolsby y Rhoads, 1994¹⁴⁰; Gil-Monte y Moreno-Jiménez, 2007¹⁴¹), en vez de dirigir nuestros esfuerzos en investigar más en profundidad sus posibles reciprocidades (De las Cuevas, González de Rivera, De la Fuente, Alviani y Ruiz-Benítez, 1997¹⁴²)? ¿Qué diagnóstico psicopatológico tendría una mayor correspondencia clínica con lo que sucede desde el punto de vista fisiopatológico en el SGA?

Algunos autores como Mingote (1998)¹¹, conceptualizan el *burnout* como un “trastorno adaptativo crónico asociado a las demandas psicosociales del trabajo con personas, a través de una relación de interdependencia mutua, y manifestándose con síntomas a nivel cognitivo, conductual, somático, emocional, y social significativo, en ausencia de otro trastorno clínico”.

En este sentido, y como se advierte en la NTP 705 del INSST¹⁴³, el síndrome no puede ser definido como un problema de adaptación, puesto que es obvia la obligación de cualquier empleador en la relación contractual con sus trabajadores, de adaptar el trabajo a la persona, como así lo regula el texto de la LPRL⁸⁴, y no tanto, que ante condiciones no saneadas y seguras, el trabajador tuviese que adaptarse a ellas.

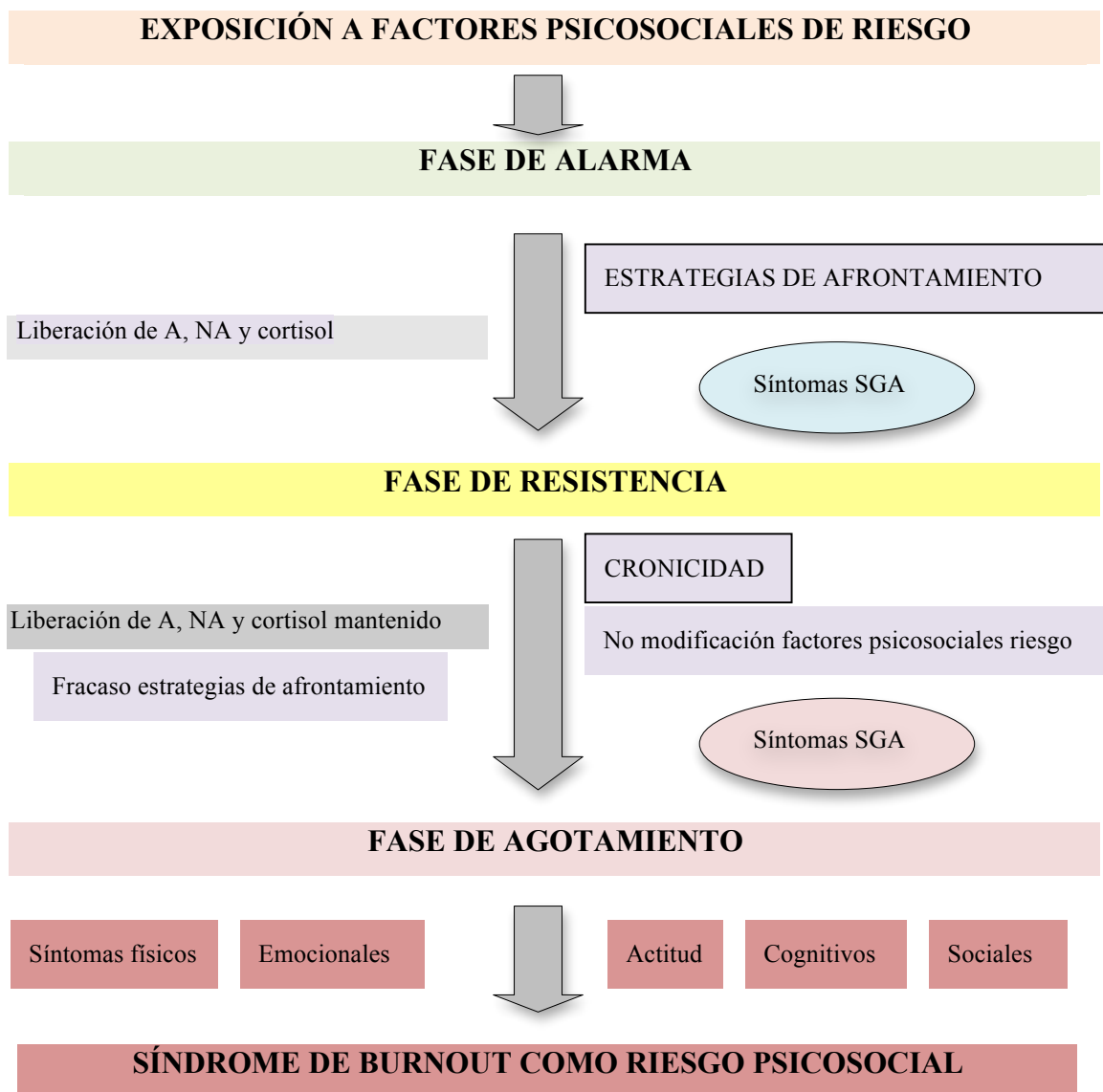


Figura 11. *Esquema general del síndrome como riesgo psicosocial laboral.*

¿Pero cuáles son los síntomas descritos en la literatura que más ampliamente se relacionan con el síndrome de burnout?

Serían los siguientes:

1.- **Síntomas físicos:** cefaleas, dorsalgia (Belcastro, 1983)¹⁴⁴; pérdida de apetito, disfunciones sexuales, problemas del sueño (Kahill, 1988)¹⁴⁵; fatiga crónica (Shiron, 1989)¹⁴⁶; trastornos alérgicos, gastrointestinales, úlceras, trastornos cardiovasculares (Melamed, Kushnir y Shirom, 1992)¹⁴⁷, recurrencia de infecciones y de trastornos respiratorios.

Y más ampliamente investigados^{56,62}:

2.- **Síntomas emocionales:** agotamiento, disforia, distanciamiento, ansiedad, sentimientos de culpa, impaciencia, irritabilidad, baja tolerancia a la frustración, soledad, alineación, impotencia, desorientación, aburrimiento, vivencias de baja realización personal, sentimientos depresivos.

3.- **Síntomas cognitivos:** frustración, cinismo, indolencia, indiferencia, distracción, pérdida de creatividad, desorientación cognitiva, distracción, modificación del autoconcepto, desaparición de expectativas, pérdida de valores, pérdida de significado.

4.- **Síntomas conductuales:** despersonalización, evitación de responsabilidades, absentismo, inadaptación, desorganización y sobreimplicación, evitación de decisiones, aumento del uso de cafeína, alcohol, tabaco y drogas (Quattrochi-Tubin, Jones y Breedlove, 1982¹⁴⁸; Nowack y Pentkoswski, 1994)¹⁴⁹.

5.- **Síntomas sociales:** actitudes negativas hacia la vida en general, disminución de la calidad de vida, aumento de los problemas de pareja, familiares y en la red social extralaboral, hostilidad, comunicación deficiente, aislamiento, etc...

FÍSICOS	EMOCIONALES	CONDUCTUALES
Cefalea	Agotamiento emocional	Conductas despersonalizadas
Dolores musculares	Síntomas disfóricos	Evitación responsabilidades
Alteraciones digestivas	Distanciamiento afectivo	Absentismo
Disfunción sexual	Ansiedad/depresión	Consultas inadaptadas
Insomnio	Sentimientos de culpa	Desorganización
Astenia	Impaciencia e irritabilidad	Sobreimplicación
Trastornos alérgicos	Baja tolerancia frustración	Evitación de decisiones
Úlceras	Sentimiento de soledad	
Trastornos cardiovasculares	Sentimiento de alineación	
Recurrencia de infecciones	Impotencia	
Trastornos respiratorios	Desorientación	
Ansiedad anticipatoria	Baja realización personal	

COGNITIVOS**SOCIALES**

Frustración	Actitudes negativas
Cinismo	Disminución calidad de vida
Indolencia	Problemas de pareja
Indiferencia	Problemas con familiares
Distracción	Problemas en red social
Pérdida de creatividad	Hostilidad
Desorientación cognitiva	Comunicación interpersonal deficiente
Modificación autoconcepto	
Desaparición expectativas	
Pérdida de valores	
Pérdida de significado	

Tabla VIII. *Sintomatología relacionada con el síndrome de burnout*

¿Y para las empresas?

1.- La falta de rendimiento y productividad de los trabajadores (Golenbiewski y Muzenrinder, 1988)¹⁵⁰.

2.- Disminución de la eficacia y la calidad de la atención, aumento de quejas de usuarios y clientes; disminución del compromiso y mayor desmotivación en el trabajo, costes económicos añadidos y abandono de la profesión. (González y de la Gándara, 2004)¹⁵¹.

3.- Aumento del riesgo de bajas laborales debidas a enfermedades cardiovasculares, respiratorias, musculoesqueléticas y mentales ¹⁵².

Capítulo 7: Evaluación e instrumentos de medida del síndrome de burnout:

"Si no se conoce la causa de los fenómenos, las cosas se manifiestan secretas, oscuras y discutibles, pero todo se clarifica cuando las causas se hacen evidentes".

Louis Pasteur.

Dada la consideración actual del *burnout* como riesgo laboral psicosocial, en términos de prevención de riesgos laborales, la evaluación exclusivamente clínica del síndrome posee una potencia limitada, siendo del todo inadecuada, puesto que la presencia de *burnout* significa que la prevención ha fallado, siendo necesario identificar los riesgos mediante el diagnóstico de daños de los individuos (antecedentes y consecuentes)¹⁴³.

A este respecto los objetivos de la evaluación deberían centrarse en:

- 1.- Valoración de los síntomas que presenta el trabajador y analizar el proceso de aparición.
- 2.- Establecer un diagnóstico diferencial con otros procesos y evaluar la frecuencia e intensidad de los síntomas.
- 3.- Identificar los grupos de estresores susceptibles de desencadenar el síndrome.

Para ello, los procedimientos más utilizados serían:

- a) Cualitativos: entrevista diagnóstica.
- b) Cuantitativos: aplicación de pruebas psicométricas (cuestionarios) para determinar el nivel de riesgo y los posibles antecedentes organizativos y laborales relevantes.
- c) Identificar, mediante criterios normativos de las escalas, y mediante índices estadísticos (correlaciones, regresiones, etc...), **el grado de asociación** existente entre las fuentes de estrés, los síntomas y los posibles consecuentes.

Algunas de las herramientas psicométricas del síndrome de burnout más utilizadas serían las siguientes:

MBI-Human Services, Maslach y Jackson (1981)
MBI-General Survey, Schaufeli, Leiter, Maslach y Jackson (1996)
MBI-Student Survey, Schaufeli, Salanova, González-Romá y Bakker (2002)
Tedium Measure (TM), dePines, Aronson y Kafry (1981)
Staff Burnout Scale (SBS), de Jones (1980)
Indicadores de Burnout, Gillespie (1979 y 1980)
Mener-Luxk Burnout Scale (ELBOS)
Burnout Scale (BS), de Kremer y Hofman (1985)
Teacher Bournot Scale, de Seidman y Zager (1986)
Energy Depletion Index (ECI), de Garden (1987)
Mathews Burnout Scale for Employees (MBSE), de Matthews (1990)
Escala de Variables Predictoras de Burnout (EVPB), de Aveni y Albani (1992)
Escala de Efectos Psíquicos de Burnout (EPB), de García Izquierdo (1990)
Cuestionario de Burnout del Profesorado (CBP), de Moreno y Oliver (1993)
Holland Burnout Assesmente Survey (HBAS), de Holland y Michael (1993)
Rome Burnout Inventory (RBI), de Venturi, Rizzo, Porcus y Pancheri (1994)
Escala de Burnout de Directores de Colegio, de Friedman (1995)
Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de estar Quemado por el Trabajo en Profesionales de la Salud, (CESQT PS), de Pedro Gil Monte (2005).

Tabla IX. *Herramientas de estimación psicométrica del burnout*¹⁴³

De todos los instrumentos referenciados destaca el Maslach Burnout Inventory (MBI) por ser el primero (MBI-HSS), publicado en 1981¹⁵³, estableciendo criterios diagnósticos de evaluación estandarizados con sus tres dimensiones, que componen el síndrome en tres subescalas: agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal, definido para profesionales de ayuda y servicios pero no para otras profesiones, aunque debido a su aplicabilidad, de forma rápida y sencilla, ha sido el más utilizado, favoreciendo que la definición que subyace al instrumento de medida sea la más aceptada hasta el momento.

En la versión inicial las autoras planteaban 25 ítems que constituían cuatro dimensiones, pero finalmente se redujeron a 22 ítems con formato de respuesta tipo Likert de 7 grados (de 0 a 6) con las tres dimensiones finales⁵⁶.

En cuanto a las propiedades psicométricas del cuestionario, la consistencia del MBI oscila en el rango de 0.75 a 0.90, y la fiabilidad en test-retest, en períodos de hasta cuatro semanas, tienen un rango de entre 0.60 a 0.80 (Jackson et al., 1986)¹⁵⁴.

Sin embargo, otros autores que han desarrollado diferentes líneas de investigación han concluido que la sintomatología del *burnout* no es exclusiva de sectores asistenciales, sino que puede afectar a otras profesiones, haciéndose necesarios nuevos instrumentos de medida que integrasen todo tipo de trabajos.

Uno de esas herramientas de estudio surgidas es el MBI-GS (General Survey) publicado en 1996 por Maslach, Jackson y Leiter¹⁵⁵, con un carácter más general y aplicable a toda ocupación y trabajos, sustituyendo la subescala de despersonalización por la de cinismo y la de la baja realización personal por la de ineficacia profesional.

Recientemente, el equipo WONT de la Universidad de Castellón ha adaptado este instrumento de medida en distintos grupos ocupacionales tanto en formato tradicional como en formato electrónico, accediendo a su página web: www.wont.uji.es.

La versión española adaptada de este instrumento fue publicada en la Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones (Salanova, Schaufeli, Llorens, Grau y Peiró, 2000)¹⁵⁶.

Otra de las nuevas herramientas nacidas de la ampliación del concepto a todo tipo de profesiones e incluso también a estudiantes universitarios (*burnout* académico) es el MBI-SS (Maslach Burnout Inventory-Student Survey) de Schaufeli, Salanova, González-Romá y Bakker (2002), manteniéndose las subescalas anteriormente modificadas¹⁵⁷.

Ortega y López (2004)¹⁵⁸ y Gil Monte y Peiró (1997)⁴⁴ en una revisión de los instrumentos de evaluación más importantes destacaron, además del MBI, el Staff Burnout Scale for Health Professionals (SBS-HP) de Jones (1980)¹⁵⁹ y el Burnout Measure (BM) de Pines y Aronson (1988)¹⁶⁰, también aplicables a cualquier grupo ocupacional.

El gran problema que sigue existiendo en la evaluación psicométrica del síndrome es que sea cual sea el cuestionario que utilicemos, siguen siendo insuficientes y poco específicos, aunque quieran generalizarse y adaptarse a todo tipo de profesionales. Además, solo recogen aspectos emocionales y hasta cierto punto de rendimiento profesional, no incorporándose otros planos de gran importancia como los conductuales, actitudinales, cognitivos, sociales y físicos propios de una situación de agotamiento mantenida.

Tal vez por ello, la tendencia actual sea la de utilizar instrumentos de medida

propios para cada profesión estudiada. Así, por ejemplo, el Cuestionario de Desgaste Profesional de Enfermería (CDPE), de Moreno-Jiménez et al., 2000c¹⁶¹, el Inventario de Burnout en Psicólogos (IBP), de Benavides-Pereira et al., 2002¹⁶², el Cuestionario de Desgaste Profesional Médico (CDPM), de Moreno, Gálvez, Garrosa, Mingote, 2006¹⁶³, constituido por 4 escalas (antecedentes, síndrome, consecuentes y recursos personales positivos), que además de su utilización conjunta en la evaluación de proceso, permite el manejo de cada escala por separado, o el Counselor Burnout Inventory (CBI), de Lee et al., 2007¹⁶⁴.

Con todo, sigue siendo absolutamente necesaria la evaluación de los factores organizacionales y laborales de riesgo como desencadenantes que relacionen de alguna manera los síntomas de *burnout* con los entornos laborales.

Actualmente en España contamos con un no despreciable número de instrumentos tipo cuestionario dirigidos a evaluar los riesgos psicosociales en las organizaciones. Los más conocidos y extendidos han sido elaborados por Universidades públicas, por Organismos nacionales o autonómicos o por Mutuas de Trabajo. Los más relevantes serían³⁴:

1.- Método de evaluación de riesgos psicosociales FPSICO: fue el primer instrumento desarrollado por el INSHT (Martín y Pérez, 1997)¹⁶⁵.

2.- Método Prevenlab-Psicosocial (1999): elaborado por la Universidad de Valencia basado en el modelo AMIGO (Modelo de Análisis Multifacético para la Intervención y Gestión Organizacional; Peiró, 1999a)¹⁶⁶.

3.- Método del Instituto Navarro de Salud Laboral (INSL): publicado en 2002. Basado en modelos de Demanda-Control-Apoyo (Karasek, 1979¹⁶⁷; Johson y Hall, 1988¹⁶⁸; Karasek y Theorell, 1990¹⁶⁹) y el de Esfuerzo-Recompensa (Siegrist, 1996¹⁷⁰).

4.- Método MARC-UV (2003): elaborado por la Universidad de Valencia.

a) *Batería de Factores Psicosociales de Salud Laboral (BFPSL):* incorpora variables psicosociales e indicadores de consecuencias psicológicas, de siniestralidad y discapacidad social. (Meliá, 2006)¹⁷¹.

b) *Batería Valencia PREVACC:* incorpora factores psicosociales que se relacio-

nan con accidentes laborales y enfermedades profesionales.(Meliá, 2003b)¹⁷².

5.- Métodos del Instituto de Ergonomía MAPFRE (INERMAP), 2003: dispone de diferentes versiones con diferentes variables psicosociales (Gracia Camón, 2003, 2006)^{173,174}.

6.- Método ISTAS-21 (2003): se trata de la versión en castellano del Cuestionario Psicosocial de Copenhague (Pejtersen, Kristensenm, Borg y Bjorner, 2010)¹⁷⁵. La primera versión apareció en 2003 y en 2010 se ha publicado la versión 1.5 (Moncada et al, 2005¹⁷⁶; Moncada y Llorens, 2006¹⁷⁷) que introduce algunas mejoras. Consta de 20 dimensiones enmarcadas en grandes factores como el de exigencias psicosociales, trabajo activo y desarrollo de habilidades, apoyo social en la empresa y calidad de liderazgo, compensaciones de trabajo y doble presencia. Además incluye escalas para evaluar salud general y estrés. Existe una versión corta de 38 ítems y otra de 124 ítems.

Es uno de los más utilizados. De uso libre y gratuito.

7.- Metodología WONT/Cuestionario RED (2005): elaborado por la Universidad Jaume I de Castellón. Implica evaluación y además intervención y asesoramiento. Su enfoque aporta consideraciones sobre recursos personales como la autoeficacia y se basa en los modelos de Demandas –Control- Apoyo Social (Karasek, 1979¹⁶⁷; Karasek y Theorell,1990¹⁶⁹; Johnson, 1986¹⁷⁸; Johnson y Hall, 1988¹⁶⁸), el modelo de Demandas-Recursos (Demerouti, Bakker, Nachreiner y Schaufeli, 2001b)¹⁷⁹, ampliándolos con el modelo de Proceso Dual que incorpora la psicología organizacional positiva a la prevención de riesgos psicosociales (Salanova, Bresó, y Schaufeli, 2005)¹⁸⁰. El cuestionario RED diseñado está formado por 37 escalas en 150 ítems. Se evalúan riesgos psicosociales y consecuencias psicológicas y organizacionales.

Es un método complejo de uso limitado.

8.- Cuestionario multidimensional DECORE (2005): a partir de los modelos Demandas-Control-Apoyo Social (Karasek, 1979¹⁶⁷; Karasek y Theorell,1990¹⁶⁹; Johnson, 1986¹⁷⁸; y Johnson y Hall, 1988¹⁶⁸) y el modelo Desequilibrio Esfuerzos-Recompensas (Siegrist, 1996¹⁷⁰, 1998¹⁸¹).

Capítulo 8: medidas preventivas y niveles de intervención.

"Mirar es una cosa. Ver lo que se está mirando es otra. Entender lo que se ve, es aún otra. Llegar a aprender de lo que se entiende, es algo más. Pero llegar a actuar en base a lo que se ha aprendido, es todo lo que realmente importa".

Winston Churchill.

Actualmente podemos afirmar que no existe ninguna técnica realmente efectiva en el tiempo capaz de tratar el síndrome de burnout, si previamente o de forma paralela, no son intervenidos los estresores laborales de riesgo que han llevado al trabajador a la situación de quemado por el trabajo (Awa, Plaumann y Walter, 2010)¹⁸², según distintos niveles de intervención de carácter preventivo: **primaria**, cuando todavía no se han declarado casos, actuando sobre la estructura, planificación y organización del trabajo y sobre las relaciones interpersonales; **secundarios, sobre los factores psicosociales de riesgo**, sin que se hubiesen declarado casos sintomáticos, y **terciarios**, cuando además de poderse demostrar los factores psicosociales de riesgo, se hubiesen declarado **casos clínicos** susceptibles de ser tratados.

Desde el punto de vista del trabajador, algunas intervenciones a desarrollar por profesionales cualificados serían: aumentar los recursos o habilidades comunicativas y de negociación (Cohen y Gaglin, 2005)¹⁸³, tratar de mejorar sus recursos de protección o de resistencia y potenciar así la percepción de control, autoeficacia y autoestima, mediante la utilización de técnicas cognitivo-conductuales, como las de afrontamiento del estrés, reestructuración cognitiva, terapias racionales emotivas y de ensayo conductual, entrenamiento en el manejo de la distancia emocional con el usuario, manteniendo un equilibrio entre la sobreimplicación y la indiferencia, realización de técnicas de relajación (Van Rhenen et al. 2005)¹⁸⁴, autorregulación y control, de gestión del tiempo y de autoeficacia (Gil Monte, García Huesas y Caro, 2008)¹⁸⁵.

¿Pero cuáles deberían ser las principales actuaciones a acometer en materia de seguridad y salud laboral desde el punto de vista organizativo¹⁴³?

Serían las siguientes:

1.- Desarrollar la acción investigadora, modificando aquellas condiciones específicas del trabajo que promoviesen la aparición del síndrome, y en caso de no poder eliminar el riesgo, establecer grupos de soporte.

2.- Promover la participación y el trabajo en equipo, aumentando el grado de autonomía profesional y el control del trabajo mediante la descentralización de la toma de decisiones (Munyon, Preaux y Perrewe, 2009)¹⁸⁶.

3.- Disponer de espacios formativos y de desarrollo. Formar en lo necesario para el reconocimiento de los posibles estresores laborales de riesgo y técnicas de resolución de problemas. Coaching.

4.- Mejorar la comunicación, promoviendo la participación de todos los profesionales en la organización del trabajo: apoyo social (Zellars y Perrewé, 2001)¹⁸⁷.

5.- Establecer programas de acogida que integrasen un trabajo de ajuste entre las demandas y objetivos de la organización y los percibidos por el individuo (Gil Monte, Carretero y Roldán, 2005)¹⁸⁸.

6.- Disponer del análisis y la definición adecuados de los puestos de trabajo, evitando ambigüedades y conflictos de roles, estableciendo objetivos claros para los profesionales, implantando líneas claras de autoridad, responsabilidad y liderazgo; de competencias y responsabilidades.

7.- Regular las demandas en lo referente a la carga de trabajo y adecuarlas (Gil Monte, García Huesas y Caro, 2008)¹⁸⁵ fomentando la flexibilidad horaria.

8.- Fortalecer los vínculos sociales entre los trabajadores, favoreciendo el trabajo en grupo y evitando el aislamiento. Formación en estrategias de colaboración y cooperación grupal.

Tal vez desarrollar la acción investigadora sea precisamente el punto más conflictivo a mejorar en las empresas. Es decir, el reconocimiento de la existencia de un problema laboral que debe ser intervenido; reconocer un riesgo psicosocial al que han podido estar expuestos un número determinado de trabajadores; reconocer deficiencias laborales y organizativas y a sus responsables; reconocer y advertir a sus administradores de que los mecanismos de prevención de riesgos laborales han fracasado o simplemente nunca se implementaron, dado su carácter crónico⁸⁴, y finalmente reconocer, a

través de las mutualidades, el daño sufrido como accidente laboral⁷⁸ –si las causas fueron exclusivas del trabajo–, teniendo en cuenta los perjuicios y costes añadidos al trabajador con respecto a la cuantía de la prestación^{81,82}, y los costes para las empresas a nivel organizativo, a la hora de planificar la acción preventiva y evitar posibles recaídas.

Es evidente que el conflicto derivado de la contingencia profesional no siempre se dirime en favor de los intereses del trabajador, pudiendo éste mostrar su disconformidad y requerir una valoración al Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS), interponer denuncia a la Inspección Provincial de Trabajo o acudir a la vía jurisdiccional social competente en caso de que el INSS hubiese desestimado el cambio de contingencia, de conformidad con lo establecido en el art. 71.6 de la Ley 36/20011, de 10 de octubre, reguladora de la jurisdicción social (BOE de 11 de octubre).

Capítulo 9: El síndrome de burnout en Atención Primaria en España.

El 10 de noviembre del año 2000 la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (SEMFYC), La Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN) y la Confederación Estatal de Sindicatos Médicos (CESM), dentro del Grupo de Consenso de Atención Primaria, elaboraron “un modelo de atención en crisis, para referirse a la situación laboral y organizativa de riesgo de la Atención Primaria en España: sobrecarga de actividades asistenciales, en gran medida burocráticas; fractura entre las perspectivas, expectativas y planteamientos de los responsables de planificar y gestionar los servicios y los responsables de asistir con criterios de calidad a las necesidades y demandas de la población; insatisfacción y descontento entre los profesionales, y un modelo organizativo poco resolutivo”¹⁸⁹.

En dicho documento ya se proponían diversas medidas y objetivos potencialmente alcanzables, según criterios de calidad y seguridad asistencial, promoviendo entornos de trabajo más seguros donde poder desarrollarse profesionalmente, de forma que sobrepasar esos límites asistenciales recomendados sería perjudicial para los intereses globales de la organización, con perjuicio de los profesionales y pacientes, frente a los beneficios teóricos de alcanzar esos objetivos.

Fueron los siguientes:

1.- Delimitar, definir y respetar unos tiempos máximos para las tareas asistenciales: 60% al 75% de la jornada laboral¹⁹⁰: espacios asistenciales, que nunca deberían sobrepasar el 60-75% del tiempo, espacios organizativos, espacios de formación y docencia, espacios de promoción de la salud comunitaria, espacios de descanso para crear la necesaria buena atmósfera de equipo, favoreciendo los imprescindibles canales de comunicación informal.

2.- No más de 5 horas asistenciales. No más de 4 pacientes por hora (más de 3,8 incrementa notablemente la derivación a otros especialistas)^{191,192}. 10 minutos/paciente^{193,194}. Máximo de 25 pacientes al día (en 2008, los requisitos exigidos por la Comisión Nacional de la Especialidades (CNE) para la acreditación de tutores de MFyC en Madrid, “considerando unas condiciones de trabajo adecuadas”, era de 30 pacientes al día)¹⁹⁵. No más de 1.200 pacientes adscritos por médico.

3.- Minimizar la gestión burocrática de la consulta médica.

Con todo, es indudable el interés suscitado por este riesgo psicosocial laboral como así lo atestiguan el gran número de investigaciones realizadas por toda la geografía española a lo largo del tiempo, algunas de ellas de gran relevancia, como la desarrollada en Barcelona, por Cebrià et al., en 2001⁹⁸, en la que se investigaron rasgos de personalidad con puntuaciones elevadas en las escalas de *burnout* (MBI) en Médicos de Familia (MF), mediante encuesta directa por entrevista personal o grupal a 528 médicos, encontrando un 12.4% de presencia del síndrome entre los 93 centros de AP de la ciudad de Barcelona y las comarcas del norte de la provincia investigados: Vallès Oriental, Vallès Occidental, Maresme, Osona, Bages y Berguedà (región sanitaria centro), siendo la tasa de respuesta del 80,4%.

Pero a pesar de los múltiples estudios realizados en España, actualmente no es posible dar tasas seguras de prevalencia del mismo, con resultados que oscilan entre el 30 y 40% (Henderson, 1984)¹⁹⁶, en otras revisiones bibliográficas hasta el 50% de los médicos en algún momento de su carrera profesional (Deckard, Meterko y Field, 1994)¹⁹⁷, en población médica española en trabajadores de distintos servicios sanitarios del 30% (Albaladejo, Villanueva, Ortega, Astasio, Calle y Domínguez, 2004¹⁰⁶) y en una revisión de prevalencia realizada por Cebrià Andreu (2003), a partir de los datos aportados en distintos estudios, entre el 25% y el 70%¹⁹⁸.

La explicación la hallamos en las dificultades conceptuales y psicométricas que sigue teniendo el constructo según el modelo teórico y metodológico de evaluación empleado (Mingote et al., 2005¹⁹⁹; Moreno-Jiménez et al., 2004b²⁰⁰), a las bajas tasas de participación y a las distintas formas de presentación de los resultados: prevalencias totales; por dimensiones; agrupando el AE y DP, y no siempre especificando si la tercera dimensión (RP), tal y como fue concebida inicialmente por sus autoras en el cuestionario MBI –el más utilizado en toda la serie de estudios revisados–, fueron interpretadas en sentido inverso (BRP), o solo mencionando los niveles altos (ver tabla X). Tampoco recogen información relevante sobre el análisis completo del proceso en lo referente a la identificación de los distintos grupos de estresores de riesgo (antecedentes) a los que estuvieron expuestos ni sobre los consecuentes.

	Población	AE	D	RP	P	TR
Pablo González, R de; y Suberviola González, 1998)	Médicos AP (Zaragoza; n= 286)	59,7%	36,1%	31,2%		50,3% (144)
Olivar Castrillón, González Morán, y Martínez Suárez, 1999	Médicos de AP (Asturias; n=810)	38,9%	33,8%	36%	–	61,35% (497)
Caballero et al., 2001	Médicos, enfermeras y auxiliares de AP (Madrid; n=354)	30,6%	31,2%	50,3% BRP	–	44,3% (157)
Cebrià et al., 2001	Médicos AP (Barcelona; n= 528)	46,8%	41,6%	30,4%	12,4% AE y D alto y BRP	80,8% (427)
Prieto Albino, Robles Agüero, Salazar Martínez, y Daniel Vega, 2001	Médicos AP (Cáceres; n= 255)	31,6%	34,8%	41,7%	–	61,5% (157)
Pardo et al., 2002	Personal AP (Huelva; n= 132)	61,29%	80,43%	92% BRP	–	71,9% (95)
Martínez de la Casa et al., 2003	Méd. AP/AE Talavera de la Reina (n= 235)	35% AP	34% AP	15% AP	–	61,27% (144; 63 AP)
Esteva, Larraz, Soler, y Yaman, 2005	Médicos de familia (n=285)	30,2%	34,9%	43%	–	30,17% (86)
Matía, Cordero, Mediavilla, y Pareda, 2006	Médicos AP (Burgos; n= totalidad médicos (no especificado)	56,8%	37%	37%	–	51,38%
Navarro-González, D., Ayechu-Díaz, A., Huarte-Labiano, I., 2010	Médicos AP (Navarra; n= 262; 5 grupos de estudio)	22,7% AP	21,3% AP	24% AP	–	48% (178; 75 AP)
Frutos Llanes, R., Jiménez-Blanco, S., Blanco-Motagut, L.E. 2011	Médicos AP (Ávila; n= 272)	20,91%	8,92%	34,96%	–	51,8% (141)

AE: agotamiento emocional D: despersonalización RP: realización personal P: prevalencia TR Tasa respuesta.

Tabla X. Prevalencia niveles altos de burnout en AP en España (MBI)⁵⁶

En la Comunidad de Madrid encontramos dos estudios:

1.- Prevalencia y factores asociados al *burnout* en un área de salud, en 2001, con investigadores de los Centros de Salud de TorreloDONEs y San Lorenzo de El Escorial, en Madrid. Un estudio transversal, descriptivo, realizado en Atención Primaria y dirigido a 354 médicos, enfermeras y auxiliares clínicos pertenecientes a los 22 Equipos de Atención Primaria (EAP) que formaban parte de la antigua Área VI de Madrid, mediante un cuestionario autoadministrado y anónimo por correo interno, con una participación del **44,3%**²⁰¹.

2.- Prevalencia de desgaste profesional y psicomorbilidad en médicos de Atención Primaria de un área sanitaria de Madrid, en 2003, promovido por la Asociación Profesional Médica de Madrid, la Conferencia Estatal de Sindicatos Médicos (CESM) y profesionales del Área VIII sanitaria del Centro de Salud Presentación Sabio, en otro estudio transversal y descriptivo dirigido a 244 médicos y pediatras²⁰².

La tasa de respuesta en aquel momento fue del 80,3%, estando afectados por *burnout* el 69,2% de los facultativos en al menos una de las dimensiones de *burnout* estudiadas, el 33,8% en dos dimensiones, y en las tres escalas el **12,3 %**.

JUSTIFICACIÓN

JUSTIFICACIÓN:

Un entorno de trabajo saludable, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), es aquel en el que los empleados y empleadores colaboran en un proceso de mejora continua para promover y proteger la salud, la seguridad y bienestar psicosocial y la sustentabilidad del ambiente de trabajo⁷³.

Basado en esta definición, fundamentalmente dirigida a la prevención primaria de accidentes o enfermedades en el medio de trabajo, interviniendo sus posibles factores de riesgo, en 2007 la Asamblea Mundial de la Salud de la OMS lanzó el plan global de acciones para la salud de los trabajadores (GPA), 2008-2017²⁰³, con el objetivo de proporcionar a los estados miembros nuevos ímpetus para la acción en materia de prevención y promoción de la salud en el ambiente laboral.

El 21 de febrero de 2007, en el marco de la Unión Europea, la Comisión presentó la Comunicación “Mejora de la calidad y la productividad en el trabajo: estrategia del Consejo de 25 de junio de 2007 sobre una “Nueva Estrategia Comunitaria de Salud y Seguridad en el Trabajo 2007-2012 (D.O.C.E. de 30 de junio)”, en la cual se instaba a los Estados miembros a que elaborasen y aplicasen estrategias nacionales coherentes de seguridad y salud en el trabajo adaptadas a las condiciones nacionales, en cooperación con los interlocutores sociales²⁰⁴.

Con todo, y dada la consideración del síndrome de burnout, síndrome de estar quemado en el trabajo o desgaste profesional como un riesgo psicosocial laboral y su actual reconocimiento en múltiples sentencias judiciales como accidente de trabajo (todavía no incluido como enfermedad profesional, según el Real Decreto 1299/2006, de 10 de noviembre, por el que se aprueba el cuadro de enfermedades profesionales en el sistema de la seguridad social y se establecen criterios para su notificación y registro²⁰⁵), se hacía necesaria su evaluación de proceso, más si cabe, dado que en la última versión de la Clasificación Internacional de Enfermedades de la OMS (CIE-11), publicada en junio de 2018, y que entrará en vigor el 1 de enero de 2022, será incluido en la categoría “problemas asociados con el empleo o desempleo”²⁰⁶.

La Constitución Española, en su Título I, sobre los derechos y deberes fundamentales, Capítulo tercero, art. 40.2 ²⁰⁷ encomienda a los poderes públicos, como uno de los principios rectores de la política social y económica, velar por la seguridad

en el trabajo. Este mandato constitucional conlleva la necesidad de aplicar una política de protección de la salud de los trabajadores mediante la prevención de los riesgos derivados de su trabajo, la cual ha sido desarrollada mediante un amplio acervo jurídico, siendo la norma más significativa la Directiva 89/391/CEE²⁰⁸, que contiene el marco jurídico general en el que opera la política de prevención comunitaria, la cual ha sido objeto de transposición a nuestro ordenamiento interno, a través de la Ley 31/1995, de 8 de noviembre de Prevención de Riesgos Laborales⁸⁴, cuyo artículo 14.2 obliga a las Administraciones Públicas **a garantizar la seguridad y la salud de los empleados públicos a su servicio en todos los aspectos relacionados con el trabajo**, sin distinción del régimen jurídico que rija su relación de servicio e intervenir sobre aquellos factores o condiciones de trabajo que pueden afectar negativamente a la salud del trabajador.

Así mismo, la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud incorpora en su artículo 11, de Prestaciones de salud pública, en su apartado 2.g²⁰⁹, la promoción y protección de la salud laboral, estableciendo en el apartado 3 del mismo artículo que las prestaciones de salud pública se ejercerán con un carácter de integralidad, a partir de las estructuras de salud pública de las Administraciones y de la infraestructura de AP del Sistema Nacional de Salud (SNS). Más recientemente, la Ley 3/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública, además de las referencias transversales en todo su articulado, dedica los artículos 32, 33 y 34 a este argumento²¹⁰. Especial relevancia presenta el desarrollo efectivo del importante Capítulo VII del Reglamento de los Servicios de Prevención, que busca la colaboración de los servicios de prevención con el SNS, tanto para el adecuado seguimiento individual de la salud de los trabajadores, como para la correcta vigilancia epidemiológica de los mismos como colectivo²¹¹.

En conclusión, responder a las demandas de un entorno de trabajo saludable promovido por la OMS²⁰³, Directrices europeas²⁰⁸ y constitucionales²⁰⁷ son las principales motivaciones de este estudio de investigación promovido por el Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Madrid y la Fundación para la Innovación e Investigación Biomédica de Atención Primaria, siendo además el primero que se realiza en la Comunidad de Madrid como Área Única Sanitaria, en todas sus Direcciones Asistenciales.

HIPÓTESIS Y OBJETIVOS

HIPÓTESIS:

- Existe una elevada prevalencia de síndrome de burnout entre los Médicos de Familia del SERMAS, siendo determinante para su padecimiento la exposición a estresores laborales de riesgo, con consecuencias importantes para la salud de los profesionales.

OBJETIVOS:

Objetivo general:

Determinar las características del síndrome de burnout entre los Médicos de Familia del SERMAS: prevalencia, niveles de riesgo y posibles causas y consecuencias.

Objetivos específicos:

- 1.- Cuantificar la prevalencia del síndrome de burnout en los Médicos de Familia del SERMAS.
- 2.- Medir el riesgo de desgaste profesional en los Médicos de Familia del SERMAS, en sus tres dimensiones, para identificar aquellos individuos que estuviesen en proceso de desarrollar niveles altos.
- 3.- Elaborar un mapa con los Médicos de Familia del SERMAS afectados de *burnout*.
- 4.- Analizar las variables sociodemográficas dentro del proceso de desgaste profesional.
- 5.- Identificar los posibles estresores laborales de riesgo, así como factores de protección, en aquellos Médicos de Familia con más riesgo.
- 6.- Evaluar las consecuencias derivadas del síndrome.

PERSONAS Y MÉTODOS

METODOLOGÍA:

1.- Diseño del estudio:

Estudio observacional de tipo transversal, descriptivo, en una población definida de Médicos de Familia del SERMAS en un tiempo determinado.

2.- Población de estudio:

La **población diana** quedó constituida por 3.499 Médicos de Familia del SERMAS en servicio activo a 30 de septiembre de 2016, distribuidos en 262 centros de salud de la Comunidad de Madrid. Este dato se obtuvo de la población incluida en el Cuadro de Mando Integral de Seguimiento de Objetivos de Atención Primaria (e-SOAP)²¹² que permite la monitorización de múltiples indicadores de gestión y calidad (población, presión asistencial, frecuentación, actividad asistencial, etc...) que dan respuesta al despliegue de las principales líneas estratégicas de la organización, cuyo seguimiento es de especial relevancia.

3.- Diseño de la muestra:

Considerando una población definida de 3.499 Médicos de Familia, asumiendo un nivel de confianza del 95%, una precisión del 5% y una prevalencia estimada del 15%, el tamaño muestral por muestreo aleatorio simple sería de 347 médicos.

Al ser una población de estudio grande, heterogénea y dispersa, se descarta un proceso de selección muestral aleatorio simple frente a un procedimiento más elaborado, de forma que la técnica de muestreo probabilístico empleada fue la de **muestreo por conglomerados**.

Como el diseño muestral utilizado (conglomerados) no permite asumir que cada individuo de la muestra sea independiente de los otros individuos del mismo conglomerado para las distintas variables a estudio, se incrementa el tamaño de la muestra que correspondería al muestreo simple aleatorio atendiendo al efecto diseño (ED)²¹³.

Para el cálculo del ED se tiene en cuenta el tamaño medio del conglomerado y el coeficiente de correlación intraclase (CCI)²¹⁴ de la medida de resultado estudiada. Al no encontrarse estimaciones previas, siendo el tamaño del conglomerado muy variable entre los distintos centros de salud, se decidió aplicar un ED de 2 con lo que el tamaño muestral finalmente obtenido fue de 694 Médicos de Familia.

La selección de centros se hizo por muestreo estratificado proporcional según tres variables:

1.- Rural/urbano.

2.- Índice de privación mayor o menor de la mediana (nivel socioeconómico).

3.- Número total de profesionales médicos mayor o menor de la media de los centros de salud.

Se diseñó una tabla con los 262 centros de salud de la Comunidad de Madrid, obteniéndose un total de **60 centros y 814 Médicos de Familia** (ver anexo 1). En la figura 14 aparecen representados los centros sanitarios (urbano/rural) seleccionados de la Comunidad de Madrid en las distintas Direcciones Asistenciales (DA): 7 centros de salud en la DA Norte; 9 centros de la DA Noroeste; 4 centros de salud en la DA Sur; 13 centros en la DA Sureste; 7 centros en la DA Este; 8 centros en la DA Oeste y 12 centros en la DA Centro.

En una segunda fase del muestreo, una vez seleccionado los centros de salud, se ofrece participar en el estudio a todos los Médicos de Familia.

Según el diseño planteado, el muestreo sería equiprobabilístico. Sin embargo, durante el trabajo de campo, la no respuesta de profesionales de los centros podría romper esa equiprobabilidad.

Para corregir este efecto se calcula la ponderación (factor expansión) de cada sujeto como el inverso de la probabilidad de selección de cada sujeto. Primero se obtiene la probabilidad de selección como el producto de las probabilidades de selección de cada etapa (probabilidad de selección por cada estrato: n° de centros seleccionados/ n° total de centros)*(n° profesionales que responden/ n° total de profesionales del centro seleccionado), y posteriormente se calcula el inverso.

Esta ponderación se incluye como variable en la base de datos, además de las variables estrato y conglomerado (centro).

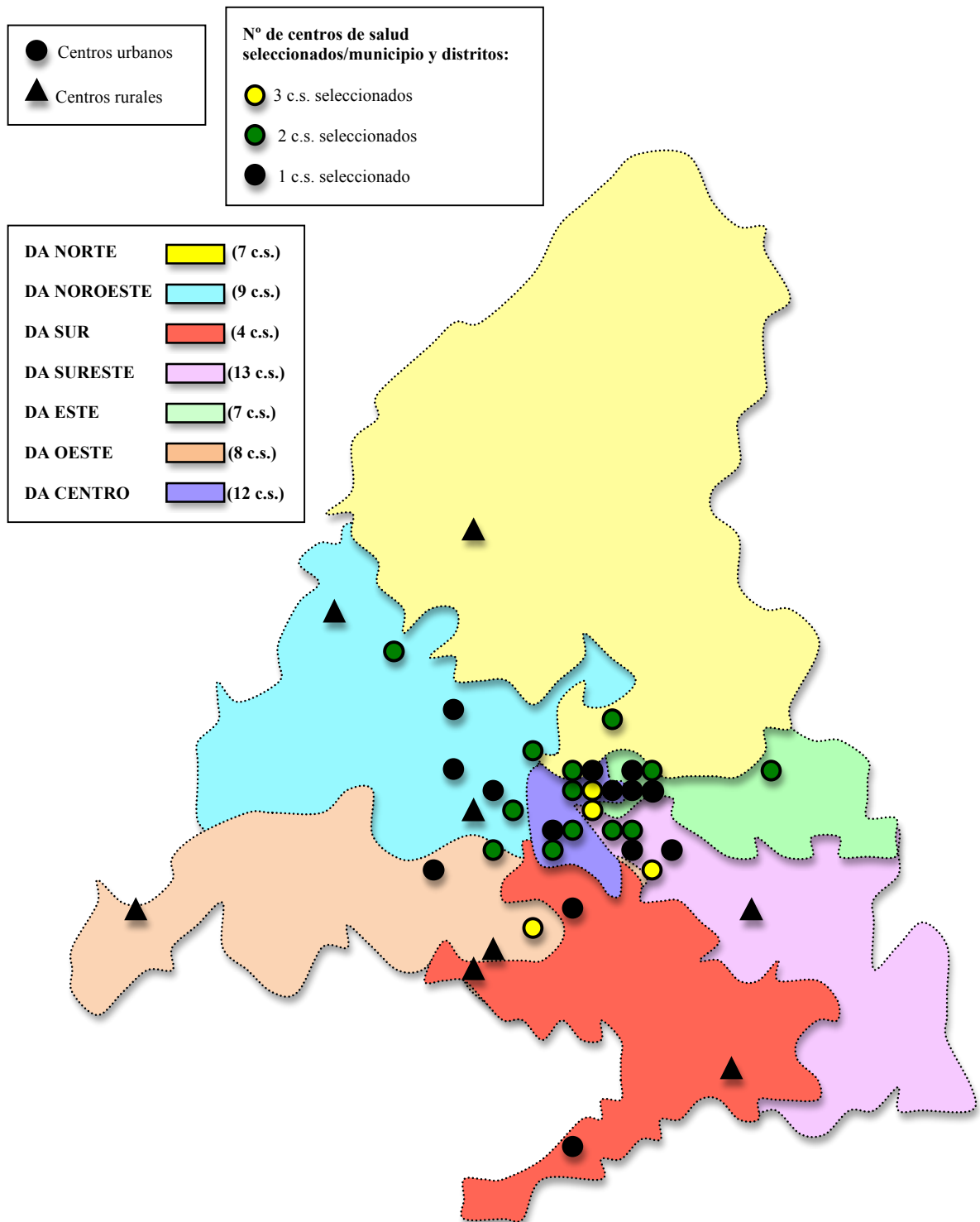


Figura 12. Mapa de centros de salud seleccionados/Direcciones Asistenciales.

4.- Variables de estudio:

4.1 VARIABLE DEPENDIENTE:

Síndrome de burnout:

Para medir el síndrome se han establecido como variables dependientes las tres dimensiones del *burnout*: **agotamiento emocional (AE)**, definida como la pérdida de energías y de recursos para hacer frente a los factores organizacionales y laborales de riesgo o estrés; **despersonalización (DP)**, como el distanciamiento afectivo, falta de implicación tanto con los usuarios/clientes como con el resto de profesionales y la **realización personal en el trabajo (RP)**, como el sentido de la actividad profesional, competencia y eficacia en la realización del trabajo; recompensas/reconocimiento y poder adquisitivo, que se medirán mediante dos instrumentos:

1.- Cuestionario Maslach Burnout Inventory (MBI):

Es el cuestionario más empleado en la mayoría de los estudios realizados. Algunos autores lo cifran hasta en un 90%. Por lo tanto, es necesario para establecer comparaciones de los resultados con otras investigaciones nacionales e internacionales. Se utilizará el MBI en su versión para profesionales sanitarios (HSS), coincidente con la versión clásica del instrumento de 1981, validado en España y referencia principal en el análisis de *burnout*¹⁵³.

En la tabla XI quedan representados los distintos puntos de corte establecidos para los niveles bajo, medio y alto de las tres dimensiones de burnout según los criterios utilizados por los distintos autores españoles referenciados para personal sanitario. La puntuación máxima alcanzable es de 54 para la dimensión de AE, 30 para D y 48 para RP, y la puntuación mínima 0⁹⁸.

Este instrumento está compuesto por 22 ítems en una escala tipo Likert de 7 opciones de 0 a 6 (0: nunca; 1: pocas veces al año o menos; 2: una vez al mes o menos; 3: unas pocas veces al mes; 4: una vez a la semana; 5: pocas veces a la semana; 6: todos los días) en donde se evalúan la presencia y frecuencia de las tres dimensiones de *burnout*: AE (9 ítems), D (5 ítems) y RP (8 ítems)⁵⁶.

En AE, puntuaciones iguales o superiores a 27 serían indicativos de altos niveles de este elemento descriptivo del síndrome; el intervalo entre 19 y 26 correspondería a niveles medios y puntuaciones iguales o inferiores a 18 indicarían niveles bajos.

En D, puntuaciones superiores o iguales a 10 indicarían la presencia de niveles altos de esta dimensión del *burnout*, el intervalo entre 6 y 9 niveles medios, e inferiores o iguales a 5 niveles bajos.

En RP la interpretación se haría en sentido opuesto a las anteriores, de forma que puntuaciones iguales o inferiores a 33 serían indicativos de baja realización y altos niveles de este elemento descriptivo, el intervalo entre 34 y 39 indicaría una realización intermedia y niveles medios de esta dimensión y puntuaciones iguales o superiores a 40 alta realización personal y niveles bajos.

	AE	D	RP
ALTO	≥ 27	≥ 10	≥ 40
MEDIO	19-26	6-9	34-39
BAJO	≤ 18	≤ 5	≤ 33

(Cebrià y cols., 2001⁹⁸)

Tabla XI. *Puntos de corte MBI-HSS.*

Así mismo, este cuestionario permite el cálculo de la prevalencia de la población afectada en un tiempo determinado según los distintos puntos de corte establecidos, de forma que la presencia de altos niveles descriptivos del síndrome para AE y D y bajos en RP serían definitorios de *burnout*.

Si bien la internacionalización y validez de este instrumento es indudable, numerosas investigaciones señalan que presenta algunas dificultades conceptuales y psicométricas en muestras no anglosajonas²¹⁵, además de que no se utiliza exclusivamente en profesiones sanitarias. Por este motivo se incluyó una segunda medida del *burnout* validada en población española con unas adecuadas características psicométricas, validez interna y validez convergente con otros instrumentos de evaluación del síndrome¹⁶³, que evalúa todo el proceso de *burnout* mediante diversas escalas validadas

para su uso conjunto o por separado, así como para establecer una puntuación global del síndrome.

2.- Escala de Síndrome del Cuestionario de Desgaste Profesional Médico (CDPM).⁵⁶

Es una escala de **estraficación de riesgo** en tres estratos o niveles, compuesta por 12 ítems para la evaluación de tres dimensiones de Burnout: **agotamiento emocional (AE)**, **distanciamiento (D)** y **pérdida de expectativas (PE)**, que se considera de signo inverso a la realización personal de la escala MBI, cuyas puntuaciones en cada una de las dimensiones se obtiene mediante la media de los ítems que la componen.

La escala de respuesta en el cuestionario se ha elaborado de forma que permite establecer puntos de corte entre los niveles según la mayor o menor presencia de indicadores del síndrome. Se considera nivel bajo puntuaciones medias entre 1-1,99, nivel medio puntuaciones entre 2-2,99 y nivel alto puntuaciones iguales o superiores a 3. Así, siguiendo este criterio, hablaremos de un alto nivel de *burnout* si existe una alta presencia de elementos descriptivos del síndrome (puntuaciones iguales o superiores a 3 en las dimensiones descriptivas del mismo)⁵⁶.

En la tabla XII están representadas las tres dimensiones de *burnout*, con los ítems incluidos en el cuestionario y los datos de fiabilidad de los diferentes componentes medidos por el Coeficiente Alfa de Cronbach, modelo de consistencia interna basado en el promedio de las correlaciones entre los distintos ítems. El mayor valor teórico de Alfa es igual a 1. Valores en torno a 0.80 se consideran aceptables.

DIMENSIONES:	ÍTEMS:	α :
1. Agotamiento	2, 5, 8, 11	.9030
2. Distanciamiento	1, 4, 7, 10	.7752
3. Pérdida de Expectativas	3, 6, 9, 12	.7061

Tabla XII. Datos de fiabilidad para la Escala de Síndrome CDPM⁵⁶

Para la dimensión **agotamiento emocional** los ítems incluidos en el cuestionario serían:

Ítem 2: “me siento fatigado/a cuando me levanto por la mañana y tengo que enfrentarme con otro día de trabajo”.

Ítem 5: “me siento débil y físicamente agotado”.

Ítem 8: “estoy emocionalmente agotado”.

Ítem 11: “me siento acabado cuando llego a casa al final de la jornada de trabajo”.

Para **distanciamiento** con el usuario/paciente:

Ítem 1: “no me importa lo que mis pacientes piensen de mí, no tengo obligación de ser siempre simpático”.

Ítem 4: “cada vez me implicó menos con los pacientes, las áreas y la profesión en general”.

Ítem 7: “en esta profesión es mejor no implicarse demasiado con nada ni con nadie”.

Ítem 10: “creo que cada vez soy más frío en mi profesión”.

Finalmente, para **la pérdida de Expectativas**:

Ítem 3: “mi poder adquisitivo no ha ido acorde al incremento de responsabilidades tal y como yo esperaba”.

Ítem 6: “esperaba una actitud de agradecimiento por mi trabajo médico en los pacientes, pero se da todo lo contrario”.

Ítem 9: “esperaba recibir un rápido reconocimiento profesional y social por la labor desempeñada, pero no ha sido así”.

Ítem 12: “deseaba un mayor impacto en la sociedad de mi trabajo como médico y no es así”.

La escala CDPM para los tres elementos descriptivos del síndrome mantienen formato de respuesta tipo Likert con 4 opciones en términos de mayor o menor grado de acuerdo (1: totalmente en desacuerdo; 2: en desacuerdo; 3: de acuerdo; 4: totalmente de acuerdo)⁵⁶.

4.2 VARIABLES INDEPENDIENTES:

Para el estudio de los **facilitadores, antecedentes y consecuentes (evaluación del proceso de *burnout*)** se han considerado las siguientes variables independientes:

a) FACILITADORES (perfil sociodemográfico):

- 1.- **Género:** masculino/femenino (recogida como variable cualitativa)
- 2.- **Edad** en años (recogida como variable cuantitativa discreta).
- 3.- **Estado civil:** soltero/a, casado/a o pareja fija, divorciado/a o separado/a, viudo/a (cualitativa).
- 4.- **Número de hijos** (variable cuantitativa discreta).

b) ANTECEDENTES (estresores laborales):

Para su evaluación empleamos la **Escala de Antecedentes** del CDPM constituida por 24 ítems, con un índice de consistencia interna $\alpha = .8433$ ⁵⁶.

Las dimensiones e ítems estudiados son:

1.- Gerencia y supervisión: definidas como las demandas de la dirección y supervisores inmediatos, respuesta ante las demandas de los profesionales y participación en la toma de decisiones y criterios de gestión o dirección.

Ítem 8: “mis supervisores en ocasiones me proponen demandas contradictorias”.

Ítem 9: “no se tiene en cuenta nuestra opinión a la hora de tomar decisiones sobre la organización del trabajo”.

Ítem 14: “a los gestores no les interesa la calidad el trabajo, los criterios son solo cuantitativos y económicos”.

Ítem 22: “existe falta de amparo y respuesta de la dirección ante mis demandas”.

2.- Presión temporal: definido por la ordenación y estructura temporal de la actividad laboral, y control del ritmo de trabajo. Evaluación del impacto del tiempo de

trabajo, de su cantidad y calidad, y del efecto del tiempo de trabajo sobre la atención de calidad asistencial.

Ítem 1: “la falta de tiempo me obliga a veces a tener que tomar decisiones sin que existan criterios de actuación claros”.

Ítem 11: “la falta de tiempo hace que no dedique a cada paciente el tiempo que desearía”.

Ítem 16: “con idénticos medios tengo que atender cada vez a más población”.

Ítem 19: “diariamente tengo que cumplir objetivos asistenciales con presión temporal”.

3.- Deterioro social de la profesión: definido por la evaluación negativa del prestigio social de la profesión, así como de la importancia, relevancia e impacto social del trabajo médico.

Ítem 5 (se valora en sentido inverso): “el trabajo médico proporciona prestigio social”.

Ítem 10 (se valora en sentido inverso): “la sociedad reconoce la relevancia del trabajo medico”.

Ítem 13: “he perdido la confianza sobre la importancia social de mi trabajo”.

Ítem 18: “el trabajo médico en la sociedad solo tiene impacto si lo realizas en condiciones inhumanas (tercer mundo por ejemplo)”.

4.- Interacción con el dolor y la muerte: definido por demandas emocionales procedentes de la interacción cotidiana con complicaciones en la salud o muerte de los pacientes, dolor y/o angustia en los mismos y sus familiares y prescripción de tratamientos dolorosos.

Ítem 3: “me afecta la muerte de un paciente cuando ha sido un caso en el que he puesto mucha dedicación”.

Ítem 7: “me siento mal cuando tengo que prescribir tratamientos dolorosos”.

Ítem 12: “me afecta percibir la angustia de los pacientes y/o familiares”.

Ítem 15: “las complicaciones en la salud de mis pacientes es algo que me afecta”.

5.- Presión social: definido por demandas y requerimientos de los pacientes y de la sociedad en general sobre el rol del médico, anteponiendo derechos a responsabilidades y esperando de él la obligación de curar y no cometer errores.

Ítem 2: “los pacientes esperan que se cumplan sus derechos pero que no les pidan obligaciones”.

Ítem 6: “los pacientes esperan del médico que siempre cure porque es su obligación”.

Ítem 20: “la culpabilidad por los fallos en la calidad asistencial siempre recae sobre el médico”.

Ítem 23: “antes el médico era un Dios y ahora un funcionario de la salud”.

6- Interacción con pacientes de trato difícil: demandas psicológicas de naturaleza cognitiva (esfuerzo intelectual) y emocional (implicación, compromiso, autocontrol, exposición a situaciones de alto impacto emocional, etc...).

Ítem 4: “el trabajo con enfermos crónicos y/o terminales me resulta especialmente difícil”.

Ítem 17: “tengo dificultades para comunicarme con pacientes con actitudes críticas sobre mi trabajo”.

Ítem 21: “me afecta tratar con enfermos con dificultades de comunicación (ancianos, pacientes en coma, discapacitados, etc...).

Ítem 24: “me resulta difícil el trato con pacientes que trae la policía (adictos a drogas, violentos, etc...).

En la Tabla XIII quedarían representadas las distintas dimensiones de esta escala, los ítems que la componen en el cuestionario y los datos de fiabilidad de los diferentes componentes medidos por el Coeficiente Alfa de Cronbach.

DIMENSIONES:	ÍTEMS:	α :
1. Gerencia y Supervisión	8, 9, 14, 22	.7557
2. Presión Temporal	1, 11, 16, 19	.7373
3. Deterioro Social de la Profesión	-5, -10, 13, 18	.7363
4. Interacción con el Dolor y la Muerte	3, 7, 12, 15	.6941
5. Presión Social	2, 6, 20, 23	.7146
6. Pacientes de Trato Difícil	4, 17, 21, 24	.6588

Tabla XIII. *Datos de fiabilidad para la Escala de Antecedentes CDPM*⁵⁶

La escala CDPM para la valoración de antecedentes mantiene formato de respuesta tipo Likert con 4 opciones en términos de mayor o menor grado de acuerdo (1: totalmente en desacuerdo; 2: en desacuerdo; 3: de acuerdo; 4: totalmente de acuerdo)⁵⁶.

Así mismo se han incluido como posibles antecedentes del desgaste entre los Médicos de Familia del SERMAS, otro conjunto de variables independientes que por su especificidad en Atención Primaria hemos considerado de gran importancia para la investigación de este riesgo psicosocial laboral. Para ello se elaboraron escalas “ad hoc” por un comité de expertos en la materia y se agruparon dichas variables en base a la definición de los factores psicosociales de riesgo enunciados en las Notas Técnicas de Prevención 926 del Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo²¹⁶: variables relacionadas con factores supraorganizacionales, laborales y organizativos.

Dichas variables independientes son:

a) Como factores supraorganizacionales:

1.- Gestión informatizada de la consulta (5 ítems incluidos en la Escala de Condiciones de Trabajo –ver anexo 3): cambios tecnológicos que implican un aumento de la demanda cualitativa y cuantitativa en la producción del llamado tecnoestrés⁷⁵.

Ítem 4: “trabajo según los protocolos de actuación del SERMAS registrando correctamente la información del paciente en la historia clínica”.

Ítem 9: “paso el tiempo de la consulta clicando protocolos de actuación”.

Ítem 10: “un motivo de consulta frecuente de mis pacientes es que revise los resultados de pruebas diagnósticas solicitadas por otros especialistas”.

Ítem 14: “trabajar con el ordenador me ayuda a optimizar el tiempo medio/paciente en la consulta médica”.

Ítem 16: “me es difícil controlar toda la información suministrada en el día a través del correo corporativo, FORMAP, Farmaweb, e-SOAP, informes externos, revisar órdenes clínicas, prescripciones electrónicas, etc...)”.

La Escala de Condiciones de Trabajo mantiene formato de respuesta con 4 opciones en términos de mayor o menor frecuencia: 1 casi nunca, 2 a veces, 3 con frecuencia y 4 casi siempre.

Dentro de este grupo estarían también incluidas las variables presión social, deterioro social de la profesión y la interacción entre el dolor y la muerte de la Escala de antecedentes CDPM.

b) Como factores laborales:

1.- La relación contractual: estatutarios fijos, interinos, con contrato eventual o sustituto.

2.- La turnicidad: mañana, tarde, en turnos deslizantes o acabalgados.

3.- El número de años trabajados: como variable cuantitativa discreta.

c) Como factores organizacionales:

De cultura organizativa:

1.- Reuniones de Equipo: para la toma de decisiones en la organización y valoración de la comunicación organizativa.

Semanal, mensual u ocasional.

2.- El grado de coordinación entre unidades asistenciales: otras especialidades médicas, psicólogos y trabajadores sociales:

Formato de respuesta con 4 opciones: ninguna/baja/alta/extrema.

Dentro de este grupo estaría también incluida la variable Gerencia y supervisión de la Escala de Antecedentes del CDPM.

De diseño del puesto de trabajo:

1.- Presión asistencial: definida por el número de pacientes atendidos por Médico de Familia y día.

2.- Conocimiento de resultados de Contrato Programa de Centros (relacionado con las exigencias de la organización): herramienta que vincula las prestaciones, los recursos disponibles y su gestión y organización con la consecución de objetivos y resultados estratégicos para la organización en el ámbito de la mejora continua.

Si/no/no sé.

3.- Autonomía (6 ítems incluidos en la escala específica de Condiciones de Trabajo), como la capacidad y posibilidad de los profesionales para gestionar y tomar decisiones, tanto sobre aspectos referentes a la estructuración temporal de la actividad, sobre la gestión de la carga de trabajo y tiempos de descanso, como aspectos de la organización del trabajo, tareas, procedimientos, protocolos, etc...

Serían los siguientes:

Ítem 1: “un gran porcentaje del tiempo de consulta tiene lugar por iniciativa exclusiva del paciente que se cita (consulta a demanda y urgencias)”.

Ítem 2: “realizo habitualmente consultas programadas (abordaje de pacientes crónicos, intervenciones de tabaco, salud mental, ecografías, etc...)”.

Ítem 5: “habitualmente suelo ceñirme a los 6 minutos por paciente en la consulta a demanda”.

Ítem 6: “en la consulta la falta de control sobre la gestión del tiempo de atención al paciente me produce miedo a cometer errores”.

Ítem 11: “por falta de tiempo, tengo que realizar los avisos domiciliarios urgentes tras la consulta médica, cuando he terminado mi jornada laboral”.

Ítem 13: “todos los días atiendo a pacientes que se citan de forma urgente por motivos de consulta no urgentes (sin cita previa)”.

La Escala de Condiciones de Trabajo mantiene formato de respuesta con 4 opciones en términos de mayor o menor frecuencia: 1 casi nunca, 2 a veces, 3 con frecuencia y 4 casi siempre.

Dentro de este grupo estaría también incluida la variable Presión temporal de la Escala de antecedentes del CDPM.

De docencia, investigación y formación:

1.- La tutorización MIR:

variable cualitativa dicotómica (sí/no).

2.- Doctorado:

variable cualitativa dicotómica (sí/no).

3.- La asistencia a sesiones clínicas en el último año:

≥2 al mes/al menos 1/ ninguna.

4.- Cursos, congresos y/o actividades formativas en el último año:

≥2/al menos 1/ninguno.

5.- Necesidades formativas de los trabajadores en situaciones de urgencias, patología psiquiátrica, habilidades de comunicación, autocontrol:

Formato de respuesta con 4 opciones: ninguna/baja/alta/extrema.

De clima laboral:

1.- Dificultades para trabajar en Equipo:

Formato de respuesta con 4 opciones: ninguna/baja/alta/extrema.

2.- Dificultad de comunicación y trato con usuarios difíciles: pacientes con actitudes demandantes, agresivos, con alteraciones emocionales/mentales y pacientes atendidos sin cita previa.

Formato de respuesta con 4 opciones: ninguna/baja/alta/extrema.

Dentro de este grupo estaría también incluida la variable Paciente de Trato Dificil de la Escala de Antecedentes CDPM.

c) CONSECUENTES:

Finalmente, para el estudio de las consecuencias para la salud y bienestar psicosocial de los Médicos de Familia del SERMAS derivadas del síndrome, empleamos la **Escala de Consecuentes (EC)** del CDPM, constituida por 4 dimensiones, $\alpha=.9105$ y 16 ítems⁵⁶:

1.- Deseos de abandono: ideas de abandono profesional o cambio de puesto de trabajo.

Ítem 1: “si pudiese, si tuviera seguridad laboral y económica, cambiaría de profesión”.

Ítem 5: “ he tenido deseos de abandonar la profesión”.

Ítem 11: “”algunas veces tengo ganas de abandonar la profesión”.

Ítem 14: “me gustaría dejar la profesión por un tiempo o cambiar a otros servicios”.

2.- Consecuencias físicas: repercusiones sobre la salud física y psicossomática del trabajo médico.

Ítem 2: “en ocasiones tengo molestias psicossomáticas por mi trabajo”.

Ítem 6: “el trabajo tiene consecuencias físicas sobre mi salud”.

Ítem 9: “últimamente los problemas en mi trabajo se reflejan en mi salud”.

Ítem 12: “he tenido alteraciones del sueño en los últimos meses”.

3.- Aislamiento socio-profesional: tendencia al aislamiento dentro del equipo de trabajo y a la evitación de situaciones sociales en relación con el mismo.

Ítem 3: “prefiero trabajar solo que en equipo en este trabajo”.

Ítem 7: “cada vez me resultan más difíciles las relaciones sociales en mi trabajo”.

Ítem15: “prefiero arreglármelas yo solo/a para realizar el trabajo diario”.

Ítem 16: “evito en lo posible el trato personal con los compañeros/as del trabajo”.

4.- Consecuencias emocionales: repercusiones sobre la salud mental de los médicos.

Ítem 4: “frecuentemente estoy hipersensible a la crítica”.

Ítem8: “mi trabajo me vuelve irritable con la familia”.

Ítem10: “en ocasiones pierdo la confianza en mí mismo/a”.

Ítem 13: “me noto preocupado/a e incluso obsesionado/a por temas laborales”.

En la Tabla XIV quedarían representadas las distintas dimensiones de esta escala, los ítems que la componen y los datos de fiabilidad de los diferentes componentes medidos por el Coeficiente Alfa de Cronbach.

DIMENSIONES:	ÍTEMS:	α :
1. Deseos de abandono o cambio profesional	1, 5, 11, 14	.9192
2. Consecuencias físicas	2, 6, 9, 12	.8823
3. Aislamiento socioprofesional	3, 7, 15, 16	.8277
4. Consecuencias emocionales	4, 8, 10, 13	.7694

Tabla XIV. *Datos de fiabilidad para la Escala de Consecuentes CDPM*⁵⁶

La escala CDPM para la valoración de los consecuentes mantiene el formato de respuesta tipo Likert con 4 opciones en términos de mayor o menor grado de acuerdo (1: totalmente en desacuerdo; 2: en desacuerdo; 3: de acuerdo; 4: totalmente de acuerdo)⁵⁶.

5.- Recogida de información:

La difusión del estudio de investigación se llevó a cabo previamente mediante carta firmada por el Presidente del ICOMEM y el Director FIIBAP, presentando el estudio en cada uno de los centros de salud seleccionados (anexo 1).

Para evitar sesgos en las respuestas de los profesionales sanitarios se decidió no mencionar ni en la carta de presentación ni en el propio cuestionario ninguna referencia explícita al síndrome de burnout.

La duración estimada del cuestionario (anexo 2) fue de 30 minutos.

Se consideró que el método de encuesta por correo electrónico podría ocasionar tasas de respuestas bajas (a tenor de los resultados obtenidos en otros estudios analizados), motivo por el cual, para mejorar la participación a priori de los Médicos de Familia, se optó por la incorporación de una monitora independiente encargada de la entrega y recogida de cuestionarios y facilitar la información necesaria, previa cita concertada con los centros de salud a través de sus Directores de Centro o sus responsables, informando de la importancia del estudio, el valor de la participación y asegurando la total confidencialidad de los datos.

Se pactó un horario de visita de 13h-15.30h (horario bisagra entre los turnos de mañana y tarde) para favorecer la participación de todos los médicos en los distintos turnos de trabajo.

Se consideró la posibilidad de que en el momento de la visita algún profesional sanitario no se encontrase en el centro de salud trabajando (domicilio, reuniones como responsables, baja laboral, etc...). En caso de ausencia se le dejaría el cuestionario en el centro de trabajo para su posterior recogida, y en el caso de estar en situación de baja laboral, se le haría llegar el cuestionario por correo.

El trabajo de campo se desarrolló con normalidad en los 60 centros de salud seleccionados del SERMAS.

6.- Análisis estadístico:

El análisis de los datos se ha llevado a cabo utilizando el paquete estadístico SPSS 19.0 para Windows.

6.1 Estudio descriptivo:

Atendiendo a los grupos de estresores susceptibles de desencadenar el síndrome de burnout (factores de riesgo a nivel de la organización, diseño del puesto de trabajo y relaciones interprofesionales) y a los elementos asociados a la hora de gestionar adecuadamente el riesgo (características personales y cambios supraorganizativos), según las recomendaciones de las Notas Técnicas de Prevención 704 del Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo², se han presentado las variables independientes relacionadas con los antecedentes y facilitadores de *burnout*, agrupándolas según correspondieran al **perfil sociodemográfico** (género, edad, estado civil y número de hijos), a **cambios supraorganizativos** (presión social, deterioro social de la profesión, interacción con el dolor y la muerte y la gestión de la consulta informatizada), **factores laborales** (situación laboral, turnicidad y número de años trabajados), **factores organizacionales de cultura organizacional** (reuniones de Equipo, gerencia y supervisión, coordinación entre unidades asistenciales), **de diseño del puesto de trabajo** (presión asistencial, presión temporal, Contrato Programa de Centros y autonomía), **de docencia, investigación y/o actividades formativas** (tutorización MIR, Doctorado, sesiones clínicas, cursos/congresos y necesidades formativas) y **de clima laboral** (dificultad para trabajar en Equipo y usuarios de trato difícil).

Las variables cuantitativas se han presentado con su valor medio y desviación estandar y las variables cualitativas en porcentajes y frecuencias.

Para el análisis descriptivo de las tres dimensiones del síndrome de burnout mediante cuestionario MBI se han presentado la frecuencia y porcentajes de los individuos con niveles alto, medio y bajo de AE, D y RP, el promedio de las tres dimensiones para obtener una puntuación única de presencia de *burnout* según los puntos de corte establecidos (puntuaciones altas de AE, D y bajas en RP son definitorias del síndrome), así como la distribución de frecuencias en cada uno de los 60 centros de salud seleccionados.

Así mismo se han querido presentar las frecuencias y porcentajes de los distintos niveles de desgaste profesional mediante el cuestionario CDPM: alto, medio y bajo, así como los descriptivos básicos de las tres dimensiones, obtenidos mediante la media de los ítems que lo componen según los distintos puntos de corte establecidos.

6.2 Estudio analítico:

Análisis bivariante:

Se ha utilizado para estudiar la asociación entre el desgaste profesional encontrado según la escala CDPM, sus dimensiones en los distintos niveles y los antecedentes y facilitadores descritos, pruebas de comparación de medias (ANOVA) para variables cuantitativas, o de proporciones (χ^2 cuadrado), para variables cualitativas, considerando una relación significativa $p \leq 0,05$.

Análisis multivariante:

Calculamos en un primer paso las Odds Ratio crudas de las tres dimensiones del síndrome, según escala CDPM, del riesgo **medio sobre el bajo** (que fue tomado como el de referencia), y como variables independientes, los distintos grupos de estresores analizados (antecedentes) y facilitadores del síndrome agrupados en dos categorías.

La decisión de analizar los distintos elementos descriptivos del síndrome en su nivel medio sobre bajo se tomó consultando a una de las expertas en la materia que participó en la elaboración del cuestionario inicial de desgaste profesional, la Dra. Macarena Gálvez Herrer; el nivel medio de desgaste permitiría establecer medidas correctivas en materia de prevención de riesgos laborales, siendo necesario conocer aquellos grupos de estresores que pudieran comportarse como factores psicosociales de riesgo a este nivel.

La agrupación en dos categorías respecto a los facilitadores y antecedentes, según la literatura revisada, quedó establecida de la siguiente forma:

Con respecto a los facilitadores:

Género: se tomó como referencia el género femenino como factor de riesgo sobre el masculino.

Edad: se tomó como referencia la edad comprendida entre los 25 y los 40 años como factor de riesgo sobre los de más de 40 años.

Estado civil: se tomó como referencia estar sin pareja como factor de riesgo frente a tener pareja.

Número de hijos: se tomó como referencia tener hijos (conflicto demanda trabajo-familia) frente a no tenerlos.

Con respecto a los antecedentes:

1.- Factores supraorganizativos:

En relación a **la presión social, el deterioro de la profesión y la interacción entre el dolor y la muerte** se tomaron de referencia como factor de riesgo el nivel **TOTALMENTE DE ACUERDO/DE ACUERDO** sobre lo enunciado en el cuestionario frente al nivel de desacuerdo/totalmente en desacuerdo manifestado.

Con respecto a la consulta informatizada:

Ítem 4: se tomó como referencia la frecuencia **CASI NUNCA/A VECES** como factor de riesgo.

Ítem 9: factor de riesgo **CON FRECUENCIA/CASI SIEMPRE**.

Ítem 10: factor de riesgo **CON FRECUENCIA/CASI SIEMPRE**.

Ítem 14: factor de riesgo **CASI NUNCA/A VECES**.

Ítem 16: factor de riesgo **CON FRECUENCIA/CASI SIEMPRE**.

2.- Factores laborales:

Situación laboral: se tomó como referencia la situación de **TEMPORALIDAD** (interino, eventual, otros) como factor de riesgo frente a propietarios.

Turnicidad: se tomó como referencia el turno de **TARDE** como factor de riesgo frente a mañanas u otras modalidades.

Nº de años trabajados: se tomó como referencia el haber trabajado menos de 10 años frente a más de 10.

3.- Factores organizacionales:

Reuniones de Equipo: factor de riesgo **OCASIONAL** frente a semanal o mensual.

Gerencia y supervisión: factor de riesgo estar TOTALMENTE DE ACUERDO/DE ACUERDO.

Dificultad coordinación con otros profesionales: factor de riesgo ALTA/EXTREMA.

Presión asistencial: factor de riesgo **más de 40 pacientes/día.**

Presión temporal: factor de riesgo estar TOTALMENTE DE ACUERDO/DE ACUERDO.

Cumplimiento Contrato Programa de Centros: factor de riesgo SI (por aumento de las exigencias de la organización) frente a no, no sé.

Autonomía:

Ítem 1: factor de riesgo CON FRECUENCIA/CASI SIEMPRE.

Ítem 2: factor de riesgo CASI NUNCA/A VECES.

Ítem 5: factor de riesgo CASI NUNCA/A VECES.

Ítem 6: factor de riesgo CON FRECUENCIA/CASI SIEMPRE.

Ítem 11: factor de riesgo CON FRECUENCIA/CASI SIEMPRE.

Ítem 13: factor de riesgo CON FRECUENCIA/CASI SIEMPRE.

Tutorización MIR: factor de riesgo SI.

Doctorado: factor de riesgo SI.

Asistencia a sesiones clínicas: factor de riesgo NINGUNA.

Asistencia a cursos/jornadas/congresos: factor de riesgo NINGUNA.

Necesidades formativas: factor de riesgo ALTA/EXTREMA.

Dificultad para trabajar en equipo: factor de riesgo ALTA/EXTREMA.

Dificultad comunicación trato usuarios difíciles: factor de riesgo ALTA/EXTREMA.

El cálculo de las OR, su Intervalo de Confianza del 95% y el valor p, se han calculado mediante el método de regresión logística binaria del programa SPSS.

Finalmente, realizamos un ajuste de las OR, mediante el método de regresión logística “hacia delante” de razón de verosimilitud.

7.- Elaboración mapa de *burnout*:

Para la elaboración del mapa de *burnout* realizamos el análisis descriptivo según el cuestionario MBI en los 60 centros de la Comunidad de Madrid seleccionados. Posteriormente se elaboró una tabla con el total de profesionales por centro de salud, la tasa de respuesta por centro y la distribución de frecuencias y porcentajes observados de *burnout*. Posteriormente se realiza el mapa de *burnout* en las 7 Direcciones Asistenciales en las que se organizan dichos centros a cargo de la Gerencia de Atención Primaria, registrando la presencia de *burnout* de los Médicos de Familia afectados.

8.- Aspectos éticos:

El estudio se ha desarrollado conforme a lo establecido en la legislación vigente, cumpliendo con las normas de buena práctica clínica. El registro de la información se realizó en una base de datos anónima, asegurando la protección de datos.

El protocolo del estudio fue remitido para su aprobación a la Comisión Central de Investigación de la Gerencia Asistencial de Atención Primaria y enviado al Comité Ético de Investigación Clínica del Hospital 12 de Octubre de Madrid para su aprobación (anexo 3).

La monitora del estudio ha sido la única que ha procesado los cuestionarios, para una vez cumplimentados y recogidos, quedar custodiados en la Gerencia Asistencial de Atención Primaria.

RESULTADOS

*“Nuestra recompensa se encuentra en el esfuerzo
y no en el resultado”.*

Mahatma Gandhi

1.- Tasa de respuesta. Análisis descriptivo de las tres dimensiones que configuran el Síndrome y prevalencia total de *burnout* (MBI):

De un total de 814 Médicos de Familia a los que se les invitó a formar parte de este estudio, 615 médicos de los distintos centros de salud seleccionados respondieron a los cuestionarios, habiendo un **75,6% de tasa de respuesta** frente al 24,4% de pérdidas (199 médicos) que no participaron activamente en esta investigación.

En 47 centros sanitarios de los 60 seleccionados (78,3%) la tasa de respuesta se situó por encima del 60% (12 centros sanitarios entre el 60-79%; 24 centros entre el 81-99% y 11 centros de salud con el 100% de sus Médicos de Familia).

En 13 centros sanitarios la participación de los profesionales fue < 60%.

Tasa de respuesta	Nº Centros
<25%	2
25-59%	11
60-79%	12
80-99%	24
100%	11

Tabla XV. *Tasa de respuesta/centros AP.*

La tabla XVI representa las frecuencias y porcentajes referidos a los tres niveles de *burnout* según el Cuestionario MBI para los tres elementos descriptivos del síndrome.

MBI	Niveles	Frecuencia	Porcentajes
Agotamiento Emocional	Alto	308	50,1
	Medio	142	23,1
	Bajo	165	26,8
Despersonalización	Alto	211	34,3
	Medio	162	26,3
	Bajo	242	39,3
Realización Personal	Alto	264	42,9
	Medio	176	28,6
	Bajo	175	28,5

Tabla XVI. *Tabla de frecuencias y porcentajes según niveles de burnout (MBI).*

El **50,1%** de los Médicos de Familia consultados (308 médicos) mostraron **altos niveles de agotamiento emocional**, el 23,1% (142 médicos) niveles medios y el 26,8% (165 médicos) niveles bajos de agotamiento.

Así mismo, en 59 centros de salud de los 60 seleccionados (98,3%) encontramos niveles altos de AE. En 33 centros el porcentaje de MF/centro que presentaron niveles altos de AE fue igual o superior al 50% (29 centros entre el 50-74%, 3 centros entre el 75-99%, habiendo 1 centro de salud con el 100% de la plantilla). En 53 centros (88,3%) encontramos niveles medios de AE. 4 centros con porcentajes iguales o superiores al 50%.

Con respecto a la **despersonalización**, el **34,3% (211 médicos)** presentaron **niveles altos de DP**, el 26,3% (162 médicos) niveles medios y el 39,3% (242 médicos) niveles bajos. En 55 centros (91,6%) encontramos niveles altos de DP. En 13 centros de salud de esos 55 centros sanitarios el porcentaje de MF/centro que presentaron niveles altos de DP fue superior o igual al 50%. En 50 centros (83,3%) encontramos niveles medios de DP. 4 centros con porcentajes iguales o superiores al 50%.

En cuanto a la tercera dimensión, el **28,5% (175 médicos)** presentaron **un nivel bajo de realización personal**. El 28,6% (176) niveles medios y el 42,9% (264 médicos) niveles altos. En 53 centros (88,3%) encontramos niveles bajos de RP. En 8 centros, el porcentaje de MF participantes/centro que presentaron niveles bajos de RP fue superior o igual al 50%. En 54 centros seleccionados (90%) encontramos niveles medios. 8 centros con porcentajes iguales o superiores al 50%.

MBI	Nº centros con niveles altos	Nº centros con niveles medios:
AE % dentro del centro		
• 0	1	7
• 1-24	8	24
• 25-49	18	25
• 50-74	29	4
• 75-99	3	0
• 100	1	0
DP % dentro del centro		
• 0	5	10
• 1-24	14	14
• 25-49	28	32
• 50-74	13	3
• 75-99	0	1
• 100	0	0
RP % dentro del centro	*Nº centros BRP	
• 0	7	6
• 1-24	15	15
• 25-49	30	31
• 50-74	8	8
• 75-99	0	0
• 100	0	0

Tabla XVII. % profesionales afectados/centro con niveles altos y medios en AE y DP y bajos y medios en RP

Finalmente, la tabla XVIII muestra la prevalencia de *burnout*. La proporción de la muestra que en el momento del estudio presentaba niveles altos de AE y DP y bajos niveles de RP, según los punto de corte establecidos (MBI), fue del **11,9% (73 médicos)**.

MBI	Frecuencia	%
Burnout (AE, D altos y BRP)	73	11,9%

Tabla XVIII. *Prevalencia total de Burnout (MBI)*

2.- Análisis descriptivo de las tres dimensiones que configuran el síndrome y niveles de riesgo de desgaste profesional (CDPM):

Las tablas XIX y XX representan los descriptivos básicos de las 3 dimensiones de desgaste profesional y las frecuencias y porcentajes válidos referidos a los tres niveles de severidad según el CDPM.

CDPM	Punt. Mínima	Punt. Máxima	Media	Desviación Estándar
Agotamiento Emocional	1	4	2,35	3,43
Distanciamiento	1	4	1,96	2,46
Pérdida de expectativas	1	4	2,52	2,74

Tabla XIX. *Descriptivos básicos de las 3 dimensiones según CDPM.*

CDPM	Niveles	Frecuencias	Porcentajes
Agotamiento Emocional	Alto	148	24,1
	Medio	274	44,6
	Bajo	193	31,4
Distanciamiento	Alto	35	5,7%
	Medio	309	50,2
	Bajo	271	44,1
Pérdida de expectativas	Alto	142	23,1
	Medio	402	65,4
	Bajo	71	11,5

Tabla XX. *Tabla de frecuencias y porcentajes niveles de desgaste profesional (CDPM).*

El **24,1%** de los Médicos de Familia consultados (**148 médicos**) mostraron **altos niveles de agotamiento emocional**, el 44,6% (272 médicos) niveles medios de AE y el 31,4% (193 médicos) niveles bajos.

Con respecto al proceso de **distanciamiento** el **5,7% (35 médicos)** presentaron **niveles altos de D**, el 50,2% (309 médicos) niveles medios y el 44,1% (271 médicos) niveles bajos.

Finalmente, con respecto a la tercera dimensión del desgaste profesional, el **23,1% (142 médicos)** presentaron **altos niveles de pérdida de expectativas**, el 65,4% (402 médicos) niveles medios y el 11,5% (71 médicos) niveles bajos.

Los niveles de riesgo de desgaste profesional, según CDPM, quedaría resumida en la siguiente tabla:

Desgaste profesional CDPM	Frecuencia	%
Nivel alto	48	7,8
Nivel medio	399	64,9
Nivel bajo	168	27,3

Tabla XXI. *Niveles de riesgo de desgaste profesional (CDPM).*

3.- Mapa de *burnout*:

La Tabla XXII muestra el recuento de Médicos de Familia y porcentajes obtenidos de *burnout* (MBI) en los 60 centros de salud seleccionados, así como la tasa de respuesta/centro de salud.

En 39 centros de salud se observa un porcentaje variable de *burnout*: 33 centros entre el 1-24% de afectados, 5 centros sanitarios entre el 25-49% y 1 centro de salud con el 66,7% de los médicos (2 médicos de 3).

En el ámbito rural, 3 centros de salud afectados de 8 centros seleccionados.

Centro de Salud	URBANO/RURAL	Burnout		T. respuesta		Total MFyC
		N	%	N	%	
1	URBANO	1	12,5	8	88,9	9
2	URBANO	3	30	10	83,3	12
3	URBANO	0	0	1	12,5	8
4	URBANO	1	14,3	7	87,5	8
5	URBANO	0	0	3	37,5	8
6	URBANO	1	11,1	9	88,8	11
7	URBANO	0	0	3	23,1	13
8	URBANO	0	0	12	100	12
9	URBANO	1	14,3	7	100	7
10	URBANO	1	14,3	7	100	7
11	URBANO	1	14,3	7	100	7
12	URBANO	0	0	8	88,9	9
13	URBANO	1	14,3	7	50	14
14	URBANO	2	66,7	3	100	3
15	URBANO	0	0	5	71,4	7
16	URBANO	2	20	10	90,9	11
17	URBANO	3	17,6	17	94,4	18
18	URBANO	1	7,7	13	81,3	16
19	URBANO	1	12,5	8	57,1	14
20	URBANO	1	8,3	12	100	12
21	URBANO	1	9,1	11	61,1	18
22	URBANO	2	16,7	12	75	16
23	URBANO	1	7,7	13	72,2	18
24	URBANO	1	5,9	17	81	21
25	URBANO	3	21,4	14	82,4	17
26	URBANO	3	18,8	16	66,7	24
27	URBANO	2	13,3	15	88,2	17
28	URBANO	2	20	10	55,6	18
29	URBANO	0	0	13	76,5	17
30	URBANO	1	7,7	13	81,3	16
31	URBANO	1	11,1	9	56,3	16
32	URBANO	1	5,6	18	94,7	19
33	URBANO	6	30	20	83,3	24
34	URBANO	3	21,4	14	58,3	24
35	URBANO	4	26,7	15	71,4	21
36	URBANO	0	0	12	85,7	14
37	URBANO	5	35,7	14	87,5	16
38	URBANO	0	0	9	52,9	17
39	URBANO	2	7,4	27	87,1	31
40	URBANO	2	14,3	14	66,7	21
41	URBANO	2	16,7	12	70,6	17
42	URBANO	2	25	8	88,9	9
43	URBANO	0	0	6	54,5	11
44	URBANO	2	18,2	11	100	11
45	URBANO	0	0	2	25	8
46	URBANO	0	0	6	85,7	7
47	URBANO	0	0	9	69,2	13
48	URBANO	1	10	10	100	10
49	URBANO	1	9,1	11	91,7	12
50	URBANO	1	10	10	90,9	11
51	URBANO	0	0	10	83,3	12
52	URBANO	0	0	8	100	8
53	RURAL	0	0	5	100	5
54	RURAL	0	0	5	45,5	11
55	RURAL	0	0	9	100	9
56	RURAL	1	10	10	83,3	12
57	RURAL	0	0	8	88,9	9
58	RURAL	0	0	11	68,8	16
59	RURAL	2	20	10	55,6	18
60	RURAL	1	10	10	71,4	14
Total	URBANO/RURAL	73	11,9	615		814

Tabla XXII. Centros de salud afectados de burnout.

En la figura nº 13 queda representado el mapa de *burnout* por Direcciones Asistenciales, según el cuestionario MBI (en rojo, los centros rurales y urbanos con presencia de *burnout*):

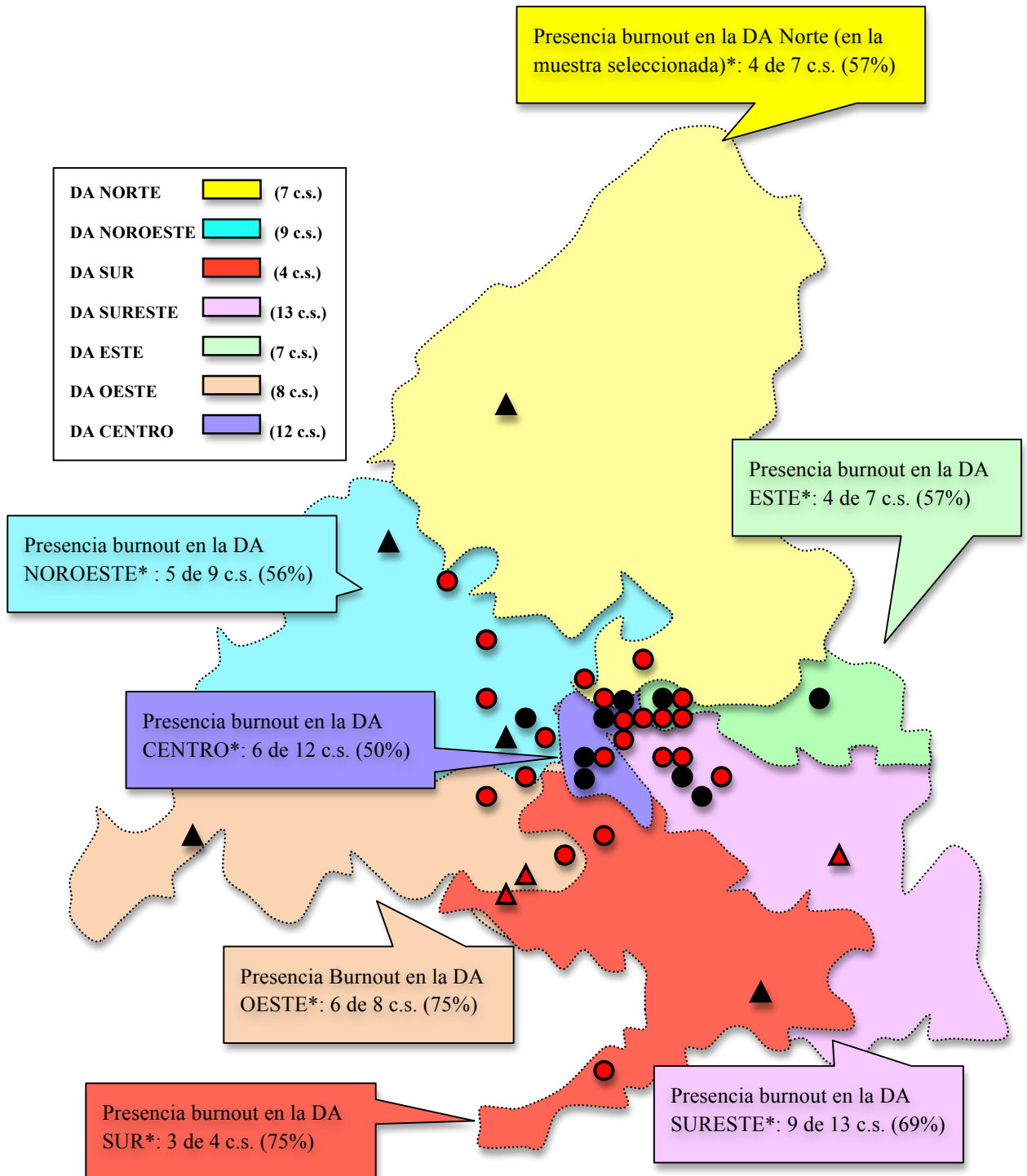


Figura 13. Mapa de burnout en Médicos de Familia del SERMAS.

4.- Perfil sociodemográfico:

4.1 Análisis descriptivo:

En lo referente al análisis de las características sociodemográficas de la muestra analizada (n=615), la primera variable estudiada fue **el género**, habiendo un 92,4% de cumplimentación (568 médicos) y un 7,6 % de no respondedores (47 médicos).

El 25,9% fueron hombres (159 Médicos de Familia) frente al 66,5% mujeres (409).

Con respecto a la edad, **la mediana** se situó en 52 años al existir valores extremos, con un mínimo de edad de 28 años y un máximo de 66 años.

El número de registros válidos fue de 610 Médicos de Familia (99,2%), frente a 5 médicos (0,8%) que no registraron su edad.

Se llevó a cabo igualmente la determinación de las frecuencias por grupos de edad resultando: **85 médicos (13,8%) entre 25-40 años y 530 médicos (86,2%) con más de 40 años.**

En cuanto al **estado civil** el grado de cumplimiento fue del 98,7% (607 médicos) quedando sin registro el 1,3% de la muestra (8 médicos).

La distribución quedó establecida de la siguiente forma: solteros 14,5% (89 médicos), casados/pareja fija 75% (461 médicos), divorcidos/separados 7,8% (48 médicos) y viudos 1,5% (9 médicos).

En relación al **número de hijos**, el valor más repetido en la serie de datos fue de 2 hijos. Cumplimentaron este apartado adecuadamente 608 médicos (98,9%).

7 médicos quedaron sin registro (1,1%).

P. SOCIODEMOGRÁFICO	Frecuencia	Porcentaje	Mediana	Moda
GÉNERO:				
• Masculino	159	25,9%		
• Femenino	409	66,5%		
• No registro	47	7,6%		
EDAD*:				
• Registro	610	99,2%	52	
• No registro	5	0,8%		
ESTADO CIVIL:				
• Solter@	89	14,5%		
• Casad@	461	75%		
• Divorciad@	48	7,8%		
• Viud@	9	1,5%		
• No registro	8	1,3%		
Nº DE HIJOS:				
• Registro	608	98,9%		2
• No registro	7	1,1%		

Tabla XXIII. Perfil sociodemográfico.

4.2 Análisis bivariante: variables sociodemográficas, elementos descriptivos de desgaste profesional y prevalencia (según cuestionario CDPM):

a) AGOTAMIENTO EMOCIONAL:

La tabla XXIV muestra los factores sociodemográficos estudiados (facilitadores): género, edad, estado civil y número de hijos, para cada uno de los distintos niveles de agotamiento emocional relacionado con el síndrome, no encontrándose una relación estadísticamente significativa en ninguno de ellos.

F. SOCIODEMOGRÁFICOS	AGOTAMIENTO EMOCIONAL						Sig.
	ALTO		MEDIO		BAJO		
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
GÉNERO:							
• Masculino	33	20,8	69	43,4	57	35,8	p=0,251
• Femenino	105	25,7	184	45	120	29,3	
EDAD:							
• 25-40 años	24	28,2	38	44,7	23	27,1	p=0,522
• Más de 40 años	124	23,4	236	44,5	170	32,1	
ESTADO CIVIL:							
• Solter@	19	21,3	40	44,9	30	33,7	p=0,550
• Casad@/pareja fija	117	25,4	204	44,3	140	30,4	
• Divorciad@/separad@	10	20,8	20	41,7	18	37,5	
• Viud@	0	0	6	66,7	3	33,3	
Nº DE HIJOS:							
• Sin hijos	70	26	111	41,3	88	32,7	p=0,334
• Con hijos	78	22,5	163	47,1	105	30,3	

Tabla XXIV. Tabla de contingencia: factores sociodemográficos vs AE

b) DISTANCIAMIENTO:

La tabla XXV muestra los factores sociodemográficos estudiados para cada uno de los distintos niveles de distanciamiento, no encontrándose en el análisis estadístico relación estadísticamente significativa. En relación al género y los distintos niveles presentados, el análisis estadístico muestra tendencia.

F. SOCIODEMOGRÁFICOS	DISTANCIAMIENTO						Sig.
	ALTO		MEDIO		BAJO		
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
GÉNERO:							
• Masculino	13	8,2	88	55,3	58	36,5	p=0,051
• Femenino	20	4,9	198	48,4	191	46,7	
EDAD:							
• 25-40 años	4	4,7	46	54,1	35	41,2	p=0,723
• Más de 40 años	31	5,8	263	49,6	236	44,5	
ESTADO CIVIL:							
• Solter@	6	6,7	40	44,9	43	48,3	p=0,824
• Casad@/pareja fija	23	5	235	51	203	44	
• Divorciad@/separad@	4	8,3	25	52,1	19	39,6	
• Viud@	0	0	5	55,6	4	44,4	
Nº DE HIJOS:							
• Sin hijos	17	6,3	131	48,7	121	45	p=0,722
• Con hijos	18	5,2	178	51,4	150	43,4	

Tabla XXV. Tabla de contingencia: factores sociodemográficos vs D.

c) PÉRDIDA DE EXPECTATIVAS:

La tabla XXVI muestra los factores sociodemográficos estudiados para cada uno de los distintos niveles de pérdida de expectativas, no encontrándose en el análisis resultados estadísticamente significativos en las variables presentadas.

F. SOCIODEMOGRÁFICOS	PÉRDIDA DE EXPECTATIVAS						Sig.
	ALTO		MEDIO		BAJO		
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
GÉNERO:							
• Masculino	38	23,9	106	66,7	15	9,4	p=0,690
• Femenino	95	23,2	265	64,8	49	12	
EDAD:							
• 25-40 años	19	22,4	58	68,2	8	9,4	p=0,765
• Más de 40 años	123	23,2°	344	64,9	63	11,9	
ESTADO CIVIL:							
• Solter@	22	24,7	54	60,7	13	14,6	p=0,643
• Casad@/pareja fija	107	23,2	305	66,2	49	10,6	
• Divorciad@/separad@	9	18,8	31	64,6	8	16,7	
• Viud@	2	22,2	7	77,8	0	0	
Nº DE HIJOS:							
• Sin hijos	65	24,2	172	63,9	32	11,9	p=0,803
• Con hijos	77	22,3	230	66,5	39	11,3	

Tabla XXVI. Tabla de contingencia: factores sociodemográficos vs PE.

d) DESGASTE PROFESIONAL (CDPM):

La tabla XXVII muestra los factores sociodemográficos estudiados con respecto a los distintos niveles de desgaste profesional encontrados, no encontrándose en el análisis realizado resultados estadísticamente significativos.

F. SOCIODEMOGRÁFICOS	DESGASTE PROFESIONAL (CDPM)						Sig.
	ALTO		MEDIO		BAJO		
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
GÉNERO:							
• Masculino	13	8,2	100	62,9	46	28,9	p=0,716
• Femenino	31	7,6	272	66,5	106	25,9	
EDAD:							
• 25-40 años	7	8,2	56	65,9	22	25,9	p=0,945
• Más de 40 años	41	7,7	343	64,7	146	27,5	
ESTADO CIVIL:							
• Solter@	7	7,9	53	59,6	29	32,6	p=0,838
• Casad@/pareja fija	35	7,6	305	66,2	121	26,2	
• Divorciad@/separad@	3	6,3	31	64,6	14	29,2	
• Viud@	0	0	7	77,8	2	22,2	
Nº DE HIJOS:							
• Sin hijos	22	8,2	176	65,4	71	26,4	p=0,879
• Con hijos	26	7,5	223	64,5	97	28	

Tabla XXVII. *Tabla de contingencia: factores sociodemográficos vs desgaste profesional*

4.3 Análisis multivariante. Regresión logística: OR en crudo.

A continuación se presentan las Odds Ratio (OR) en crudo con sus IC del 95% y nivel de significación de los elementos descriptivos del síndrome, tomando como variables dependientes las tres dimensiones estudiadas de desgaste profesional según el CDPM, en su nivel de estratificación de riesgo **medio sobre el bajo**, y como variables independientes, las variables sociodemográficas analizadas, agrupados en dos categorías.

a) AGOTAMIENTO EMOCIONAL (nivel medio sobre bajo).

La Tabla XXVIII muestra los OR en crudo de los factores sociodemográficos con respecto al agotamiento emocional en su nivel medio sobre bajo del CDPM, no encontrándose diferencias en los resultados obtenidos.

F. SOCIODEMOGRÁFICOS	OR CRUDO	
	Valor	IC 95% p
GÉNERO:	1,27	0,83-1,93
<ul style="list-style-type: none"> • Masculino • Femenino 		
EDAD:	0,84	0,48-1,46
<ul style="list-style-type: none"> • 25-40 años • Más de 40 años 		
EATADO CIVIL:	0,91	0,60-1,38
<ul style="list-style-type: none"> • Con pareja • sin pareja 		
N° DE HIJOS:	1,23	0,85-1,76
<ul style="list-style-type: none"> • Con hijos. • Sin hijos. 		

Tabla XXVIII. *OR crudo: f. sociodemográficos y agotamiento emocional.*

b) DISTANCIAMIENTO (nivel medio sobre bajo):

La Tabla XXIX muestra los OR en crudo de los factores sociodemográficos: género, edad, estado civil y número de hijos con respecto al distanciamiento en su nivel medio sobre bajo del CDPM, no encontrándose diferencias en los resultados obtenidos.

F. SOCIODEMOGRÁFICOS	OR CRUDO	
	Valor	IC 95% p
GÉNERO:	0,68	0,46-1,01
<ul style="list-style-type: none"> • Masculino • Femenino 		
EDAD:	0,85	0,53-1,36
<ul style="list-style-type: none"> • 25-40 años • Más de 40 años 		
EATADO CIVIL:	0,94	0,64-1,37
<ul style="list-style-type: none"> • Con pareja • sin pareja 		
N° DE HIJOS:	1,09	0,78-1,52
<ul style="list-style-type: none"> • Con hijos. • Sin hijos. 		

Tabla XXIX. *OR en crudo: f. sociodemográficos y distanciamiento.*

c) PÉRDIDA DE EXPECTATIVAS (nivel medio sobre bajo).

La Tabla XXX muestra los OR en crudo de los factores sociodemográficos: género, edad, estado civil y número de hijos con respecto a la pérdida de expectativas en su nivel medio sobre bajo del CDPM, no encontrándose diferencias en los resultados obtenidos.

F. SOCIODEMOGRÁFICOS	OR CRUDO	
	Valor	IC 95% P
GÉNERO: <ul style="list-style-type: none">• Masculino• Femenino	0,77	0,41-1,42
EDAD: <ul style="list-style-type: none">• 25-40 años• Más de 40 años	0,75	0,34-1,65
EATADO CIVIL: <ul style="list-style-type: none">• Con pareja• sin pareja	0,79	0,41-1,23
Nº DE HIJOS: <ul style="list-style-type: none">• Con hijos.• Sin hijos.	1,09	0,66-1,82

Tabla XXX. OR en crudo: f. sociodemográficos y pérdida de expectativas.

5.- Estresores (variables supraorganizativas, laborales y organizativas) y factores de protección:

5.1 VARIABLES SUPRAORGANIZATIVAS:

5.1.1 Análisis descriptivo:

En la Tabla XXXI se presenta los principales resultados obtenidos en el análisis descriptivos de las variables supraorganizativas estudiadas.

En relación a la **presión social**, definida como las demandas y requerimientos de los pacientes y de la sociedad en su conjunto sobre el rol del médico, el grado de participación fue del 100% de los profesionales sanitarios. Un 67,6% (416 médicos) se mostraron totalmente en desacuerdo en relación a los ítems enunciados en la Escala de Antecedentes del CDPM, un 30,6% (188 médicos) de acuerdo, un 1,8% (11 médicos) en desacuerdo, y ningún Médico de Familia se pronunció totalmente en desacuerdo en relación a lo propuesto.

En cuanto al **deterioro social de la profesión**, definido como la evaluación negativa del prestigio social de la profesión, así como de la importancia, relevancia e impacto social del trabajo médico, el grado de participación de los médicos fue del 100%, respondiendo un 13,3% (82 médicos) estar totalmente en desacuerdo, un 80,3% (494 Médicos de Familia), estar en desacuerdo, un 5% (31 médicos) estar de acuerdo y un 1,3% (8 Médicos de Familia) totalmente de acuerdo.

En relación al tipo de trabajo emocional (demandas psicológicas) que afecta a la profesión médica en su conjunto con respecto a la **interacción con el dolor y la muerte**, el grado de participación de los profesionales sanitarios fue del 100%, habiendo un 61,5% (378 médicos) que se mostraron totalmente de acuerdo con los ítems referidos en la Escala de Antecedentes del CDPM, el 37,4% (230 médicos) de acuerdo, un 1,1% (7 médicos) en desacuerdo y ningún Médico de Familia totalmente en desacuerdo.

Respecto a los cambios tecnológicos que implican un aumento de la demanda cuantitativa y cualitativa en el servicio a la población usuaria (**consulta informatizada**) con respecto al enunciado planteado: **“trabajo según los protocolos de actuación del SERMAS registrando correctamente la información del paciente en la historia clínica”**, el grado de participación por parte de los médicos encuestados fue del 99,8% (614 médicos) frente al 0,2% (1 médico) que no registró ninguna de las posibles respuestas. El 2,6% (16 médicos) contestaron casi nunca, el 20,8% (128 médicos) a veces, el 48,5% (298 médicos) con frecuencia y el 21,8% (134 médicos) casi siempre.

En cuanto al segundo ítem propuesto: **“paso el tiempo de la consulta clicando protocolos de actuación”**, el grado de participación fue del 99,5% (612 los médicos) frente al 0,5% (3 médicos) que quedaron sin registro. El 10,6% (65 médicos) respondieron casi nunca, el 39,7% (244 médicos) a veces, el 41% (252 médicos) con frecuencia y el 8,3% (51 médicos) casi siempre.

En el tercer ítem planteado: **“un motivo de consulta frecuente de mis pacientes es que revise los resultados de pruebas diagnósticas solicitadas por otros especialistas”**, el grado de participación fue del 100% de los profesionales habiendo un 3,6% (22 médicos) que respondieron casi nunca, el 34,5% (212 médicos) a veces, el 53,8% (331 médicos) con frecuencia y el 8,1% (50 médicos) casi siempre.

En cuanto al cuarto ítem propuesto: **“trabajar con el ordenador me ayuda a optimizar el tiempo medio/paciente en la consulta médica”**, el grado de participación por parte de los profesionales sanitarios encuestados fue del 99,7% (613 médicos) frente al 0,3% (2 médicos) que no registraron sus preferencias. El 12,4% (76 médicos) respondieron casi nunca, el 38,2% (235 médicos) a veces, el 31,9% (196 médicos) con frecuencia y el 17,2% (106 médicos) casi siempre.

Finalmente, en relación al quinto de los ítems planteados: **“me es difícil controlar toda la información suministrada en el día a través del correo corporativo, Formap, Farmaweb, e-SOAP, CEIBE, informes externos, revisar órdenes clínicas, prescripciones electrónicas, etc...”**, el grado de participación fue del 100% de los Médicos de Familia. El 4,2% (26 médicos) respondieron casi nunca, el 11,5% (71 médicos) a veces, el 29,6% (182 médicos) con frecuencia y el 54,6% (336 médicos) casi siempre.

CAMBIOS SUPRAORGANIZATIVOS	Frecuencia	Porcentaje	EA CDPM (Ítems)
PRESIÓN SOCIAL <ul style="list-style-type: none"> Totalmente en desacuerdo En desacuerdo De acuerdo Totalmente de acuerdo 	0 11 188 416	0 1,8% 30,6% 67,6%	2 Los pacientes esperan que se cumplan sus derechos pero que no les pidas obligaciones. 6 Los pacientes esperan del médico que siempre cure porque es su obligación. 20 La culpabilidad por los fallos en la calidad asistencial siempre recae sobre el médico. 23 Antes el médico era un Dios y ahora un funcionario de la salud.
DETERIORO SOCIAL PROFESIÓN: <ul style="list-style-type: none"> Totalmente en desacuerdo En desacuerdo De acuerdo Totalmente de acuerdo 	82 494 31 8	13,3 80,3 5 1,3	
INTERACCIÓN DOLOR/MUERTE: <ul style="list-style-type: none"> Totalmente en desacuerdo En desacuerdo De acuerdo Totalmente de acuerdo 	0 7 230 378	0 1,1% 37,4% 61,5%	3 Me afecta la muerte de un paciente cuando ha sido un caso en el que he puesto mucha dedicación. 7 Me siento mal cuando tengo que prescribir tratamientos dolorosos. 12 Me afecta percibir la angustia de los pacientes y/o sus familiares. 15 Las complicaciones en la salud de mis pacientes es algo que me afecta.
CONSULTA INFORMATIZADA	RESPUESTAS		Frecuencias
			Porcentajes
2 Trabajo según los protocolos de actuación del SERMAS registrando correctamente la información del paciente en la historia clínica.	<ul style="list-style-type: none"> Casi nunca A veces Con frecuencia Casi siempre No registro 	16 128 298 172 1	2,6% 20,8% 48,5% 28% 0,2%
9 Paso el tiempo de la consulta clicando protocolos de actuación.	<ul style="list-style-type: none"> Casi nunca A veces Con frecuencia Casi siempre No registro 	65 244 252 51 3	10,6% 39,7% 41% 8,3% 0,5%
10 Un motivo de consulta frecuente de mis pacientes es que revise los resultados de pruebas diagnósticas solicitadas por otros especialistas.	<ul style="list-style-type: none"> Casi nunca A veces Con frecuencia Casi siempre 	22 212 331 50	3,6% 34,5% 53,8% 8,1%
14 Trabajar con el ordenador me ayuda a optimizar el tiempo medio/paciente en la consulta médica.	<ul style="list-style-type: none"> Casi nunca A veces Con frecuencia Casi siempre No registro 	76 235 196 106 2	12,4% 38,2% 31,9% 17,2% 0,3%
16 Me es difícil controlar toda la información suministrada en el día a través del correo corporativo, Formap, Farmaweb, e-SOAP, CEIBE, informes externos, revisar órdenes clínicas, prescripción electrónica, etc...	<ul style="list-style-type: none"> Casi nunca A veces Con frecuencia Casi siempre 	26 71 182 336	4,2% 11,5% 29,6% 54,6%

Tabla XXXI. Cambios supraorganizacionales.

5.1.2 Análisis bivariante: variables supraorganizativas y niveles de desgaste profesional en las tres dimensiones (CDPM):

a) AGOTAMIENTO EMOCIONAL:

Los factores supraorganizativos analizados: presión social, deterioro social de la profesión, interacción entre el dolor y la muerte y gestión informatizada de la consulta de Atención Primaria, como elementos asociados a la hora de gestionar el riesgo dentro de los distintos niveles de desgaste, quedan recogidos en la tabla XXXII, encontrándose una relación **estadísticamente significativa** entre AE y presión social y la interacción con el dolor y la muerte, presentando una Chi-cuadrado de Pearson de 42,212 y 36,073 respectivamente, con una $p=0,000$.

Con respecto al deterioro social de la profesión para los distintos niveles de AE, el análisis estadístico mostró un resultado estadísticamente significativo (asociación lineal por lineal) con un valor de 5,311 y $p=0,021$.

En el análisis estadístico de los cambios tecnológicos que implican un aumento de las demandas cuantitativas y cualitativas en el servicio a la población usuaria (**consulta informatizada**), también resultaron ser **estadísticamente significativos** los cinco ítems propuestos en la Escala de Condiciones del Trabajo en Atención Primaria. Ítem 4: “trabajo según los protocolos de actuación del SERMAS registrando correctamente la información del paciente en la historia clínica” con una Chi-cuadrado de Pearson de 19,769, $p=0,011$; ítem 9: “paso el tiempo de la consulta clicando protocolos de actuación” con una Chi-cuadrado de Pearson de 18,247, $p=0,019$; ítem 10: “un motivo de consulta frecuente de mis pacientes es que revise los resultados de pruebas diagnósticas solicitadas por otros especialistas” con una Chi-cuadrado de Pearson de 37,034, $p=0,000$; ítem 14: “trabajar con el ordenador me ayuda a optimizar el tiempo medio/paciente en la consulta médica” con una Chi-cuadrado de Pearson de 23,839 $p=0,002$; ítem 16: “me es difícil controlar toda la información suministrada en el día a través del correo corporativo, Formap, Farmaweb, e-SOAP, CEIBE, informes externos, revisar órdenes clínicas, prescripción electrónica, etc...”, con una Chi-cuadrado de Pearson de 61,323, $p=0,000$).

F. SUPRAORGANIZATIVOS	AGOTAMIENTO EMOCIONAL						Sig.
	ALTO		MEDIO		BAJO		
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
Presión social:							
• En desacuerdo	1	9,1	1	9,1	9	81,8	p=0,000
• De acuerdo	21	11,2	91	48,4	76	40,4	
• Totalmente de acuerdo	126	30,3	182	43,8	108	26	
Deterioro social de la profesión:							
• Totalmente en desacuerdo	15	18,3	33	40,2	34	41,5	p=0,021
• En desacuerdo	121	24,5	222	44,9	151	30,6	
• De acuerdo	11	35,5	13	41,9	7	22,6	
• Totalmente de acuerdo	1	12,5	6	75	1	12,5	
Interacción dolor/muerte:							
• En desacuerdo	1	14,3	3	42,9	3	42,9	p=0,000
• De acuerdo	30	13	101	43,9	99	43	
• Totalmente de acuerdo	117	31	170	45	91	24,1	
CONSULTA INFORMATIZADA:							
Ítem 4: “trabajo según los protocolos de actuación del SERMAS registrando correctamente la información del paciente en la historia clínica”.							p=0,011
• Casi nunca	1	6,3	9	56,3	6	37,5	
• A veces	45	35,2	57	44,5	26	20,3	
• Con frecuencia	70	23,5	131	44	97	32,6	
• Casi siempre	32	18,6	76	44,2	64	37,2	
Ítem 9: “paso el tiempo de la consulta clicando protocolos de actuación”.							p=0,019
• Casi nunca	8	12,3	29	44,6	28	43,1	
• A veces	53	21,7	118	48,4	73	29,9	
• Con frecuencia	72	28,6	106	42,1	74	29,4	
• Casi siempre	15	29,4	21	41,2	15	29,4	
Ítem 10: “un motivo de consulta frecuente de mis pacientes es que revise los resultados de pruebas diagnósticas solicitadas por otros especialistas”.							p=0,000
• Casi nunca	2	9,1	6	27,3	14	63,6	
• A veces	42	19,8	83	39,2	87	41	
• Con frecuencia	84	25,4	160	48,3	87	26,3	
• Casi siempre	20	40	25	50	5	10	
Ítem 14: “trabajar con el ordenador me ayuda a optimizar el tiempo medio/paciente en la consulta médica”.							p=0,002
• Casi nunca	29	38,2	31	40,8	16	21,1	
• A veces	66	28,1	102	43,4	67	28,5	
• Con frecuencia	37	18,9	91	46,4	68	34,7	
• Casi siempre	16	15,1	50	47,2	40	37,7	
Ítem 16: “me es difícil controlar toda la información suministrada en el día a través del correo corporativo, Formap, Farmaweb, e-SOAP, CEIBE, informes externos, revisar órdenes clínicas, prescripción electrónica, etc...”							p=0,000
• Casi nunca	1	3,8	9	34,6	16	61,5	
• A veces	10	14,1	18	25,4	43	60,6	
• Con frecuencia	32	17,6	91	50	59	32,4	
• Casi siempre	105	31,3	156	46,4	75	22,3	

Tabla XXXII. Tabla de contingencia: factores supraorganizacionales vs AE

b) DISTANCIAMIENTO:

En cuanto a los **factores supraorganizativos** analizados: presión social, deterioro social de la profesión, interacción entre el dolor y la muerte y consulta informatizada de la consulta de Atención Primaria, recogidos en la tabla XXXIII, encontramos una relación **estadísticamente significativa** entre D y presión social con Chi-cuadrado de 15,486 y $p=0,004$ y tendencia con respecto a deterioro social de la profesión.

Con respecto a la consulta informatizada, el análisis efectuado mostró una relación **estadísticamente significativa** en todos los ítems propuestos. El ítem 4, con una Chi-cuadrado de Pearson de 17,696 y $p=0,024$; el ítem 9 con una Chi-cuadrado de Pearson de 16,509 y $p=0,036$; el ítem 10 con una Chi-cuadrado de Pearson de 17,803 y $p=0,007$ y el ítem 14 con un valor (asociación lineal por lineal) de 4,344 y $p=0,037$ y el ítem 16 con una Chi-cuadrado de Pearson de 15,395 y $p=0,017$.

La interacción entre el dolor y la muerte en este estudio no obtuvo un resultado estadísticamente significativo.

F. SUPRAORGANIZATIVOS	DISTANCIAMIENTO						Sig.
	ALTO		MEDIO		BAJO		
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
Presión social:							
• En desacuerdo	2	18,2	1	9,1	8	72,7	p=0,004
• De acuerdo	4	2,1	94	50	90	47,9	
• Totalmente de acuerdo	29	7	214	51,4	173	41,6	
Deterioro social de la profesión:							
• Totalmente en desacuerdo	9	11	32	39	41	50	p=0,078
• En desacuerdo	23	4,7	253	44,1	218	44,1	
• De acuerdo	2	6,5	20	29	9	29	
• Totalmente de acuerdo	1	12,5	4	37,5	3	37,5	
Interacción dolor/muerte:							
• En desacuerdo	1	14,3	4	57,1	2	28,6	p=0,345
• De acuerdo	8	3,5	117	50,9	105	45,7	
• Totalmente de acuerdo	26	6,9	188	49,7	164	43,4	
CONSULTA INFORMATIZADA:							
Ítem 4: “trabajo según los protocolos de actuación del SERMAS registrando correctamente la información del paciente en la historia clínica”.							p=0,024
• Casi nunca	1	6,3	7	43,8	8	50	
• A veces	45	7,8	80	62,5	38	29,7	
• Con frecuencia	70	5,4	148	49,7	134	45	
• Casi siempre	32	4,7	73	42,4	91	52,9	
Ítem 9: “paso el tiempo de la consulta clicando protocolos de actuación”.							p=0,036
• Casi nunca	2	3,1	26	40	37	56,9	
• A veces	10	4,1	129	52,9	105	43	
• Con frecuencia	15	6	130	51,6	107	42,5	
• Casi siempre	8	15,7	23	45,1	20	39,2	
Ítem 10: “un motivo de consulta frecuente de mis pacientes es que revise los resultados de pruebas diagnósticas solicitadas por otros especialistas”.							p=0,007
• Casi nunca	1	4,5	12	54,5	9	40,9	
• A veces	10	4,7	93	43,9	109	51,4	
• Con frecuencia	16	4,8	182	55	133	40,2	
• Casi siempre	8	16	22	44	20	40	
Ítem 14: “trabajar con el ordenador me ayuda a optimizar el tiempo medio/paciente en la consulta médica”.							p=0,037
• Casi nunca	7	9,2	39	51,3	30	39,5	
• A veces	12	5,1	123	52,3	100	42,6	
• Con frecuencia	13	6,6	96	49	87	44,4	
• Casi siempre	3	2,8	51	48,1	52	49,1	
Ítem 16: “me es difícil controlar toda la información suministrada en el día a través del correo corporativo, Formap, Farmaweb, e-SOAP, CEIBE, informes externos, revisar órdenes clínicas, prescripción electrónica, etc...”							p=0,017
• Casi nunca	0	0	10	38,5	16	61,5	
• A veces	4	5,6	27	38	40	56,3	
• Con frecuencia	5	2,7	99	54,4	78	42,9	
• Casi siempre	26	7,7	173	51,5	137	40,8	

Tabla XXXIII. Tabla de contingencia: factores supraorganizacionales vs D.

c) PÉRDIDA DE EXPECTATIVAS:

En cuanto a **los factores supraorganizativos** recogidos en la tabla XXXIV, encontramos una relación **estadísticamente significativa** entre la PE y la presión social con una Chi-cuadrado de Pearson de 99,707 y **p=0,000**.

Esta asociación encontrada se debe a aquellos Médicos de Familia que respondieron estar totalmente de acuerdo con los enunciados planteados en la Escala de Antecedentes del CDPM y que presentaron en ese momento del estudio pérdida de expectativas.

Con respecto al deterioro social de la profesión y la interacción con el dolor y la muerte, los resultados obtenidos en el análisis estadístico fueron **estadísticamente significativos**, con una Chi-cuadrado de Pearson de 13,409 y $p=0,037$ y 16,922 y $p=0,002$, respectivamente.

También encontramos resultados **estadísticamente significativos** en la evaluación de la consulta informatizada para el ítem 9, con una Chi-cuadrado de Pearson de 22,286 y $p=0,004$, ítem10, con una Chi-cuadrado de Pearson de 31,809 y $p=0,000$, ítem 14, con una Chi-cuadrado de Pearson de 29,926 y $p=0,000$, e ítem 16, con una Chi-cuadrado de Pearson de 14,266 y $p=0,027$.

Solo el ítem 4 se mostró no estadísticamente significativo.

F. SUPRAORGANIZATIVOS	PÉRDIDA DE EXPECTATIVAS						Sig.
	ALTO		MEDIO		BAJO		
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
Presión social:							
• En desacuerdo	1	9,1	2	18,2	8	72,7	p=0,000
• De acuerdo	13	6,9	136	72,3	39	20,7	
• Totalmente de acuerdo	128	30,8	264	63,5	24	5,8	
Deterioro social de la profesión:							
• Totalmente en desacuerdo	23	28	47	57,3	12	14,6	p=0,037
• En desacuerdo	104	21,1	334	67,6	56	11,3	
• De acuerdo	11	35,5	19	61,3	1	3,2	
• Totalmente de acuerdo	4	50	2	25	2	25	
Interacción dolor/muerte:							
• En desacuerdo	0	0	4	57,1	3	42,9	p=0,002
• De acuerdo	39	17	160	69,6	31	13,5	
• Totalmente de acuerdo	103	27,2	238	63	37	9,8	
CONSULTA INFORMATIZADA:							
Ítem 4: “trabajo según los protocolos de actuación del SERMAS registrando correctamente la información del paciente en la historia clínica”.							p=0,209
• Casi nunca	3	18,8	11	68,8	2	12,5	
• A veces	42	32,8	75	58,6	11	8,6	
• Con frecuencia	61	20,5	204	68,5	33	11,1	
• Casi siempre	36	20,9	111	64,5	25	14,5	
Ítem 9: “paso el tiempo de la consulta clicando protocolos de actuación”.							p=0,004
• Casi nunca	8	12,3	40	61,5	17	26,2	
• A veces	55	22,5	163	66,8	26	10,7	
• Con frecuencia	61	24,2	168	66,7	23	9,1	
• Casi siempre	17	33,3	30	58,8	5	7,8	
Ítem 10: “un motivo de consulta frecuente de mis pacientes es que revise los resultados de pruebas diagnósticas solicitadas por otros especialistas”.							p=0,000
• Casi nunca	2	9,1	12	54,5	8	36,4	
• A veces	40	18,9	142	67	30	14,2	
• Con frecuencia	78	23,6	222	67,1	31	9,4	
• Casi siempre	22	44	26	52	2	4	
Ítem 14: “trabajar con el ordenador me ayuda a optimizar el tiempo medio/paciente en la consulta médica”.							p=0,000
• Casi nunca	22	28,9	48	63,2	6	7,9	
• A veces	66	28,1	149	63,4	20	8,5	
• Con frecuencia	37	18,9	135	68,9	24	12,2	
• Casi siempre	17	16	70	66	19	17,9	
Ítem 16: “me es difícil controlar toda la información suministrada en el día a través del correo corporativo, Formap, Farmaweb, e-SOAP, CEIBE, informes externos, revisar órdenes clínicas, prescripción electrónica, etc...”							p=0,027
• Casi nunca	2	7,7	17	65,4	7	26,9	
• A veces	17	23,9	44	62	10	14,1	
• Con frecuencia	37	20,3	119	65,4	26	14,3	
• Casi siempre	86	25,6	222	66,1	28	8,3	

Tabla XXXIV. Tabla de contingencia: factores supraorganizacionales vs PE.

d) DESGASTE PROFESIONAL (CDPM):

En cuanto a los **factores supraorganizativos** analizados, recogidos en la tabla XXXV, encontramos una relación **estadísticamente significativa** en todas las variables independientes estudiadas.

En relación a la presión social y los distintos niveles de desgaste profesional presentados con una Chi-cuadrado de Pearson de 56,439 y $p=0,000$, deterioro social de la profesión con una Chi-cuadrado de Pearson de 17,040 y $p=0,009$ y la interacción con el dolor y la muerte, con una Chi-cuadrado de Pearson de 17,970 y $p=0,001$.

Con respecto a la consulta informatizada, los resultados obtenidos también fueron **estadísticamente significativos**: el ítem 4, con una Chi-cuadrado de Pearson de 24,899 y $p=0,002$; ítem 9, con una Chi-cuadrado de Pearson de 22,736 y $p=0,004$; ítem 10, con una Chi-cuadrado de Pearson de 28,351 y $p=0,000$; ítem 14, con una Chi-cuadrado de Pearson de 27,357 y $p=0,001$ e ítem 16, con una Chi-cuadrado de Pearson de 42,896 y $p=0,000$.

F. SUPRAORGANIZATIVOS	DESGASTE PROFESIONAL (CDPM)						Sig.
	ALTO		MEDIO		BAJO		
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
Presión social:							
• En desacuerdo	2	18,2	0	0	9	81,8	p=0,000
• De acuerdo	4	2,1	107	56,9	77	41	
• Totalmente de acuerdo	42	10,1	292	70,2	82	19,7	
Deterioro social de la profesión:							
• Totalmente en desacuerdo	8	9,8	43	52,4	31	37,8	p=0,009
• En desacuerdo	33	6,7	328	66,4	133	26,9	
• De acuerdo	5	16,1	23	74,2	3	9,7	
• Totalmente de acuerdo	2	25	5	62,5	1	12,5	
Interacción dolor/muerte:							
• En desacuerdo	1	14,3	4	57,1	2	28,6	p=0,001
• De acuerdo	9	3,9	139	60,4	82	35,7	
• Totalmente de acuerdo	38	10,1	256	67,6	84	22,2	
CONSULTA INFORMATIZADA:							
Ítem 4: “trabajo según los protocolos de actuación del SERMAS registrando correctamente la información del paciente en la historia clínica”.							p=0,002
• Casi nunca	1	6,3	9	56,3	6	37,5	
• A veces	17	13,3	95	74,2	16	12,5	
• Con frecuencia	23	7,7	187	62,8	88	29,5	
• Casi siempre	7	4,1	107	62,2	58	33,7	
Ítem 9: “paso el tiempo de la consulta clicando protocolos de actuación”.							p=0,004
• Casi nunca	3	4,6	33	50,8	29	44,6	
• A veces	16	6,6	165	67,6	63	25,8	
• Con frecuencia	20	7,9	171	67,9	61	24,2	
• Casi siempre	8	15,7	30	58,8	13	25,5	
Ítem 10: “un motivo de consulta frecuente de mis pacientes es que revise los resultados de pruebas diagnósticas solicitadas por otros especialistas”.							p=0,000
• Casi nunca	2	9,1	9	40,9	11	50	
• A veces	15	7,1	121	57,1	76	35,8	
• Con frecuencia	23	6,9	232	70,1	76	23	
• Casi siempre	8	16	37	74	5	10	
Ítem 14: “trabajar con el ordenador me ayuda a optimizar el tiempo medio/paciente en la consulta médica”.							p=0,001
• Casi nunca	11	14,5	53	69,7	12	15,8	
• A veces	21	8,9	159	67,7	55	23,4	
• Con frecuencia	13	6,6	127	64,8	56	28,6	
• Casi siempre	3	2,8	60	56,6	43	40,6	
Ítem 16: “me es difícil controlar toda la información suministrada en el día a través del correo corporativo, Formap, Farmaweb, e-SOAP, CEIBE, informes externos, revisar órdenes clínicas, prescripción electrónica, etc...”							p=0,000
• Casi nunca	1	3,8	8	30,8	17	65,4	
• A veces	5	7	36	50,7	30	42,3	
• Con frecuencia	6	3,3	123	67,6	53	29,1	
• Casi siempre	36	10,7	232	69	68	20,2	

Tabla XXXV. Tabla de contingencia: factores supraorganizacionales vs desgaste.

5.1.3 Análisis multivariante. Regresión logística: OR crudo.

A continuación se presentan las Odds Ratio (OR) en crudo con sus IC del 95% y nivel de significación de los elementos descriptivos del síndrome, tomando como variables dependientes las tres dimensiones estudiadas de desgaste profesional según el CDPM, en su nivel de estratificación de riesgo **medio sobre el bajo**, y como variables independientes, los distintos grupos de estresores supraorganizativos analizados (anteriores), agrupados en dos categorías.

a) AGOTAMIENTO EMOCIONAL (nivel medio sobre bajo):

La tabla XXXVI muestra los OR en crudo de los factores supraorganizativos. Con respecto a la **presión social** como posible estresor en el desarrollo del desgaste profesional, encontramos que es 13 veces más frecuente presentar agotamiento emocional en este estudio en el nivel de estratificación medio sobre el bajo con un IC del 95% de 1,68-106,29 y $p=0,014$, en el grupo de profesionales médicos que estuvieron totalmente de acuerdo/de acuerdo al responder sobre esta variable.

En relación al ítem 4 de la consulta informatizada: **“trabajar según los protocolos de actuación del SERMAS registrando correctamente la información del paciente en la historia clínica”**, el resultado obtenido fue de 1,6 veces más frecuente presentar agotamiento emocional en el nivel de estratificación medio sobre el bajo con un IC del 95% de 1,08-2,57 y $p=0,049$, en el grupo de profesionales médicos que respondieron al cuestionario que lo hacían casi nunca/a veces. Con respecto al ítem 10: **“un motivo de consulta frecuente de mis pacientes es que revise los resultados de pruebas diagnósticas solicitadas por otros especialistas”**, el resultado obtenido fue de 2,4 veces más frecuente presentar agotamiento emocional en el nivel medio sobre el bajo con un IC del 95% de 1,56-3,33 y $p=0,000$ en los profesionales sanitarios que respondieron a este enunciado que dicha acción la realizaban con frecuencia/casi siempre; y en relación al ítem 16: **“me es difícil controlar toda la información suministrada en el día a través del correo corporativo, Formap, Farmaweb, e-SOAP, CEIBE, informes externos, revisar órdenes clínicas, prescripción electrónica, etc...”**, el resultado obtenido fue de 4 veces más frecuente presentar agotamiento emocional en el nivel de estratificación medio sobre bajo, con una IC del 95% de 2,44-6,65 y $p=0,000$, en el grupo de profesionales que respondieron a este enunciado con frecuencia/casi siempre.

Finalmente, tanto en la variable deterioro social de la profesión e interacción con el dolor y la muerte, como en los ítems 9 y 14 de la variable consulta informatizada, en este estudio, no se encontraron diferencias en las frecuencias encontradas.

F. SUPRAORGANIZATIVOS	OR CRUDO	
	Valor	IC 95% p
Presión social: <ul style="list-style-type: none"> • En desacuerdo • De acuerdo/totalmente de acuerdo 	13,35	1,68-106,29 p=0,014
Deterioro Social de la Profesión: <ul style="list-style-type: none"> • Totalmente en desacuerdo/desacuerdo • De acuerdo/totalmente de acuerdo 	1,72	0,74-4,02
Interacción Dolor/Muerte: <ul style="list-style-type: none"> • En desacuerdo • De acuerdo/totalmente de acuerdo 	1,43	0,29-7,14
CONSULTA INFORMATIZADA: Ítem 4: “trabajo según los protocolos de actuación del SERMAS registrando correctamente la información del paciente en la historia clínica”. <ul style="list-style-type: none"> • Con frecuencia/casi siempre • Casi nunca/a veces 	1,61	1,08-2,57 p=0,049
Ítem 9: “paso el tiempo de la consulta clicando protocolos de actuación”. <ul style="list-style-type: none"> • Casi nunca/a veces • Con frecuencia/casi siempre 	0,98	0,68-1,42
Ítem 10: “un motivo de consulta frecuente de mis pacientes es que revise los resultados de pruebas diagnósticas solicitadas por otros especialistas”. <ul style="list-style-type: none"> • Casi nunca/a veces • Con frecuencia/casi siempre 	2,28	1,56-3,33 p=0,000
Ítem 14: “trabajar con el ordenador me ayuda a optimizar el tiempo medio/paciente en la consulta médica”. <ul style="list-style-type: none"> • Con frecuencia/casi siempre • Casi nunca/a veces 	1,23	0,85-1,78
Ítem 16: “me es difícil controlar toda la información suministrada en el día a través del correo corporativo, Formap, Farmaweb, e-SOAP, CEIBE, informes externos, revisar órdenes clínicas, prescripción electrónica, etc...” <ul style="list-style-type: none"> • Casi nunca/a veces • Con frecuencia/casi siempre 	4,03	2,44-6,65 p=0,000

Tabla XXXVI. OR en crudo: f. supraorganizativos y agotamiento emocional.

b) DISTANCIAMIENTO (nivel medio sobre bajo):

La tabla XXXVII muestra los OR en crudo de los factores supraorganizativos. Con respecto a la **presión social** como posible estresor en el desarrollo del desgaste profesional, encontramos que es 9,4 veces más frecuente presentar distanciamiento en el nivel de estratificación medio sobre el bajo, con un IC del 95% de 1,16-75,39 y $p=0,035$, en el grupo de profesionales médicos que estuvieron totalmente de acuerdo/de acuerdo al responder sobre esta variable.

Con respecto al ítem 4 de la consulta informatizada: **“trabajo según los protocolos de actuación del SERMAS registrando correctamente la información del paciente en la historia clínica”**, el resultado obtenido fue de 2 veces más frecuente presentar distanciamiento en el nivel de estratificación medio sobre el bajo, con un IC del 95% de 1,19-2,88 y $p=0,001$ en el grupo de profesionales médicos que respondieron al cuestionario que lo hacían casi nunca/a veces. En cuanto al ítem 10: **“un motivo de consulta frecuente de mis pacientes es que revise los resultados de pruebas diagnósticas solicitadas por otros especialistas”**, el resultado obtenido fue de 1,5 veces más frecuente presentar distanciamiento en el nivel medio sobre el bajo, con un IC del 95% de 1,07-2,09 y $p=0,018$ en los profesionales sanitarios que respondieron a este enunciado que dicha acción la realizaban con frecuencia/casi siempre; y en relación al ítem 16: **“me es difícil controlar toda la información suministrada en el día a través del correo corporativo, Formap, Farmaweb, e-SOAP, CEIBE, informes externos, revisar órdenes clínicas, prescripción electrónica, etc...”**, el resultado obtenido fue de 2 veces más frecuente presentar distanciamiento en el nivel de estratificación medio sobre bajo, con una IC del 95% de 1,21-3,01 y $p=0,005$ en el grupo de profesionales que respondieron a este enunciado con frecuencia/casi siempre.

Finalmente, tanto en las variables deterioro social de la profesión e interacción con el dolor y la muerte, como en los ítems 9 y 14 de la variable consulta informatizada, no se encontraron diferencias en las frecuencias encontradas en relación con el distanciamiento.

F. SUPRAORGANIZATIVOS	OR CRUDO	
	Valor	IC 95% p
Presión social: <ul style="list-style-type: none"> • En desacuerdo • De acuerdo/totalmente de acuerdo 	9,37	1,16-75,39 p=0,035
Deterioro Social de la Profesión: <ul style="list-style-type: none"> • Totalmente en desacuerdo/desacuerdo • De acuerdo/totalmente de acuerdo 	1,82	0,89-3,71
Interacción Dolor/Muerte: <ul style="list-style-type: none"> • En desacuerdo • De acuerdo/totalmente de acuerdo 	0,57	0,10-3,12
CONSULTA INFORMATIZADA: Ítem 4: “trabajo según los protocolos de actuación del SERMAS registrando correctamente la información del paciente en la historia clínica”. <ul style="list-style-type: none"> • Casi nunca/a veces • Con frecuencia/casi siempre 	1,93	1,19-2,88 p=0,001
Ítem 9: “paso el tiempo de la consulta clicando protocolos de actuación”. <ul style="list-style-type: none"> • Casi nunca/a veces • Con frecuencia/casi siempre 	0,56	0,79-1,53
Ítem 10: “un motivo de consulta frecuente de mis pacientes es que revise los resultados de pruebas diagnósticas solicitadas por otros especialistas”. <ul style="list-style-type: none"> • Casi nunca/a veces • Con frecuencia/casi siempre 	1,49	1,07-2,09 p=0,018
Ítem 14: “trabajar con el ordenador me ayuda a optimizar el tiempo medio/paciente en la consulta médica”. <ul style="list-style-type: none"> • Casi nunca/a veces • Con frecuencia/casi siempre 	1,18	0,85-1,63
Ítem 16: “me es difícil controlar toda la información suministrada en el día a través del correo corporativo, Formap, Farmaweb, e-SOAP, CEIBE, informes externos, revisar órdenes clínicas, prescripción electrónica, etc...” <ul style="list-style-type: none"> • Casi nunca/a veces • Con frecuencia/casi siempre 	1,92	1,21-3,01 p=0,005

Tabla XXXVII. OR en crudo: f. supraorganizativos y distanciamiento.

c) PÉRDIDA DE EXPECTATIVAS (nivel medio sobre bajo):

La tabla XXXVIII muestra los OR en crudo de los factores supraorganizativos.

Con respecto a la **presión social** como posible estresor en el desarrollo del desgaste profesional, encontramos que es 25,39 veces más frecuente presentar pérdida de expectativas en el nivel de estratificación medio sobre el bajo, con un IC del 95% de 5,27-122,33 y $p=0,000$ en el grupo de profesionales médicos que estuvieron totalmente de acuerdo/de acuerdo al responder sobre esta variable.

Con respecto al ítem 10 de la consulta informatizada: **“un motivo de consulta frecuente de mis pacientes es que revise los resultados de pruebas diagnósticas solicitadas por otros especialistas”**, el resultado obtenido fue de 2 veces más frecuente presentar pérdida de expectativas en el nivel de estratificación medio sobre el bajo, con un IC del 95% de 1,12-3,08 y $p=0,017$ en el grupo de profesionales médicos que respondieron al cuestionario que lo hacían con frecuencia/casi siempre.

En el resto de variables: deterioro social de la profesión, interacción dolor/muerte y los ítems 4,9,14 y 16 de la consulta informatizada, no se encontraron diferencias en las frecuencias encontradas en relación con la pérdida de expectativas.

F. SUPRAORGANIZATIVOS	OR CRUDO	
	Valor	IC 95% p
Presión social: <ul style="list-style-type: none"> • En desacuerdo • De acuerdo/totalmente de acuerdo 	25,39	5,27-122,33 p=0,000
Deterioro Social de la Profesión: <ul style="list-style-type: none"> • Totalmente en desacuerdo/desacuerdo • De acuerdo/totalmente de acuerdo 	1,25	0,36-4,30
Interacción Dolor/Muerte: <ul style="list-style-type: none"> • En desacuerdo • De acuerdo/totalmente de acuerdo 	4,39	0,96-20,05
CONSULTA INFORMATIZADA: Ítem 4: “trabajo según los protocolos de actuación del SERMAS registrando correctamente la información del paciente en la historia clínica”. <ul style="list-style-type: none"> • Casi nunca/a veces • Con frecuencia/casi siempre 	1,22	0,64-2,33
Ítem 9: “paso el tiempo de la consulta clicando protocolos de actuación”. <ul style="list-style-type: none"> • Casi nunca/a veces • Con frecuencia/casi siempre 	1,55	0,92-2,61
Ítem 10: “un motivo de consulta frecuente de mis pacientes es que revise los resultados de pruebas diagnósticas solicitadas por otros especialistas”. <ul style="list-style-type: none"> • Casi nunca/a veces • Con frecuencia/casi siempre 	1,85	1,12-3,08 p=0,017
Ítem 14: “trabajar con el ordenador me ayuda a optimizar el tiempo medio/paciente en la consulta médica”. <ul style="list-style-type: none"> • Casi nunca/a veces • Con frecuencia/casi siempre 	1,59	0,94-2,69
Ítem 16: “me es difícil controlar toda la información suministrada en el día a través del correo corporativo, Formap, Farmaweb, e-SOAP, CEIBE, informes externos, revisar órdenes clínicas, prescripción electrónica, etc...” <ul style="list-style-type: none"> • Casi nunca/a veces • Con frecuencia/casi siempre 	1,76	0,96-3,23

Tabla XXXVIII. OR en crudo: f. supraorganizativos y pérdida de expectativas.

5.2 Variables laborales:

5.2.1 Análisis descriptivo:

En lo referente al análisis de las características laborales de la muestra en relación a **la situación laboral (relación contractual)** el grado de participación fue del 99,2% (610 médicos) frente al 0,8% (5 médicos sin registro), quedando la distribución de frecuencias de la siguiente forma: propietarios 73,7% (453), interinos 11,1% (68), eventuales 14,3% (88 médicos) y sustitutos 0,2% (1).

En relación **al turno de trabajo**, el grado de participación de los profesionales sanitarios fue del 99,2% (610 médicos) quedando sin registro el 0,8% (5 médicos). La distribución de frecuencias fue: turno de mañana 40,5% (249 médicos), turno de tarde 33,5% (206), turno deslizante 23,3% (143), turno acabalgado 1,1% (7 médicos) y otros 0,8% (5 médicos).

En cuanto al **número de años trabajados en los centros de salud (experiencia profesional)**, 611 Médicos de Familia (99,3%) respondieron a este apartado habiendo 4 médicos que no registraron este dato (0,7%).

La media se situó en 19,04 años \pm 8,74.

FACTORES LABORALES	Frecuencia	Porcentaje	Media
SITUACIÓN LABORAL:			
• Propietari@	453	73,7%	
• Interin@	68	11,1%	
• Eventual	68	14,3%	
• Otros	1	0,2%	
• No registro	5	0,8%	
TURNICIDAD:			
• Mañana	249	40,5%	
• Tarde	206	33,5%	
• Deslizante	143	23,3%	
• Acabalgado	7	1,1%	
• Otros	5	0,8%	
• No registro	5	0,8%	
N° AÑOS TRABAJADOS:			
• Registro	611	99,3%	19,03 \pm 8,74
• No registro	4	0,7%	

Tabla XXXXIX. Factores laborales.

5.2.2 Análisis bivariante: variables supraorganizativas y niveles de desgaste profesional en las tres dimensiones (CDPM):

a) AGOTAMIENTO EMOCIONAL:

En la Tabla XL aparecen representados **los factores laborales** propuestos en relación con los distintos niveles de agotamiento emocional.

		AGOTAMIENTO EMOCIONAL						Sig.
		ALTO		MEDIO		BAJO		
F. ORGANIZACIONALES		Nº	%	Nº	%	Nº	%	
F. LABORALES	SITUACIÓN LABORAL:							p=0,024
	• Propietari@	99	21,9	198	43,7	156	34,4	
	• Interin@	23	33,8	35	51,5	10	14,7	
	• Eventual	24	27,3	39	44,3	25	28,4	
	• Otros	0	0	0	0	1	100	
	TURNICIDAD:							p=0,080
	• Mañana	54	21,7	103	41,4	92	36,9	
	• Tarde	45	21,8	106	51,5	55	26,7	
	• Deslizante	43	30,1	56	39,2	44	30,8	
	• Acabalgado	2	28,6	4	57,1	1	14,3	
• Otros	2	40	3	60	0	0		
Nº DE AÑOS TRABAJADOS:							p=0,257	
• Menos de 10 años	120	23,1	231	44,4	169	32,5		
• Más de 10 años	28	29,3	43	45,3	24	25,3		

Tabla XL. *Tabla de contingencia: factores laborales vs AE.*

Encontramos una relación **estadísticamente significativa** entre la situación laboral de los profesionales encuestados y la dimensión de agotamiento, con una Chi-cuadrado de Pearson de 14,587 y $p=0,024$. Con respecto a la turnicidad, los resultados obtenidos no fueron estadísticamente significativos aunque existe tendencia, y en relación al número de años trabajados y el nivel de agotamiento, no se encontró relación estadísticamente significativa en este estudio.

b) DISTANCIAMIENTO:

En la Tabla XLI aparecen representados los factores laborales propuestos en relación con los distintos niveles de distanciamiento encontrados.

Con respecto a **los factores laborales**, el análisis estadístico mostró un resultado **estadísticamente significativo** entre la variable turnicidad y los distintos niveles de distanciamiento, con una Chi-cuadrado de Pearson de 18,629 y $p=0,017$. Con respecto a la situación laboral y el número de años trabajados, no se encontraron resultados estadísticamente significativos.

		DISTANCIAMIENTO						Sig.
		ALTO		MEDIO		BAJO		
F. ORGANIZACIONALES		Nº	%	Nº	%	Nº	%	
F. LABORALES	SITUACIÓN LABORAL:							p=0,340
	• Propietari@	23	5,1	220	48,6	210	46,4	
	• Interin@	6	8,8	40	58,8	22	32,4	
	• Eventual	5	5,7	46	52,3	37	42	
	• Otros	0	0	0	0	1	100	
	TURNICIDAD:							p=0,017
	• Mañana	14	5,6	104	41,8	131	52,6	
	• Tarde	13	6,3	119	57,8	74	35,9	
	• Deslizante	6	4,2	74	51,7	63	44,1	
	• Acabalgado	1	14,3	5	71,4	1	14,3	
• Otros								
Nº DE AÑOS TRABAJADOS:							p=0,981	
• Menos de 10 años	30	5,8	261	50,2	229	44		
• Más de 10 años	5	5,3	48	50,5	42	44,2		

Tabla XLI. *Tabla de contingencia factores laborales vs D.*

c) PÉRDIDA DE EXPECTATIVAS:

En la Tabla XLII aparecen representados los factores laborales con respecto a las tres niveles de PE analizados.

Con respecto a **los factores laborales:** situación laboral (relación contractual) y número de años trabajados en el centro de salud, no encontramos un resultado estadísticamente significativo. Con respecto a la turnicidad y la PE el resultado obtenido fue **estadísticamente significativo** con una Chi-cuadrado de Pearson de 22,358 y $p=0,004$.

		PÉRDIDA DE EXPECTATIVAS						Sig.
		ALTO		MEDIO		BAJO		
F. ORGANIZACIONALES		Nº	%	Nº	%	Nº	%	
F. LABORALES	SITUACIÓN LABORAL:							p=0,717
	• Propietari@	98	21,6	301	66,4	54	11,9	
	• Interin@	16	23,5	46	67,6	6	8,8	
	• Eventual	26	29,5	52	59,1	10	11,4	
	• Otros	0	0	1	100	0	0	
	TURNICIDAD:							p=0,004
	• Mañana	46	18,5	159	63,9	44	17,7	
	• Tarde	56	27,2	136	66	14	6,8	
	• Deslizante	36	25,2	97	67,8	10	7	
	• Acabalgado	1	14,3	4	57,1	2	28,6	
• Otros	2	40	3	60	0	0		
Nº DE AÑOS TRABAJADOS:							p=0,472	
• Menos de 10 años	116	22,3	345	66,3	59	11,3		
• Más de 10 años	26	23,1	57	60	12	12,6		

Tabla XLII. *Tabla de contingencia: factores laborales vs PE.*

d) DESGASTE PROFESIONAL (CDPM):

En la Tabla XLIII aparecen representados los factores laborales estudiados en relación con los distintos niveles de desgaste profesional.

Con respecto a **los factores laborales**, el análisis mostró una relación **estadísticamente significativa** con la situación laboral (relación contractual), con una Chi-cuadrado de Pearson de 13,457 y $p=0,036$.

En cuanto al resto de variables estudiadas: turnicidad y número de años trabajados, los resultados no fueron estadísticamente significativos.

		DESGASTE PROFESIONAL (CDPM)						Sig.
		ALTO		MEDIO		BAJO		
F. ORGANIZACIONALES		Nº	%	Nº	%	Nº	%	
F. LABORALES	SITUACIÓN LABORAL:							p=0,036
	• Propietari@	28	6,2	291	64,2	134	29,6	
	• Interin@	7	10,3	51	75	10	14,7	
	• Eventual	11	12,5	55	62,5	22	25	
	• Otros	0	0	0	0	1	100	
	TURNICIDAD:							p=0,383
	• Mañana	17	6,8	152	61	80	32,1	
	• Tarde	19	9,2	142	68,9	45	21,8	
	• Deslizante	10	7	93	65	40	28	
• Acabalgado	0	0	6	85,7	1	14,3		
• Otros	0	0	4	80	1	20		
Nº DE AÑOS TRABAJADOS:							p=0,251	
• Menos de 10 años	37	7,1	337	64,8	146	28,1		
• Más de 10 años	11	11,6	62	65,3	22	23,2		

Tabla XLIII. *Tabla de contingencia: factores laborales vs desgaste profesional.*

5.2.3 Análisis multivariante. Regresión logística: OR en crudo.

A continuación se presentan las Odds Ratio (OR) en crudo con sus IC del 95% y nivel de significación de los elementos descriptivos del síndrome, tomando como variables dependientes las tres dimensiones estudiadas de desgaste profesional según el CDPM, en su nivel de estratificación de riesgo **medio sobre el bajo**, y como variables independientes, los distintos grupos de estresores laborales analizados (antecedentes), agrupados en dos categorías.

a) AGOTAMIENTO EMOCIONAL (nivel medios sobre bajo):

La tabla XLIV muestra los OR en crudo de los factores laborales estudiados.

Con respecto a la **situación laboral** como posible estresor en el desarrollo del desgaste profesional, encontramos que es 1,6 veces más frecuente presentar agotamiento en el nivel de estratificación medio sobre el bajo con un IC del 95% de 1,04-2,53 y $p=0,034$ en el grupo de profesionales médicos que trabajan con contratos temporales.

En relación a la **turnicidad**, encontramos que es 1,6 veces más frecuente presentar agotamiento en el nivel de estratificación medio sobre el bajo, con un IC del 95% de 1,07-2,35 y $p=0,023$, en el grupo de profesionales médicos que trabajan en turno de tarde.

Finalmente, con respecto al número de años trabajados, en este estudio no se encontraron diferencias.

		OR CRUDO	
F. ORGANIZACIONALES		Valor	IC 95% p
F. LABORALES	SITUACIÓN LABORAL: • Propietario • Temporal	1,62	1,04-2,53 p=0,034
	TURNICIDAD: • Mañana/otros. • Tarde	1,58	1,07-2,35 p=0,023
	Nº DE AÑOS TRABAJADOS: • Menos de 10 años • Más de 10 años	1,31	0,77-2,24

Tabla XLIV. OR en crudo: f. laborales y agotamiento emocional.

b) DISTANCIAMIENTO (nivel medio sobre bajo):

La tabla XLV muestra los OR en crudo de los factores laborales estudiados.

Con respecto a la **turnicidad** como posible estresor en el desarrollo del desgaste profesional, encontramos que es 1,7 veces más frecuente presentar distanciamiento en el nivel de estratificación medio sobre el bajo, con un IC del 95% de 1,17-2,37 y $p=0,001$ en el grupo de profesionales médicos que trabajan en turno de tarde.

Finalmente, con respecto a la situación laboral y número de años trabajados, en este estudio no se encontraron diferencias con respecto al distanciamiento.

		OR CRUDO	
		Valor	IC 95% p
F. LABORALES	F. ORGANIZACIONALES		
	SITUACIÓN LABORAL: <ul style="list-style-type: none">• Propietario• Temporal	1,39	0,96-2,03
	TURNICIDAD: <ul style="list-style-type: none">• Mañana/otros.• Tardes.	1,67	1,17-2,37 $p=0,001$
	Nº DE AÑOS TRABAJADOS: <ul style="list-style-type: none">• Menos de 10 años• Más de 10 años	0,99	0,64-1,57

Tabla XLV. OR en crudo: f. laborales y distanciamiento.

c) PÉRDIDA DE EXPECTATIVAS (nivel medio sobre bajo):

La tabla XLVI muestra los OR en crudo de los factores laborales estudiados.

Con respecto a la **turnicidad** como posible estresor en el desarrollo del desgaste profesional, encontramos que es 2,1 veces más frecuente presentar pérdida de expectativas en el nivel de estratificación medio sobre el bajo, con un IC del 95% de 1,12-3,87 y $p=0,020$ en el grupo de profesionales médicos que trabajan en turno de tarde.

Finalmente con respecto a la Situación laboral y Número de años trabajados, en este estudio no se encontraron diferencias con respecto a la Pérdida de Expectativas.

		OR CRUDO	
F. ORGANIZACIONALES		Valor	IC 95% p
F. LABORALES	SITUACIÓN LABORAL: • Propietario • Temporal	1,07	0,59-1,92
	TURNICIDAD: • Mañana/otros. • Tardes.	2,08	1,12-3,87 p=0,020
	Nº DE AÑOS TRABAJADOS: • Menos de 10 años • Más de 10 años	1,23	0,62-2,43

Tabla XLVI. *OR en crudo: f. laborales y pérdida de expectativas.*

5.3 Variables organizativas:

5.3.1 Análisis descriptivo:

a) **Cultura organizacional:**

En relación a aspectos relevantes de **la cultura organizacional (reuniones de Equipo)** necesarios para la toma de decisiones y participación de los profesionales, el grado de participación del registro por parte de los profesionales sanitarios fue del 98,9 % (608 médicos) frente al 1,1% (7 médicos) cuya respuesta no quedó registrada. El 29,1% (179 médicos) respondieron que al menos semanalmente se reunían los EAP de sus respectivos centros sanitarios, el 45,9% (282 médicos) mensualmente y el 23,9% (147 médicos) ocasionalmente.

En cuanto a **la gerencia y supervisión organizacional**, el grado de participación fue del 100% de los profesionales sanitarios. A los ítems propuestos según la Escala de Antecedentes del CDPM, el 66,3% (408 médicos) se manifestaron totalmente de acuerdo con los enunciados planteados, el 31,6% (192 médicos) de acuerdo, el 2,3% (14 médicos) en desacuerdo y solo el 0,2% (1 médicos) totalmente en desacuerdo.

Finalmente, con respecto a **la coordinación entre unidades** el grado de participación fue del 100%, encontrando ninguna dificultad en la comunicación el 27,8% (171 médicos), baja dificultad el 64,1% (394 médicos), alta el 7% (43 médicos) y extrema el 1,1% (7 médicos).

CULTURA ORGANIZACIONAL	Frecuencia	Porcentaje	EA CDPM (Ítems)
REUNIONES DE EQUIPO:			
• Semanal	179	29,1%	
• Mensual	282	45,9%	
• Ocasional	147	23,9%	
• No registro	7	1,1%	
GERENCIA Y SUPERVISIÓN:			
• Totalmente en desacuerdo	1	0,2%	8 Mis supervisores en ocasiones me proponen demandas contradictorias.
• En desacuerdo	14	2,3%	9 No se tiene en cuenta nuestra opinión a la hora de tomar decisiones.
• De acuerdo	192	31,6%	14 A los gestores no les interesa la calidad del trabajo, los criterios son cuantitativos y económicos.
• Totalmente de acuerdo	408	66,3%	22 Existe falta de amparo y respuesta de la dirección a mis demandas.
COORDINACIÓN UNIDADES:			
• Ninguna	171	27,8%	
• Baja	394	64,1%	
• Alta	43	7%	
• Extrema	7	1,1%	

Tabla XLVII. Factores organizacionales: cultura organizacional.

b) Diseño del puesto de trabajo:

En relación a **la presión asistencial**, el promedio de todos los valores de la distribución fue de **39,54±7,79 pacientes/día**, siendo **40 pacientes/día** el valor más repetido en la serie de datos. El 98,9% (608 médicos) cumplieron este apartado frente al 1,1% (7 médicos) que quedaron sin registro.

En cuanto a **la presión temporal**, el grado de participación fue del 100% de los profesionales. Un 77% (474 médicos) se mostraron totalmente de acuerdo con los enunciados planteados en la Escala de Antecedentes del CDPM, el 22% (135 médicos) de acuerdo, el 0,8% (5 médicos) en desacuerdo y el 0,2% (1 médico) totalmente en desacuerdo.

Respecto al cumplimiento de **Contrato Programa de Centro** (herramienta que vincula las prestaciones, los recursos disponibles y su gestión y organización con la consecución de determinados objetivos y resultados, estratégicos para la organización, en el ámbito de la mejora continua), el grado de cumplimiento del registro fue del 97,7% (601 médicos) frente al 2,3% (14 médicos).

El 75,1% (462 médicos) respondieron que sí cumplían sus centros sanitarios con los compromisos pactados con la Gerencia Asistencial de Atención Primaria, frente al 11,2% (69 médicos) con indicadores por debajo de lo pactado, habiendo un 11,4% (70 médicos) que manifestaron desconocer el cumplimiento o no de sus centros de salud.

En relación a la **autonomía temporal y decisional** con respecto al enunciado planteado: **“un gran porcentaje del tiempo de consulta tiene lugar por iniciativa exclusiva del paciente que se cita (consulta a demanda y urgencias)”**, el grado de cumplimiento fue del 99,7% (613 médicos) frente al 0,3% (2 médico) que no registraron ninguna respuesta. El 1% (6 médicos) contestaron casi nunca, el 8,8% (54 médicos) a veces, el 51,2% (315 médicos) con frecuencia y el 38,7% (238 médicos) casi siempre.

En cuanto al segundo ítem propuesto: **“realizo habitualmente consultas programadas (abordaje de pacientes crónicos, intervenciones de tabaco, salud mental, ecografías, etc...)”**, el grado de participación fue del 100% de los médicos estudiados. El 6,8% (42 médicos) respondieron casi nunca, el 39,5% (243 médicos) a veces, el 42,8% (263 médicos) con frecuencia y el 10,9% (67 médicos) casi siempre.

En el tercer ítem planteado: **“habitualmente suelo ceñirme a los 6 minutos por paciente en la consulta a demanda”**, el grado de cumplimiento fue del 99,7% (613 médicos) frente al 0,3% (2 médicos) que no contestó a lo planteado. El 56,7% (349 médicos) respondieron casi nunca, el 25,7% (158 médicos) a veces, el 13,2% (81 médicos) con frecuencia y el 4,1% (25 médicos) casi siempre.

En relación al cuarto ítem propuesto: **“en la consulta la falta de control sobre la gestión del tiempo de atención al paciente me produce miedo a cometer errores”**, el cumplimiento fue del 99,5% (612 médicos) frente al 0,5% (3 médicos) que no registraron sus preferencias. El 14% (86 médicos) respondieron casi nunca, el 42,6% (262 médicos) a veces, el 28,1% (173 médicos) con frecuencia y el 14,8% (91 médicos) casi siempre.

Respecto al quinto ítem planteado: **“por falta de tiempo tengo que realizar los avisos domiciliarios urgentes tras la consulta médica cuando he terminado mi jornada laboral”**, el cumplimiento fue 99,7% (613 médicos) frente al 0,3% (2 médicos) que no hicieron registro de este apartado. El 22,1% (136 médicos) contestaron casi nunca, el 27,6% (170 médicos) a veces, el 23,7% (146 médicos) con frecuencia y el 26,2% (161 médicos) casi siempre. Finalmente, en relación al sexto de los ítems: **“todos los días atiendo a pacientes que se citan de forma urgente por motivos de consulta no urgentes”**, el cumplimiento fue del 100%. El 2,9% (18 médicos) respondieron casi nunca, el 9,9% (61 médicos) a veces, el 31,4% (193 médicos) con frecuencia y el 55,8% (343 médicos) casi siempre.

DISEÑO PUESTO DE TRABAJO	Frecuencia	Porcentaje	Media	EA CDPM (ítems)
Nº PACIENTES/DÍA				
<ul style="list-style-type: none"> Registro No registro 	608 7	98,9% 1,1%	39,54±7,79	
PRESIÓN TEMPORAL:				
<ul style="list-style-type: none"> Totalmente en desacuerdo En desacuerdo De acuerdo Totalmente de acuerdo 	1 5 135 474	0,2% 0,8% 22% 77%		<p>1 La falta de tiempo me obliga a veces a tener que tomar decisiones sin que existan criterios de actuación claros.</p> <p>11 La falta de tiempo hace que no dedique a cada paciente el tiempo que desearía.</p> <p>16 Con idénticos medios tengo que atender cada vez a más población.</p> <p>19 Diariamente tengo que cumplir objetivos asistenciales con presión temporal.</p>
CONTRATO PROGRAMA:				
<ul style="list-style-type: none"> Sí No No sé No registro 	462 69 70 14	75,1% 11,2% 11,4% 2,3%		
AUTONOMÍA	RESPUESTAS		Frecuencia	Porcentajes
1 Una gran parte del tiempo de consulta tiene lugar por iniciativa exclusiva del paciente que se cita (consulta a demanda).	<ul style="list-style-type: none"> Casi nunca A veces Con frecuencia Casi siempre No registro 		6 54 315 238 2	1% 8,8% 51,2% 38,7% 0,3%
2 Realizo habitualmente consultas programadas (abordaje de pacientes crónicos, intervenciones de trabajo, salud mental, ecografías, etc...).	<ul style="list-style-type: none"> Casi nunca A veces Con frecuencia Casi siempre 		42 243 263 67	6,8% 39,5% 42,8% 10,9%
5 Habitualmente suelo ceñirme a los 6 minutos por paciente en la consulta a demanda.	<ul style="list-style-type: none"> Casi nunca A veces Con frecuencia Casi siempre No registro 		349 158 81 25 2	56,7% 25,7% 13,2% 4,1% 0,3%
6 En la consulta la falta de control sobre la gestión del tiempo de atención al paciente me produce miedo a cometer errores.	<ul style="list-style-type: none"> Casi nunca A veces Con frecuencia Casi siempre No registro 		86 262 173 91 3	14% 42,6% 28,1% 14,8% 0,5%
11 Por falta de tiempo, tengo que realizar los avisos domiciliarios urgentes tras la consulta médica cuando he terminado la jornada laboral.	<ul style="list-style-type: none"> Casi nunca A veces Con frecuencia Casi siempre No registro 		136 170 146 161 2	22,1% 27,6% 23,7% 26,2% 0,3%
13 Todos los días atiendo a pacientes que se citan de forma urgente por motivos de consulta no urgentes (sin cita previa).	<ul style="list-style-type: none"> Casi nunca A veces Con frecuencia Casi siempre 		18 61 193 343	2,9% 9,9% 31,4% 55,8%

Tabla XLVIII. Factores organizacionales: diseño del puesto de trabajo.

c) Docencia, investigación y actividades formativas:

En cuanto a **la tutorización MIR** el grado de participación de los profesionales sanitarios fue del 98,3% (604 médicos) frente al 1,8% (11 médicos que no respondieron ese apartado).

El 25,9% (159 médicos) respondieron que sí estaban acreditados como tutores de residentes, impartiendo formación en los distintos centros sanitarios de la Comunidad de Madrid seleccionados frente al 72,4% (445 médicos), sin esa acreditación docente.

En cuanto a **los estudios realizados** –concretamente la adquisición de **grado académico superior universitario (Doctorado)**–, la participación de los profesionales sanitarios fue del 98,7% (607 médicos) frente al 1,3% (8 médicos), contestando afirmativamente el 14,5% (89 médicos) frente al 84,2% (518) sin esa titulación superior.

En relación a **las actividades formativas (sesiones clínicas a las que se haya asistido en el último año)** el grado de participación de los Médicos de Familia fue del 99% (609 médicos) frente al 1% (6 médicos), sin registro.

El 80,3% (494 médicos) respondieron que sí habían asistido a dos o más sesiones clínicas/mes en el último año, 17,6% (108 médicos) al menos a una/mes y el 1,1% (7 médicos) a ninguna.

En cuanto a **los cursos, congresos y/o actividades de formación en el último año** el grado de participación fue del 99,3% (611) frente al 0,7% (4 médicos), sin registro.

El 77,6% (477 médicos) respondieron que sí habían asistido a dos o más cursos, congresos y/o actividades de formación en el último año, el 15,4% (95 médicos) al menos en una ocasión y el 6,3% (39 médicos) a ninguna actividad docente.

En cuanto al **grado de necesidad formativa** la participación fue del 100% de los profesionales sanitarios. Con ninguna necesidad se mostraron el 7% (43 médicos), con baja necesidad el 78% (480 médicos), con alta necesidad de formación el 14,1% (87 médicos) y con extrema necesidad el 0,8% (5 médicos).

DOCENCIA/FORMACIÓN	Frecuencia	Porcentaje	
TUTORIZACIÓN MIR:			
• Sí	159	25,9%	
• No	445	72,4%	
• No registro	11	1,8%	
DOCTORADO			
• Sí	89	14,5%	
• No	518	84,2%	
• No registro	8	1,3%	
SESIONES CLÍNICAS:			
• Dos o más/mes	494	80,3%	
• Una/mes	108	17,6%	
• Ninguna	7	1,1%	
• No registro	6	1%	
CURSOS/CONGRESOS			
• Dos o más	477	77,6%	
• Uno	95	15,4%	
• Ninguno	39	6,3%	
• No registro	4	0,7%	
NECESIDAD FORMATIVA			
• Ninguna	43	7%	-Detección y diagnóstico de situaciones de derivación a urgencias hospitalarias.
• Baja	480	78%	-Actuación in situ situaciones de urgencias y emergencias.
• Alta	87	14,1%	-Intervención pacientes psiquiátricos.
• Extrema	5	0,8%	-Manejo de las propias emociones durante la actuación médica.
			-Habilidades de comunicación.

Tabla XLIX. *F. organizacionales: docencia, investigación y actividades formativas.*

d) Clima laboral (relaciones interpersonales):

En cuanto a **la dificultad de trabajar en Equipo**, el grado de participación fue del 99,7% (98 médicos). 2 médicos no registraron esa información (0,3%). El 47,2% (290 médicos) no plantearon ninguna dificultad a la hora de trabajar en equipo, el 43,6% (213 médicos) baja dificultad, frente al 15,8% (97 médicos) con dificultad alta y el 2,1% (13 médicos) con extremas dificultades para desarrollar las labores de Equipo en Atención Primaria.

En relación al **trato con usuarios difíciles o problemáticos**, el grado de participación de los Médicos de Familia fue del 100%. El 30,9% (190 médicos) se mostraron totalmente de acuerdo con lo enunciado, el 61,5% (378 médicos) de acuerdo, el 6,8% (42 médicos) en desacuerdo y el 0,8% (5 médicos) totalmente en desacuerdo.

CLIMA LABORAL	Frecuencia	Porcentaje	EA CDPM (ítems)
DIFICULTAD TRABAJAR EN EQUIPO			
• Ninguna	290	47,2%	
• Baja	213	34,6%	
• Alta	97	15,8%	
• Extrema	13	2,1%	
• No registro	2	0,3%	
USUARIOS TRATO DIFÍCIL:			
• Totalmente en desacuerdo	5	0,8%	4 El trabajo con enfermos crónicos y/o terminales me resulta especialmente difícil.
• En desacuerdo	42	6,8%	17 Tengo dificultades para comunicarme con pacientes con actitudes demandantes.
• De acuerdo	378	61,5%	21 Me afecta tratar con enfermos con dificultades de comunicación (ancianos, pacientes en coma, discapacitados, etc...).
• Totalmente de acuerdo	190	30,9%	24 Me resulta difícil el trato con pacientes que trae la policía (ADVP, violentos, etc...).

Tabla L. *Clima laboral (relaciones interpersonales).*

5.3.2 Análisis bivariante: variables organizativas y niveles de desgaste profesional en las tres dimensiones (CDPM):

a) AGOTAMIENTO EMOCIONAL:

En relación a **los factores organizacionales** relacionados con *la cultura organizacional*: reuniones de Equipo, gerencia y supervisión en la organización y coordinación entre las distintas unidades interconectadas, en el análisis estadístico encontramos una **relación significativa** entre las dificultades organizacionales percibidas por los profesionales sanitarios procedentes de demandas de la dirección y supervisores inmediatos, ausencia de participación en la toma de decisiones y criterios de gestión o dirección contradictorios y el nivel de agotamiento alcanzado, con una Chi-cuadrado de Pearson de 38,630 y una **p=0,000**.

Con respecto a las dificultades de coordinación con otras unidades específicas, se encontró tendencia en la relación con los especialistas médicos, y resultados no estadísticamente significativos con respecto a la coordinación con psicólogos y trabajadores sociales.

En cuanto a las reuniones de Equipo, no se encontró en el análisis estadístico un resultado estadísticamente significativo.

		AGOTAMIENTO EMOCIONAL						Sig.
		ALTO		MEDIO		BAJO		
F. ORGANIZACIONALES		Nº	%	Nº	%	Nº	%	
CULTURA ORGANIZACIONAL	REUNIONES DE EQUIPO:							p=0,860
	• Semanal	48	26,8	78	43,6	53	29,6	
	• Mensual	64	22,7	125	44,3	93	33	
	• Ocasional	34	23,1	67	45,6	46	31,3	
	GERENCIA Y SUPERVISIÓN:							p=0,000
	• Totalmente en desacuerdo	0	0	0	0	1	100	
	• En desacuerdo	1	7,1	3	21,4	10	71,4	
	• De acuerdo	23	12	95	49,5	74	38,5	
	• Totalmente de acuerdo	124	30,4	176	43,1	108	26,5	
	DIFICULTAD COORDINACIÓN:							p=0,063
	Con especialistas médicos:							
	• Ninguna	15	16,1	42	45,2	36	38,7	
	• Baja	60	21,3	135	47,9	87	30,9	
• Alta	70	31,3	88	39,3	66	29,5		
• Extrema	3	21,4	7	50	4	28,6		
Con psicólogos:							p=0,531	
• Ninguna	14	20,9	27	40,3	26	38,8		
• Baja	33	21,4	72	46,8	49	31,8		
• Alta	56	23,4	115	48,1	68	28,5		
• Extrema	43	28,7	58	38,7	49	32,7		
Con trabajadores sociales:							p=0,189	
• Ninguna	59	25,3	86	36,9	88	37,8		
• Baja	63	23,4	133	49,4	73	27,1		
• Alta	19	24,4	37	47,4	22	28,2		
• Extrema	5	17,2	15	51,7	9	31		

Tabla LI. *Tabla de contingencia: cultura organizacional vs AE.*

Respecto al *diseño del puesto de trabajo*, tanto en presión asistencial (carga de trabajo) como en presión temporal, se obtuvieron resultados **estadísticamente significativos**. Con respecto a la presión asistencial (asociación lineal por lineal), con un valor de 4,164 y $p=0,041$ y con respecto a la presión temporal, con una Chi-cuadrado de 55,862 y $p=0,000$.

En relación al cumplimiento del Contrato Programa de Centros en el análisis estadístico con respecto a los distintos niveles de agotamiento, no se encontró una relación estadísticamente significativa.

En cuanto a **la autonomía**, según los distintos ítems planteados: 1, 2, 5, 6, 11 y 13 del cuestionario sobre Condiciones de Trabajo en Atención Primaria, todos resultaron ser **estadísticamente significativos** con respecto al agotamiento; ítem 1, con

un valor (asociación lineal por lineal) de 13,391 y $p=0,035$; ítem 2, con una Chi-cuadrado de Pearson de 29,773 y $p=0,000$; ítem 5, con una Chi-cuadrado de Pearson de 241,751 y $p=0,005$; ítem 6, con una Chi-cuadrado de Pearson de 18,195 y $p=0,020$; ítem 11, con una Chi-cuadrado de Pearson de 40,164 y $p=0,000$ e ítem 13, con una Chi-cuadrado de Pearson de 29,712 y $p=0,000$.

	AGOTAMIENTO EMOCIONAL						Sig.		
	ALTO		MEDIO		BAJO				
	Nº	%	Nº	%	Nº	%			
F. ORGANIZACIONALES									
PRESIÓN ASISTENCIAL:							p=0,041		
<ul style="list-style-type: none"> Hasta 25 pacientes al día Más de 25 pacientes al día 	5 143	12,8 24,8	17 257	43,6 44,6	17 176	43,6 30,6			
PRESIÓN TEMPORAL:							p=0,000		
<ul style="list-style-type: none"> Totalmente en desacuerdo En desacuerdo De acuerdo Totalmente de acuerdo 	0 0 8 140	0 0 5,9 29,5	0 0 61 213	0 0 45,2 44,9	1 5 66 121	100 100 48,9 25,5			
CONTRATO PROGRAMA:								p=0,467	
<ul style="list-style-type: none"> Si No No sé 	104 22 19	22,5 31,9 27,1	208 29 31	45 42 44,3	150 18 20	32,5 26,1 28,6			
AUTONOMÍA:									p=0,035
Ítem 1: “un gran porcentaje del tiempo de consulta tiene lugar por iniciativa del paciente que se cita a demanda y urgencias”.									
<ul style="list-style-type: none"> Casi nunca A veces Con frecuencia Casi siempre 	1 12 65 70	16,7 22,2 20,6 29,4	4 21 138 110	66,7 38,9 43,8 46,2	1 21 112 58	16,7 38,9 35,6 24,4			
Ítem 2: “Realizo habitualmente consultas programadas.							p=0,000		
<ul style="list-style-type: none"> Casi nunca A veces Con frecuencia Casi siempre 	18 65 56 9	42,9 26,7 21,3 13,4	19 120 105 30	45,2 49,4 39,9 44,8	5 58 102 28	11,9 23,9 38,8 41,8			
Ítem 5: “Habitualmente suelo ceñirme a los 6 minutos por paciente”.								p=0,005	
<ul style="list-style-type: none"> Casi nunca A veces Con frecuencia Casi siempre 	97 32 17 2	27,8 20,3 21 8	155 69 42 8	44,4 43,7 51,9 32	97 22 15 2	27,8 36,1 27,2 60			
Ítem 6: “la falta de control sobre la gestión del tiempo de atención al paciente me produce miedo a cometer errores”.							p=0,000		
<ul style="list-style-type: none"> Casi nunca A veces Con frecuencia Casi siempre 	6 40 53 49	7 15,3 30,6 53,8	31 124 85 34	36 47,3 49,1 37,4	49 98 35 8	57 37,4 20,2 8,8			
Ítem 11: “por falta de tiempo tengo que realizar los avisos domiciliarios urgentes tras la consulta médica cuando termino mi jornada”.								p=0,000	
<ul style="list-style-type: none"> Casi nunca A veces Con frecuencia Casi siempre 	13 41 38 55	9,6 24,1 26 34,2	60 70 75 69	44,1 41,2 51,4 42,9	63 59 33 37	46,3 34,7 22,6 23			
Ítem 13: “Todos los días atiendo a pacientes que se citan de forma urgente por motivos de consulta no urgentes (sin cita previa)”.							p=0,000		
<ul style="list-style-type: none"> Casi nunca A veces Con frecuencia Casi siempre 	2 6 36 104	11,1 9,8 18,7 30,3	8 24 87 155	44,4 39,3 45,1 45,2	8 31 70 84	44,4 50,8 36,3 24,5			

Tabla LII. *Tabla de contingencia: diseño del puesto de trabajo vs agotamiento.*

En relación con **la docencia, investigación y formación**, tanto en la tutorización MIR como en las necesidades formativas, se encontraron resultados estadísticamente significativos con un Chi-cuadrado de Pearson de 11,051 y **p=0,004**, y de 29,094 y **p=0,000**, respectivamente.

Para el resto de variables: Doctorado, sesiones clínicas y asistencia a cursos, jornadas y actividades formativas, los resultados obtenidos no fueron estadísticamente significativos.

		AGOTAMIENTO EMOCIONAL						Sig.
		ALTO		MEDIO		BAJO		
F. ORGANIZACIONALES		Nº	%	Nº	%	Nº	%	
DOCENCIA/INVESTIGACIÓN/FORMACIÓN	TUTORIZACIÓN MIR							
	• Sí	28	17,6	65	40,9	66	41,5	p=0,004
	• No	115	25,8	206	46,3	124	27,9	
	DOCTORADO:							
	• Sí	21	23,6	38	42,7	30	33,7	p=0,899
• No	125	24,1	231	44,6	162	31,3		
SESIONES CLÍNICAS (asistencia):								
• Dos o más/mes	112	22,7	223	45,1	159	32,2	p=0,204	
• Al menos una/mes	32	29,6	48	44,4	28	25,9		
• Ninguna	2	28,6	1	14,3	4	57,1		
CURSOS/JORNADAS:								
• Dos o más	109	22,9	207	43,4	161	33,8	p=0,308	
• Al menos una	25	26,3	49	51,6	21	22,1		
• Ninguna	13	33,3	16	41	10	25,6		
NECESIDADES FORMATIVAS:								
• Ninguna	6	14	13	30,2	24	55,8	p=0,000	
• Baja	106	22,1	224	46,7	150	31,3		
• Alta	35	40,2	33	37,9	19	21,8		
• Extrema	1	20	4	80	0	0		

Tabla LIII. *Tabla de contingencia: docencia/investigación/formación vs AE.*

En relación al *clima laboral*, en lo que se refiere a la dificultad para trabajar en Equipo en el centro de salud con respecto a los distintos niveles de agotamiento, el análisis estadístico mostró tendencia con un valor de 2,817 (asociación lineal por lineal) y **p=0,093**.

Con respecto a los pacientes de trato difícil, el resultado del análisis fue **estadísticamente significativo** con una Chi-cuadrado de Pearson de 55,862 y **p=0,000**, así como en las dificultades de comunicación ante usuarios con actitudes demandantes; Chi cuadrado de Pearson de 50,401 y **p=0,000**; con actitudes agresivas: Chi-cuadrado de Pearson de 24,885 y **p=0,000**, con trastornos emocionales y mentales: Chi-cuadrado de

Pearson de 45,395 y $p=0,000$ y usuarios que se citan de forma urgente por motivos de consulta no urgente (sin cita previa): Chi-cuadrado de Pearson de 57,471 y $p=0,000$.

		AGOTAMIENTO EMOCIONAL						Sig.
		ALTO		MEDIO		BAJO		
F. ORGANIZACIONALES		N°	%	N°	%	N°	%	
CLIMA LABORAL	DIFICULTAD PARA TRABAJAR EN EQUIPO EN C.S.:							0,093
	• Ninguna	61	21	132	45,5	97	33,4	
	• Baja	53	24,9	95	44,6	65	30,5	
	• Alta	29	29,9	42	43,3	26	26,8	
	• Extrema	4	30,8	5	38,5	4	30,8	
	PACIENTES DE TRATO DIFÍCIL:							p=0,000
	• Totalmente en desacuerdo	0	0	0	0	1	100	
	• En desacuerdo	0	0	0	0	5	100	
	• De acuerdo	8	5,9	61	45,2	66	48,9	
	• Totalmente de acuerdo	140	29,5	213	44,9	121	25,5	
DIFICULTAD COMUNICACIÓN USUARIOS DIFÍCILES:							p=0,000	
Actitudes demandantes:								
• Ninguna	4	16,7	11	45,8	9	37,5		
• Baja	34	13,2	117	45,3	107	41,5		
• Alta	97	31,3	139	44,8	74	23,9		
• Extrema	13	59,1	6	27,3	3	13,6		
Actitudes agresivas:							p=0,000	
• Ninguna	4	16,7	11	45,8	9	37,5		
• Baja	34	13,2	117	45,3	107	41,5		
• Alta	97	31,3	139	44,8	74	23,9		
• Extrema	13	59,1	6	27,3	3	13,6		
Alteraciones emocionales/mentales:							p=0,000	
• Ninguna	2	16,7	7	58,3	3	25		
• Baja	37	17,9	92	44,4	78	37,7		
• Alta	74	23,5	143	45,4	98	31,1		
• Extrema	35	43,2	32	39,5	14	17,3		
Usuarios sin cita previa:							p=0,000	
• Ninguna	14	26,9	17	32,7	21	40,4		
• Baja	52	15,1	167	48,5	125	36,3		
• Alta	74	36,5	84	41,4	45	22,2		
• Extrema	7	46,7	6	40	2	13,3		

Tabla LIV. *Tabla de contingencia: clima laboral vs AE.*

b) DISTANCIAMIENTO:

En relación a **los factores organizacionales** relacionados con *la cultura organizacional*: reuniones de Equipo, gerencia y supervisión en la organización y coordinación entre las distintas unidades interconectadas, el análisis estadístico muestra un resultado **estadísticamente significativo** en la coordinación con psicólogos, con una Chi-cuadrado de Pearson de 15,713 y $p=0,047$, y en el caso de la gestión y supervisión, con los distintos niveles de distanciamiento, con una Chi-cuadrado de Pearson de

18,129 y $p=0,006$. Así mismo, existe tendencia, aunque ésta no fue estadísticamente significativa, para la coordinación con especialistas médicos, y para el resto de variables presentadas los resultados obtenidos no fueron estadísticamente significativos.

		DISTANCIAMIENTO						Sig.
		ALTO		MEDIO		BAJO		
F. ORGANIZACIONALES		Nº	%	Nº	%	Nº	%	
CULTURA ORGANIZACIONAL	REUNIONES DE EQUIPO:							p=0,370
	• Semanal	11	6,1	82	45,8	86	48	
	• Mensual	15	5,3	139	49,3	128	45,4	
	• Ocasional	9	6,1	83	56,5	55	37,4	
	GERENCIA Y SUPERVISIÓN:							p=0,006
	• Totalmente en desacuerdo	0	0	0	0	1	100	
	• En desacuerdo	0	0	3	21,4	11	78,6	
	• De acuerdo	3	1,6	100	52,1	89	46,4	
	• Totalmente de acuerdo	32	7,8	206	50,5	170	41,7	
	DIFICULTAD COORDINACIÓN:							p=0,063
	Con especialistas médicos:							
	• Ninguna	15	16,1	42	45,2	36	38,7	
	• Baja	60	21,3	135	47,9	87	30,9	
	• Alta	70	31,3	88	39,3	66	29,5	
	• Extrema	3	21,4	7	50	4	28,6	
Con psicólogos:							p=0,047	
• Ninguna	9	13,4	32	47,8	26	38,8		
• Baja	8	5,2	72	56,5	74	48,1		
• Alta	8	3,3	135	45,3	96	40,2		
Con trabajadores sociales:							p=0,253	
• Ninguna	10	6,7	68	40	72	48		
• Baja	16	6,9	103	44,2	114	48,9		
• Alta	13	4,8	141	52,4	115	42,8		
• Extrema	6	7,7	46	59	26	33,3		
		0	0	16	55,2	13	44,8	

Tabla LV. Tabla de contingencia: cultura organizacional vs D.

En cuanto al *diseño del puesto de trabajo* se encontró una relación **estadísticamente significativa** entre la presión temporal y los distintos niveles de distanciamiento, con una Chi-cuadrado de Pearson de 14,020 y $p=0,029$.

Con respecto a la autonomía, los ítems 2, 5 y 6 también fueron, con respecto al distanciamiento, **estadísticamente significativos** con una Chi-cuadrado de Pearson de 31,988, 15,938 y 20,990 y $p=0,000$, $p=0,043$ y $p=0,007$, respectivamente.

Los ítems 11 y 13 mostraron en el análisis estadístico tendencia.

En cuanto a la presión asistencial, el Contrato Programa de Centros y el ítem 1 de autonomía, los resultados obtenidos no fueron estadísticamente significativos.

		DISTANCIAMIENTO						Sig.
		ALTO		MEDIO		BAJO		
F. ORGANIZACIONALES		Nº	%	Nº	%	Nº	%	
DISEÑO DEL PUESTO DE TRABAJO	PRESIÓN ASISTENCIAL:							
	• Hasta 25 pacientes al día	1	2,6	23	59	15	38,5	p=0,440
	• Más de 25 pacientes al día	34	5,9	286	49,7	256	44,4	
	PRESIÓN TEMPORAL:							
	• Totalmente en desacuerdo	0	0	1	100	0	0	p=0,029
	• En desacuerdo	0	0	0	0	5	100	
	• De acuerdo	2	1,5	67	49,6	66	48,9	
	• Totalmente de acuerdo	33	7	241	50,8	200	42,2	
	CONTRATO PROGRAMA:							
	• Si	25	5,4	232	50,2	205	44,4	p=0,794
	• No	6	8,7	33	47,8	30	43,5	
	• No sé	4	5,7	38	54,3	28	40	
AUTONOMÍA:								
Ítem 1: “un gran porcentaje del tiempo de consulta tiene lugar por iniciativa del paciente que se cita a demanda y urgencias”.							p=0,363	
• Casi nunca	1	16,7	4	66,7	1	16,7		
• A veces	5	9,3	23	42,6	26	48,1		
• Con frecuencia	12	3,8	157	49,8	146	46,3		
• Casi siempre	17	7,1	124	52,1	97	40,8		
Ítem 2: “Realizo habitualmente consultas programadas.							p=0,000	
• Casi nunca	8	19	24	57,1	10	23,8		
• A veces	17	7	128	52,7	98	40,3		
• Con frecuencia	9	3,4	133	50,6	121	46		
• Casi siempre	1	1,5	24	35,8	42	62,7		
Ítem 5: “Habitualmente suelo ceñirme a los 6 minutos por paciente”.							p=0,043	
• Casi nunca	20	5,7	159	45,6	170	48,7		
• A veces	8	5,1	82	51,9	68	43		
• Con frecuencia	5	6,2	51	63	25	30,9		
• Casi siempre	2	8	17	68	6	24		
Ítem 6: “la falta de control sobre la gestión del tiempo de atención al paciente me produce miedo a cometer errores”.							p=0,007	
• Casi nunca	3	3,5	45	52,3	38	44,2		
• A veces	8	3,1	134	51,1	120	45,8		
• Con frecuencia	11	6,4	86	49,7	76	43,9		
• Casi siempre	13	14,3	44	48,4	34	37,4		
Ítem 11: “por falta de tiempo tengo que realizar los avisos domiciliarios urgentes tras la consulta médica cuando termino mi jornada”.							p=0,082	
• Casi nunca	3	2,2	68	50	65	47,8		
• A veces	11	6,5	81	47,6	78	45,9		
• Con frecuencia	7	4,8	86	58,9	53	36,3		
• Casi siempre	14	8,7	74	46	73	45,3		
Ítem 13: “Todos los días atiendo a pacientes que se citan de forma urgente por motivos de consulta no urgentes (sin cita previa)”.							p=0,067	
• Casi nunca	0	0	7	38,9	11	61,1		
• A veces	1	1,6	29	47,5	31	50,8		
• Con frecuencia	6	3,1	103	53,4	84	43,5		
• Casi siempre	28	8,2	170	49,6	145	42,3		

Tabla LVI. Tabla de contingencia diseño del puesto de trabajo vs D.

En relación a docencia, investigación y formación con respecto a los distintos niveles de distanciamiento, se encontró un resultado **estadísticamente significativo** en la asistencia a cursos, jornadas y/o actividades formativas, con una Chi-cuadrado de Pearson de 16,489 y $p=0,011$. Tendencia en la tutorización a residentes de Medicina de Familia y Comunitaria. Con respecto a Doctorado, asistencia a sesiones clínicas y necesidades formativas, los resultados obtenidos no fueron estadísticamente significativos.

		DISTANCIAMIENTO						Sig.
		ALTO		MEDIO		BAJO		
F. ORGANIZACIONALES		Nº	%	Nº	%	Nº	%	
DOCENCIA/INVESTIGACIÓN/FORMACIÓN	TUTORIZACIÓN MIR							
	• Sí	7	4,4	69	43,4	83	52,2	p=0,064
	• No	28	6,3	232	52,1	185	41,6	
	DOCTORADO:							
	• Sí	8	9	47	52,8	34	38,2	p=0,223
	• No	27	5,2	255	49,2	236	45,6	
SESIONES CLÍNICAS (asistencia):								
• Dos o más/mes	24	4,9	251	50,8	219	44,3	p=0,288	
• Al menos una/mes	10	9,3	52	48,1	46	42,6		
• Ninguna	1	14,3	2	28,6	4	57,1		
CURSOS/JORNADAS:								
• Dos o más	29	6,1	226	47,4	222	46,5	p=0,011	
• Al menos una	1	1,1	62	65,3	32	33,7		
• Ninguna	5	12,8	18	46,2	16	41		
NECESIDADES FORMATIVAS:								
• Ninguna	5	11,6	17	39,5	21	48,8	p=0,405	
• Baja	23	4,8	244	50,8	213	44,4		
• Alta	7	8	45	51,7	35	40,2		
• Extrema	0	0	3	60	2	40		

Tabla LVII. *Tabla de contingencia: docencia/investigación/formación vs D.*

Finalmente, con respecto al *clima laboral*, en lo referente a la dificultad para trabajar en equipo en los centros de salud, el resultado fue no estadísticamente significativo en el momento del estudio.

Con respecto a las dificultades de comunicación con pacientes de trato difícil y los distintos niveles de distanciamiento, el resultado obtenido en el análisis estadístico fue **significativo** con una Chi-cuadrado de Pearson de 14,020 y $p=0,029$.

En cuanto a la comunicación médico-paciente, referente al trato de usuarios difíciles con actitudes agresivas y aquellos que son atendidos sin cita previa por motivos de consulta no urgentes, los resultados obtenidos fueron **estadísticamente significativos** con una Chi-cuadrado de Pearson de 18,056 y 54,621 respectivamente, y $p=0,006$, y $p=0,000$.

Con respecto a la dificultad de comunicación con aquellos pacientes con actitudes demandantes o con alteraciones emocionales y/o mentales el análisis estadístico de esta dimensión descriptiva del síndrome mostró tendencia.

		DISTANCIAMIENTO						Sig.
		ALTO		MEDIO		BAJO		
F. ORGANIZACIONALES		Nº	%	Nº	%	Nº	%	
CLIMA LABORAL	DIFICULTAD PARA TRABAJAR EN EQUIPO EN C.S.:							p=0,229
	• Ninguna	12	4,1	135	46,6	143	49,3	
	• Baja	13	6,1	118	55,4	82	38,5	
	• Alta	8	8,2	48	49,5	41	42,3	
	• Extrema	2	15,4	7	53,8	4	30,8	
	PACIENTES DE TRATO DIFÍCIL:							p=0,029
	• Totalmente en desacuerdo	0	0	1	100	0	0	
	• En desacuerdo	0	0	0	0	5	100	
	• De acuerdo	2	1,5	67	49,6	66	48,9	
	• Totalmente de acuerdo	33	7	241	50,8	200	42,2	
DIFICULTAD COMUNICACIÓN USUARIOS DIFÍCILES:							p=0,054	
Actitudes demandantes:								
• Ninguna	3	12,5	11	45,8	10	41,7		
• Baja	11	4,3	117	45,3	130	50,4		
• Alta	20	6,5	167	53,9	123	39,7		
• Extrema	1	4,5	13	59,1	8	36,4		
Actitudes agresivas:							p=0,006	
• Ninguna	3	25	5	41,7	4	33,3		
• Baja	11	5,3	108	52,2	88	42,5		
• Alta	12	3,8	152	48,3	151	47,9		
• Extrema	9	11,1	44	54,3	28	34,6		
Alteraciones emocionales/mentales:							p=0,069	
• Ninguna	4	7,7	18	34,6	30	57,7		
• Baja	12	3,5	181	52,6	151	43,9		
• Alta	17	8,4	102	50,2	84	41,4		
• Extrema	2	13,3	8	53,3	5	33,3		
Usuarios sin cita previa:							p=0,000	
• Ninguna	3	9,4	12	37,5	17	53,1		
• Baja	6	2	137	46	155	52		
• Alta	18	7,1	148	58,3	88	34,6		
• Extrema	8	29,6	11	40,7	8	29,6		

Tabla LVIII. Tabla de contingencia: clima laboral vs D.

c) PÉRDIDA DE EXPECTATIVAS:

En relación a **los factores organizacionales** relacionados con *la cultura organizacional*: reuniones de Equipo, gerencia y supervisión en la organización y coordinación entre las distintas unidades interconectadas, encontramos un resultado **estadísticamente significativo** en la gestión y supervisión organizativa y en la ausencia de participación de los profesionales en la toma de decisiones ante las demandas de los

gestores o directores, con una Chi-cuadrado de 40,053 y una $p=0,000$. El resultado encontrado se debe a aquellos Médicos de Familia que respondieron estar totalmente de acuerdo con los enunciados planteados en la Escala de Antecedentes del CDPM y que presentaron pérdida de expectativas en el momento del estudio.

También resultaron ser **estadísticamente significativas** las dificultades de coordinación con otras unidades: con los psicólogos, con un Chi-cuadrado de Pearson de 15,711 y $p=0,047$, y con los trabajadores sociales, con una Chi-cuadrado de Pearson de 16,319 y $p=0,038$.

Las dificultades de coordinación con otras especialidades médicas no fueron estadísticamente significativas, así como la relación entre las convocatorias de reuniones de Equipo y la PE.

		PÉRDIDA DE EXPECTATIVAS						Sig.
		ALTO		MEDIO		BAJO		
F. ORGANIZACIONALES		Nº	%	Nº	%	Nº	%	
CULTURA ORGANIZACIONAL	REUNIONES DE EQUIPO:							p=0,205
	• Semanal	47	26,3	105	58,7	27	15,1	
	• Mensual	64	22,7	191	67,7	27	9,6	
	• Ocasional	30	20,4	101	68,7	16	10,9	
	GERENCIA Y SUPERVISIÓN:							p=0,000
	• Totalmente en desacuerdo	0	0	0	0	1	100	
	• En desacuerdo	0	0	7	50	7	50	
	• De acuerdo	31	16,1	135	70,3	26	13,5	
	• Totalmente de acuerdo	111	27,2	260	63,7	37	9,1	
	DIFICULTAD COORDINACIÓN:							p=0,125
	Con especialistas médicos:							
	• Ninguna	15	16,1	60	64,5	18	19,4	
	• Baja	66	23,4	190	67,4	26	9,2	
• Alta	57	25,4	143	63,8	24	10,7		
• Extrema	4	28,6	8	57,1	2	14,3		
Con psicólogos:							p=0,047	
• Ninguna	12	17,9	43	64,2	12	17,9		
• Baja	39	25,3	95	61,7	20	13		
• Alta	64	26,8	157	65,7	18	7,5		
• Extrema	27	18	104	69,3	19	12,7		
Con trabajadores sociales:							p=0,038	
• Ninguna	56	24	144	61,8	33	14,2		
• Baja	68	25,3	174	64,7	27	10		
• Alta	16	20,5	58	74,4	4	5,1		
• Extrema	1	3,4	23	79,3	5	17,2		

Tabla LIX. *Tabla de contingencia: cultura organizacional vs PE.*

En cuanto al *diseño del puesto de trabajo*, se encontró una relación **estadísticamente significativas** entre la presión temporal y la pérdida de expectativas, con una Chi-cuadrado de Pearson de 44,838 y una $p=0,000$. Este resultado encontrado es debido a aquellos Médicos de Familia que contestaron estar totalmente de acuerdo en

la Escala de Antecedentes del CDPM y presentaron, en el momento del estudio, niveles bajos de pérdida de expectativas.

Respecto al análisis de la variable presión asistencial y Contrato Programa de Centros no se encontraron resultados estadísticamente significativos. En relación a la autonomía temporal y decisional fueron estadísticamente significativos los ítems 2, con una Chi-cuadrado de Pearson de 22,981 y **p=0,001**, el ítem 6, con una Chi-cuadrado de Pearson de 40,826 y **p=0,000**, el ítem 11, con una Chi-cuadrado de Pearson de 24,558 y **p=0,002** y el ítem 13, con una Chi-cuadrado de Pearson de 19,668 y **p=0,003**.

En el resto de ítems los resultados no fueron estadísticamente significativos.

		PÉRDIDA DE EXPECTATIVAS						Sig.
		ALTO		MEDIO		BAJO		
F. ORGANIZACIONALES		Nº	%	Nº	%	Nº	%	
DISEÑO DEL PUESTO DE TRABAJO	PRESIÓN ASISTENCIAL:							
	• Hasta 25 pacientes al día	7	17,9	25	64,1	7	17,9	p=0,374
	• Más de 25 pacientes al día	135	23,4	377	65,5	64	11,1	
	PRESIÓN TEMPORAL:							
	• Totalmente en desacuerdo	0	0	0	0	1	100	p=0,000
	• En desacuerdo	0	0	1	20	4	80	
	• De acuerdo	17	12,6	96	71,1	22	16,3	
	• Totalmente de acuerdo	125	26,4	305	64,3	44	9,3	
	CONTRATO PROGRAMA:							
	• Si	106	22,9	305	66	51	11	p=0,922
	• No	16	23,2	46	66,7	7	10,1	
	• No sé	17	24,3	43	61,4	10	14,3	
	AUTONOMÍA:							
Ítem 1: “un gran porcentaje del tiempo de consulta tiene lugar por iniciativa del paciente que se cita a demanda y urgencias”.							p=0,150	
• Casi nunca	2	33,3	4	66,7	0	0		
• A veces	16	29,6	29	53,7	9	16,7		
• Con frecuencia	62	19,7	213	67,6	40	12,7		
• Casi siempre	62	26,1	155	65,1	21	8,8		
Ítem 2: “Realizo habitualmente consultas programadas”.							p=0,001	
• Casi nunca	17	40,5	25	59,5	0	0		
• A veces	61	25,1	161	66,3	21	8,6		
• Con frecuencia	57	21,7	169	64,3	37	14,1		
• Casi siempre	7	10,4	47	70,1	13	19,4		
Ítem 5: “Habitualmente suelo ceñirme a los 6 minutos por paciente”.							p=0,741	
• Casi nunca	84	24,1	228	65,3	37	10,6		
• A veces	36	22,8	98	62	24	15,2		
• Con frecuencia	15	18,5	58	71,6	8	9,9		
• Casi siempre	6	24	17	68	2	8		
Ítem 6: “la falta de control sobre la gestión del tiempo de atención al paciente me produce miedo a cometer errores”.							p=0,000	
• Casi nunca	14	16,3	53	61,6	19	22,1		
• A veces	47	17,9	183	69,8	32	12,2		
• Con frecuencia	45	26	114	65,9	14	8,1		
• Casi siempre	35	38,5	52	57,1	4	4,4		
Ítem 11: “por falta de tiempo tengo que realizar los avisos domiciliarios urgentes tras la consulta médica cuando termino mi jornada”.							p=0,002	
• Casi nunca	22	16,2	89	65,4	25	18,4		
• A veces	41	24,11	106	62,4	23	13,5		
• Con frecuencia	29	9,9	105	71,9	12	8,2		
• Casi siempre	49	30,4	102	63,4	10	6,2		
Ítem 13: “Todos los días atiendo a pacientes que se citan de forma urgente por motivos de consulta no urgentes (sin cita previa)”.							p=0,003	
• Casi nunca	3	16,7	11	61,1	4	22,2		
• A veces	7	11,5	40	65,6	14	23		
• Con frecuencia	43	22,3	123	63,7	27	14		
• Casi siempre	89	25,9	228	66,5	26	7,6		

Tabla LX. Tabla de contingencia: diseño del puesto de trabajo vs PE.

En cuanto a la docencia, investigación y formación en relación con los distintos niveles de pérdida de expectativas, se encontraron resultados **estadísticamente significativos** en relación a la tutorización de residentes de Medicina de Familia y Comunitaria con una Chi-cuadrado de Pearson de 13,662 y $p=0,001$, así como en necesidades formativas con una Chi-cuadrado de Pearson de 17,890 y $p=0,007$. Para el resto de variables los resultados no fueron estadísticamente significativos.

		PÉRDIDA DE EXPECTATIVAS						Sig.
		ALTO		MEDIO		BAJO		
F. ORGANIZACIONALES		Nº	%	Nº	%	Nº	%	
DOCENCIA/INVESTIGACIÓN/FORMACIÓN	TUTORIZACIÓN MIR							
	• Sí	38	23,9	91	57,2	30	18,9	p=0,001
	• No	100	22,5	307	69	38	8,5	
	DOCTORADO:							
	• Sí	27	30,3	54	60,7	8	9	p=0,203
	• No	114	22	342	66	62	12	
SESIONES CLÍNICAS (asistencia):								
• Dos o más/mes	116	23,5	318	64,4	60	12,1	p=0,573	
• Al menos una/mes	23	21,3	77	71,3	8	7,4		
• Ninguna	1	14,3	5	71,4	1	14,3		
CURSOS/JORNADAS:								
• Dos o más	119	24,9	304	63,7	54	11,3	p=0,451	
• Al menos una	14	14,7	70	73,7	11	11,6		
• Ninguna	8	20,5	26	66,7	5	12,8		
NECESIDADES FORMATIVAS:								
• Ninguna	13	30,2	19	44,2	11	25,6	p=0,007	
• Baja	102	21,3	326	67,9	52	10,8		
• Alta	24	27,6	55	63,2	8	9,2		
• Extrema	3	60	2	40	0	0		

Tabla LXI. *Tabla de contingencia: docencia/investigación/formación vs PE.*

En relación al *clima laboral*, en lo que se refiere a la dificultad para trabajar en equipo en los centros de salud seleccionados, el resultado obtenido no fue estadísticamente significativo.

En cuanto a las dificultades encontradas en el manejo de pacientes de trato difícil y los distintos niveles de pérdida de expectativas presentados, el análisis estadístico mostró un resultado **estadísticamente significativo** con una Chi-cuadrado de Pearson de 44,838 y $p=0,000$.

Con respecto a las dificultades de comunicación con usuarios difíciles con actitudes demandantes, agresivas, con alteraciones emocionales y/o mentales y sin cita previa, todos los resultados obtenidos fueron **estadísticamente significativos** con una

Chi-cuadrado de Person de 18, 573 y $p=0,017$; 16,980 y $p=0,009$; 24,701 y $p=0,002$ y 35,130 y $p=0,000$, respectivamente.

		PÉRDIDA DE EXPECTATIVAS						Sig.
		ALTO		MEDIO		BAJO		
F. ORGANIZACIONALES		Nº	%	Nº	%	Nº	%	
CLIMA LABORAL	DIFICULTAD PARA TRABAJAR EN EQUIPO EN C.S.:							$p=0,766$
	• Ninguna	67	23,1	186	64,1	37	12,8	
	• Baja	48	22,5	141	66,2	24	11,3	
	• Alta	22	22,7	67	69,1	8	8,2	
	• Extrema	5	38,5	6	46,2	2	15,4	
	PACIENTES DE TRATO DIFÍCIL:							$p=0,000$
	• Totalmente en desacuerdo	0	0	0	0	1	100	
	• En desacuerdo	0	0	1	20	4	80	
	• De acuerdo	17	12,6	96	71,1	22	16,3	
	• Totalmente de acuerdo	125	26,4	305	64,3	44	9,3	
DIFICULTAD COMUNICACIÓN USUARIOS DIFÍCILES:							$p=0,017$	
Actitudes demandantes:								
• Ninguna	3	12,5	17	70,8	4	16,7		
• Baja	52	20,2	165	64	41	15,9		
• Alta	77	24,8	208	67,1	25	8,1		
• Extrema	9	40,9	12	54,5	1	4,5		
Actitudes agresivas:							$p=0,009$	
• Ninguna	0	0	9	75	3	25		
• Baja	43	20,8	137	66,2	27	13		
• Alta	68	21,6	213	67,6	34	10,8		
• Extrema	31	38,3	43	53,1	7	8,6		
Alteraciones emocionales/mentales:							$p=0,002$	
• Ninguna	6	11,5	34	65,4	12	23,1		
• Baja	67	19,5	232	67,4	45	13,1		
• Alta	64	31,5	126	62,1	13	6,4		
• Extrema	5	33,3	9	60	1	6,7		
Usuarios sin cita previa:							$p=0,000$	
• Ninguna	4	12,5	21	65,6	7	21,9		
• Baja	53	17,8	197	66,1	48	16,1		
• Alta	71	28	169	66,5	14	5,5		
• Extrema	11	40,7	14	51,9	2	7,4		

Tabla LXII. Tabla de contingencia: clima laboral vs PE.

d) DESGASTE PROFESIONAL (CDPM):

En relación a **los factores organizacionales** relacionados con *la cultura organizacional*: reuniones de Equipo, gerencia y supervisión en la organización y coordinación entre las distintas unidades interconectadas, encontramos un resultado **estadísticamente significativo** en la gestión y supervisión organizativa y en la ausencia de participación de los profesionales en la toma de decisiones ante las demandas de los gestores o directores, con una Chi-cuadrado de 41,021 y una $p=0,000$.

El resultado encontrado se debe a aquellos Médicos de Familia que respondieron estar totalmente de acuerdo con los enunciados planteados en la Escala de Antecedentes del CDPM.

En relación a las dificultades de coordinación con otras especialidades médicas también se encontró un resultado **estadísticamente significativo** con una Chi-cuadrado de Pearson de 34,196 y **p=0,000**.

En cuanto a las dificultades de coordinación con psicólogos y trabajadores sociales no se encontraron en este estudio resultados estadísticamente significativos.

		DESGASTE PROFESIONAL (CDPM)						Sig.
		ALTO		MEDIO		BAJO		
F. ORGANIZACIONALES		Nº	%	Nº	%	Nº	%	
CULTURA ORGANIZACIONAL	REUNIONES DE EQUIPO:							p=0,830
	• Semanal	15	8,4	111	62	53	29,6	
	• Mensual	19	6,7	187	66,3	76	27	
	• Ocasional	13	8,8	96	65,3	38	25,9	
	GERENCIA Y SUPERVISIÓN:							p=0,000
	• Totalmente en desacuerdo	0	0	0	0	1	100	
	• En desacuerdo	0	0	3	21,4	11	78,6	
	• De acuerdo	4	2,1	123	64,1	65	33,9	
	• Totalmente de acuerdo	44	10,8	273	66,9	91	22,3	
	DIFICULTAD COORDINACIÓN:							p=0,000
	Con especialistas médicos:							
	• Ninguna	2	2,2	56	60,2	35	37,6	
	• Baja	11	3,9	202	71,6	69	24,5	
	• Alta	34	15,2	130	58	60	26,8	
	• Extrema	1	7,1	10	71,4	3	21,4	
Con psicólogos:							p=0,694	
• Ninguna	5	7,5	42	62,7	20	29,9		
• Baja	11	7,1	102	66,2	41	26,6		
• Alta	16	6,7	160	66,9	63	26,4		
• Extrema	16	10,7	93	62	41	27,3		
Con trabajadores sociales:							p=0,175	
• Ninguna	17	7,3	141	60,5	75	32,2		
• Baja	22	8,2	185	68,8	62	23		
• Alta	9	11,5	48	61,5	21	26,9		
• Extrema	0	0	22	75,9	7	24,1		

Tabla LXIII. *Tabla de contingencia: cultura organizacional vs desgaste profesional.*

Sobre el *diseño del puesto de trabajo*: presión asistencial (carga de trabajo), presión temporal, nivel de autonomía y la consecución de objetivos y resultados estratégicos para la organización a través de las herramientas de gestión y organización disponibles (Contrato Programa de Centros), se encontró una relación **estadísticamente significativa** entre la presión temporal y los distintos niveles de desgaste, con una Chi-cuadrado de Pearson de 48,942 y $p=0,000$, tendencia con respecto a la presión asistencial e ítem 1 de autonomía, y resultados **estadísticamente significativos** en los ítems 2, 5, 6 y 11 sobre autonomía temporal y decisional, con una Chi-cuadrado de Pearson de 40,858 y $p=0,000$; 18,195 y $p=0,020$; 81,691 y $p=0,000$ y 44,664 y $p=0,000$, respectivamente.

Con respecto a la variable Contrato Programa de Centro el análisis estadístico no fue significativo.

		DESGASTE PROFESIONAL (CDPM)						Sig.
		ALTO		MEDIO		BAJO		
F. ORGANIZACIONALES		Nº	%	Nº	%	Nº	%	
DISEÑO DEL PUESTO DE TRABAJO	PRESIÓN ASISTENCIAL:							
	• Hasta 25 pacientes al día	1	2,6	23	59	15	38,5	p=0,059
	• Más de 25 pacientes al día	47	8,2	376	65,3	153	26,6	
	PRESIÓN TEMPORAL:							
	• Totalmente en desacuerdo	0	0	0	0	1	100	p=0,000
	• En desacuerdo	0	0	0	0	5	100	
	• De acuerdo	2	1,5	73	54,1	60	44,4	
	• Totalmente de acuerdo	46	9,7	326	68,8	102	21,5	
	CONTRATO PROGRAMA:							
	• Si	29	6,3	305	66	128	27,7	p=0,139
	• No	10	14,5	44	63,8	15	21,7	
	• No sé	7	10	43	61,8	20	28,6	
	AUTONOMÍA:							
Ítem 1: “un gran porcentaje del tiempo de consulta tiene lugar por iniciativa del paciente que se cita a demanda y urgencias”.							p=0,054	
• Casi nunca	1	16,7	4	66,7	1	16,7		
• A veces	7	13	26	48,1	21	38,9		
• Con frecuencia	16	5,1	208	66	91	28,9		
• Casi siempre	24	10,1	160	67,2	54	22,7		
Ítem 2: “Realizo habitualmente consultas programadas”.							p=0,000	
• Casi nunca	10	23,8	28	66,7	4	9,5		
• A veces	24	9,9	169	69,5	50	20,6		
• Con frecuencia	13	4,9	165	62,7	85	32,3		
• Casi siempre	1	1,5	37	55,2	29	43,3		
Ítem 5: “Habitualmente suelo ceñirme a los 6 minutos por paciente”.							p=0,020	
• Casi nunca	31	8,9	228	65,3	90	25,8		
• A veces	10	6,3	98	62	50	31,6		
• Con frecuencia	5	6,2	61	75,3	15	18,5		
• Casi siempre	1	4	12	48	12	48		
Ítem 6: “la falta de control sobre la gestión del tiempo de atención al paciente me produce miedo a cometer errores”.							p=0,000	
• Casi nunca	4	4,7	41	47,7	41	47,7		
• A veces	8	3,1	166	63,4	88	33,6		
• Con frecuencia	15	8,7	127	73,4	31	17,9		
• Casi siempre	20	22	65	71,4	6	6,6		
Ítem 11: “por falta de tiempo tengo que realizar los avisos domiciliarios urgentes tras la consulta médica cuando termino mi jornada”.							p=0,000	
• Casi nunca	5	3,7	70	51,5	61	44,9		
• A veces	15	8,8	105	61,8	50	29,4		
• Con frecuencia	9	6,2	111	76	26	17,8		
• Casi siempre	18	11,2	113	70,2	30	18,6		
Ítem 13: “Todos los días atiendo a pacientes que se citan de forma urgente por motivos de consulta no urgentes (sin cita previa)”.							p=0,000	
• Casi nunca	0	0	10	55,6	8	44,4		
• A veces	1	1,6	31	50,8	29	47,5		
• Con frecuencia	8	4,1	130	67,4	55	28,5		
• Casi siempre	39	11,4	228	66,5	76	22,2		

Tabla LXIV. Tabla de contingencia: diseño del puesto de trabajo vs desgaste.

En cuanto a la docencia, investigación y formación en relación con los distintos niveles de desgaste en la muestra seleccionada, encontramos resultados **estadísticamente significativos** en la tutorización de residentes de Medicina de Familia y Comunitaria con una Chi-cuadrado de Pearson de asistencia a sesiones clínicas y cursos y jornadas con una Chi-Cuadrado de Pearson de 8,523 y **p=0,014** y en la asistencia a cursos, jornadas y actividades formativas con una Chi-cuadrado de Pearson de 24,556 y p=0,000.

Con respecto a la asistencia a sesiones clínicas y las necesidades formativas en los centros sanitarios, existe tendencia y una asociación lineal por lineal significativa con un valor de 5,735 y p=0,030 en el primer caso, y de 6,002 y p=0,014, en el segundo.

En relación a la variable Doctorado, el análisis estadístico fue no significativo.

		DESGASTE PROFESIONAL (CDPM)						Sig.
		ALTO		MEDIO		BAJO		
F. ORGANIZACIONALES		Nº	%	Nº	%	Nº	%	
DOCENCIA/INVESTIGACIÓN/FORMACIÓN	TUTORIZACIÓN MIR							p=0,014
	• Sí	6	3,8	98	61,6	55	34,6	
	• No	39	8,8	296	66,5	110	24,7	
	DOCTORADO:							p=0,382
	• Sí	10	11,2	54	69,7	25	28,1	
	• No	37	7,1	339	65,4	142	27,4	
	SESIONES CLÍNICAS (asistencia):							p=0,054
	• Dos o más/mes	32	6,5	320	64,8	142	28,7	
	• Al menos una/mes	14	13	73	67,6	21	19,4	
	• Ninguna	1	14,3	3	42,9	3	42,9	
CURSOS/JORNADAS:							p=0,000	
• Dos o más	36	7,5	302	63,3	139	29,1		
• Al menos una	2	2,1	75	78,9	18	18,9		
• Ninguna	9	23,1	20	51,3	10	25,6		
NECESIDADES FORMATIVAS:							p=0,087	
• Ninguna	4	9,3	22	51,2	17	39,5		
• Baja	33	6,9	314	65,4	133	133		
• Alta	11	12,6	58	66,7	18	20,7		
• Extrema	0	0	5	100	0	0		

Tabla LXV. Tabla de contingencia: docencia/investigación/formación vs desgaste.

En cuanto al *clima laboral* en lo que se refiere a las dificultades para el manejo de pacientes de trato difícil, el análisis estadístico encontró una relación **estadísticamente significativa** con una Chi-cuadrado de Pearson de 48,942 y **p=0,000**; con respecto a las dificultades de comunicación con usuarios con actitudes demandantes, con una Chi-cuadrado de Pearson de 23,729 y **p=0,003**; con usuarios con actitudes agresivas, con una Chi-cuadrado de Pearson de 25,046 y p=0,000; con alteraciones emocionales y/o trastornos mentales con una Chi-cuadrado de Pearson de

35,377 y $p=0,000$ y con los pacientes que se citan de urgencias por motivo de consultas no urgentes (sin cita) con una Chi-cuadrado de Pearson de 65,357 y $p=0,000$.

Con respecto a las dificultades para trabajar en Equipo en los centros de salud seleccionados, el análisis estadístico no fue significativo.

		DESGASTE PROFESIONAL (CDPM)						Sig.
		ALTO		MEDIO		BAJO		
F. ORGANIZACIONALES		Nº	%	Nº	%	Nº	%	
CLIMA LABORAL	DIFICULTAD PARA TRABAJAR EN EQUIPO EN C.S.:							$p=0,147$
	• Ninguna	18	6,2	185	63,8	87	30	
	• Baja	14	6,6	144	67,7	55	25,8	
	• Alta	13	13,4	62	63,9	22	22,7	
	• Extrema	3	23,1	7	53,8	3	23,1	
	PACIENTES DE TRATO DIFÍCIL:							$p=0,000$
	• Totalmente en desacuerdo	0	0	0	0	1	100	
	• En desacuerdo	0	0	0	0	5	100	
	• De acuerdo	2	1,5	73	54,1	60	44,4	
	• Totalmente de acuerdo	46	9,7	326	68,8	102	21,5	
DIFICULTAD COMUNICACIÓN USUARIOS DIFÍCILES:							$p=0,003$	
Actitudes demandantes:								
• Ninguna	3	12,5	14	58,3	7	29,2		
• Baja	12	4,7	154	59,7	92	35,7		
• Alta	29	9,4	214	69	67	21,6		
• Extrema	4	18,2	16	72,7	2	9,1		
Actitudes agresivas:							$p=0,000$	
• Ninguna	2	16,7	8	66,7	2	16,7		
• Baja	11	5,3	130	62,8	66	31,9		
• Alta	19	6	209	66,3	87	27,6		
• Extrema	16	19,8	52	64,2	13	16		
Alteraciones emocionales/mentales:							$p=0,000$	
• Ninguna	3	5,8	31	59,6	18	34,6		
• Baja	13	3,8	219	63,7	112	32,6		
• Alta	29	14,3	137	67,5	37	18,2		
• Extrema	3	20	11	73,3	1	6,7		
Usuarios sin cita previa:							$p=0,000$	
• Ninguna	2	6,3	17	53,1	13	40,6		
• Baja	9	3	177	59,4	112	37,6		
• Alta	28	11	188	74	38	15		
• Extrema	8	29,6	15	55,6	4	14,8		

Tabla LXVI. *Tabla de contingencia: clima laboral vs desgaste profesional.*

5.3.3 Análisis multivariante. Regresión logística: OR en crudo.

A continuación se presentan las Odds Ratio (OR) en crudo con sus IC del 95% y nivel de significación de los elementos descriptivos del síndrome, tomando como variables dependientes las tres dimensiones estudiadas de desgaste profesional según el CDPM, en su nivel de estratificación de riesgo **medio sobre el bajo**, y como variables

independientes, los distintos grupos de estresores organizativos analizados (anteriores), agrupados en dos categorías.

a) AGOTAMIENTO EMOCIONAL (nivel medio sobre bajo):

La tabla LXVII muestra los OR en crudo de los factores organizacionales de cultura estudiados.

Con respecto a **la gerencia y supervisión** como posible estresor en el desarrollo del desgaste profesional, encontramos que es 5,5 veces más frecuente presentar agotamiento emocional en el nivel de estratificación medio sobre el bajo con un IC del 95% de 1,50-19,84 y $p=0,010$ en el grupo de profesionales médicos que respondieron al cuestionario afirmativamente, estando de acuerdo/totalmente de acuerdo con lo enunciado.

Tanto en la variable reuniones de Equipo como en la dificultad de coordinación entre unidades, en este estudio no se encontraron diferencias.

		OR CRUDO	
F. ORGANIZACIONALES		Valor	IC 95% p
CULTURA ORGANIZACIONAL	REUNIONES DE EQUIPO: • Semanal/mensual • Ocasional	1,05	0,68-1,61
	GERENCIA Y SUPERVISIÓN: • Totalmente en des-acuerdo/en desacuerdo • De acuerdo/totalmente de acuerdo	5,46	1,50-19,84 P=0,010
	DIFICULTAD COORDINACIÓN: Con especialistas médicos: • Ninguna/Baja • Alta/Extrema	0,94	0,64-1,39
	Con psicólogos: • Ninguna/baja • Alta/extrema	1,12	0,77-1,64
	Con trabajadores sociales: • Ninguna/baja • Alta/extrema	1,23	0,76-2,01

Tabla LXVII. OR en crudo: cultura organizacional y agotamiento emocional.

La tabla LXVIII muestra los OR en crudo de los factores organizacionales de diseño de puesto de Trabajo.

Con respecto a la **presión temporal** como posible estresor en el desarrollo del desgaste profesional, encontramos que es 2,1 veces más frecuente presentar agotamiento emocional en este estudio en el nivel de estratificación medio sobre el bajo, con un IC del 95% de 1,06-3,94 y $p=0,033$ en el grupo de profesionales médicos que estuvieron totalmente de acuerdo/de acuerdo al responder sobre esta variable.

Con respecto al ítem 2 de la variable **autonomía**: “**realizo habitualmente consultas programadas**”, el resultado obtenido fue de 2,1 veces más frecuente presentar agotamiento emocional en el nivel de estratificación medio sobre el bajo con un IC del 95% de 1,45-3,12 y $p=0,000$, en el grupo de profesionales médicos que respondieron al cuestionario que lo hacían casi nunca/a veces.

Con respecto al ítem 6: “**la falta de control sobre la gestión del tiempo de atención al paciente me produce miedo a cometer errores**”, el resultado obtenido fue de 2,6 veces más frecuente presentar agotamiento emocional en el nivel medio sobre el bajo con un IC del 95% de 1,73-3,98 y $p=0,000$, en los profesionales sanitarios que respondieron a este enunciado que tenían esa percepción de falta de control del trabajo con frecuencia/casi siempre.

En el ítem 11: “**por falta de tiempo tengo que realizar los avisos domiciliarios urgentes tras la consulta médica cuando termino mi jornada**”, el resultado obtenido fue de 2 veces más frecuente presentar agotamiento en el nivel de estratificación medio sobre bajo, con un IC del 95% de 1,32-2,82 y $p=0,001$, en el grupo de profesionales que respondieron a este enunciado con frecuencia/casi siempre.

Finalmente, con respecto al ítem 13: “**todos los días atiendo a pacientes que se citan de forma urgente por motivos de consulta no urgentes (sin cita previa)**”, el resultado obtenido fue de 2 veces más frecuente presentar agotamiento en el nivel de estratificación medio sobre bajo, con un IC del 95% de 1,15-3,19 y $p=0,0012$, en el grupo de profesionales que respondieron a este enunciado con frecuencia/casi siempre.

Tanto en las variables presión asistencial y Cumplimiento Contrato Programa, como en los ítems 1 y 5 de la variable autonomía, no se encontraron diferencias en las frecuencias encontradas.

	F. ORGANIZACIONALES	OR CRUDO	
		Valor	IC 95% p
DISEÑO DEL PUESTO DE TRABAJO	PRESIÓN ASISTENCIAL: <ul style="list-style-type: none"> Hasta 40 pac./día Más de 40pac./día 	1,34	0,90-1,99
	PRESIÓN TEMPORAL: <ul style="list-style-type: none"> Totalmente en desacuerdo/en desacuerdo De acuerdo/totalmente de acuerdo 	2,05	1,06-3,94 p=0,033
	CONTRATO PROGRAMA: <ul style="list-style-type: none"> No, no sé Sí 	0,88	0,56-1,39
	AUTONOMÍA: Ítem 1: “un gran porcentaje del tiempo de consulta tiene lugar por iniciativa del paciente que se cita a demanda y urgencias”. <ul style="list-style-type: none"> Casi nunca/a veces Con frecuencia/casi siempre 	1,28	0,70-2,35
	Ítem 2: “Realizo habitualmente consultas programadas. <ul style="list-style-type: none"> Con frecuencia/casi siempre Casi nunca/a veces 	2,13	1,45-3,12 p=0,000
	Ítem 5: “Habitualmente suelo ceñirme a los 6 minutos por paciente”. <ul style="list-style-type: none"> Con frecuencia/casi siempre Casi nunca/a veces 	1,08	0,67-1,73
	Ítem 6: “la falta de control sobre la gestión del tiempo de atención al paciente me produce miedo a cometer errores”. <ul style="list-style-type: none"> Casi nunca/a veces Con frecuencia/casi siempre 	2,63	1,73-3,98 p=0,000
	Ítem 11: “por falta de tiempo tengo que realizar los avisos domiciliarios urgentes tras la consulta médica cuando termino mi jornada”. <ul style="list-style-type: none"> Casi nunca/a veces Con frecuencia/casi siempre 	1,93	1,32-2,82 p=0,001
	Ítem 13: “Todos los días atiendo a pacientes que se citan de forma urgente por motivos de consulta no urgentes (sin cita previa)”. <ul style="list-style-type: none"> Casi nunca/a veces Con frecuencia/casi siempre 	1,92	1,15-3,19 p=0,0012

Tabla LXVIII. OR en crudo: diseño puesto de trabajo y agotamiento emocional.

La tabla LXIX muestra los OR en crudo de los factores organizacionales de docencia/investigación/formación.

Con respecto a la **tutorización MIR** como posible estresor en el desarrollo del desgaste profesional, encontramos que el valor de OR en crudo obtenido de 0,59 podría

tener un efecto protector con respecto al agotamiento emocional en el nivel de estratificación medio sobre el bajo, con un IC del 95% de 0,39-0,89 y $p=0,012$, en el grupo de profesionales médicos que respondieron que sí desarrollaban esta labor docente en los centros.

Para el resto de variables: Doctorado, sesiones clínicas, cursos y jornadas y necesidades formativas, no se encontraron diferencias en las frecuencias encontradas para agotamiento emocional.

		OR CRUDO	
		Valor	IC 95% p
DOCENCIA/INVESTIG./FORMACIÓN	F. ORGANIZACIONALES		
	TUTORIZACIÓN MIR	0,59	0,39-0,89
	• No		
	• Sí		p=0,012
	DOCTORADO:	0,89	0,53-1,49
• No			
• Sí			
SESIONES CLÍNICAS (asistencia):	0,17	0,19-1,56	
• Alguna			
• Ninguna			
CURSOS/JORNADAS:	1,14	0,51-2,56	
• Alguna			
• Ninguna			
NECESIDADES FORMATIVAS:	1,43	0,79-2,57	
• Ninguna/baja			
• Alta/extrema			

Tabla LXIX. OR en crudo: docencia/investigación/formación y agotamiento emocional.

La tabla LXX muestra los OR en crudo de los factores organizacionales relacionados con el clima laboral analizados. Con respecto a la variable **paciente de trato difícil** como posible estresor en el desarrollo del desgaste profesional, encontramos que es 2,05 veces más frecuente presentar agotamiento emocional en el nivel de estratificación medio sobre el bajo con un IC del 95% de 1,06-3,94 y $p=0,033$, en el grupo de profesionales médicos que respondieron al cuestionario afirmativamente estando de acuerdo/totalmente de acuerdo con lo enunciado.

Sobre la dificultad para trabajar en Equipo, en este estudio no encontramos diferencias en las frecuencias encontradas con respecto al agotamiento emocional.

		OR CRUDO	
		Valor	IC 95% p
CLIMA LABORAL	F. ORGANIZACIONALES		
	DIFICULTAD PARA TRABAJAR EN EQUIPO C.S.: <ul style="list-style-type: none"> • Ninguna/baja • Alta/extrema 	1,12	0,68-1,84
	PACIENTES DE TRATO DIFÍCIL: <ul style="list-style-type: none"> • Totalmente en desacuerdo/en desacuerdo • De acuerdo/totalmente de acuerdo 	2,05	1,06-3,94 p=0,033

Tabla LXX. OR en crudo: clima laboral y agotamiento emocional.

b) DISTANCIAMIENTO (nivel medio sobre bajo):

La tabla LXXI muestra los OR en crudo de los factores organizacionales de cultura estudiados.

Con respecto a la **gerencia y supervisión** como posible estresor en el desarrollo del desgaste profesional, encontramos que es 4,7 veces más frecuente presentar distanciamiento en el nivel de estratificación medio sobre el bajo, con un IC del 95% de 1,32-16,93 y $p=0,017$ en el grupo de profesionales médicos que respondieron estar de acuerdo/totalmente de acuerdo con el enunciado planteado.

Finalmente, en las variables reunión de Equipo y dificultad de coordinación con otras unidades, no se encontraron diferencias significativas con respecto al distanciamiento.

		CRUDO	
F. ORGANIZACIONALES		Valor	IC 95% p
CULTURA ORGANIZACIONAL	REUNIONES DE EQUIPO: • Semanal/mensual • Ocasional	1,46	0,99-2,16
	GERENCIA Y SUPERVISIÓN: • Totalmente en des-acuerdo/en desacuerdo • De acuerdo/totalmente de acuerdo	4,73	1,32-16,93 p=0,017
	DIFICULTAD COORDINACIÓN: Con especialistas médicos: • Ninguna/Baja • Alta/Extrema	0,95	0,68-1,33
	Con psicólogos: • Ninguna/baja • Alta/extrema	1,16	0,83-1,63
	Con trabajadores sociales: • Ninguna/baja • Alta/extrema	1,49	0,96-2,32

Tabla LXXI. OR en crudo: cultura organizacional y distanciamiento.

La tabla LXXII muestra los OR en crudo de los factores organizacionales de diseño de puesto de trabajo estudiados.

Con respecto al ítem 2 de la variable autonomía como posible estresor en el desarrollo del desgaste profesional, encontramos que es 1,5 veces más frecuente presentar distanciamiento en el nivel de estratificación medio sobre el bajo con un IC del 95% de 1,05-2,03 y $p=0,024$, en el grupo de profesionales médicos que respondieron estar de acuerdo/totalmente de acuerdo con el enunciado planteado.

En el resto de variables: presión asistencial, presión temporal, Cumplimiento Contrato Programa y autonomía en los ítems 1, 5, 6, 11 y 13, no se encontraron diferencias con respecto al distanciamiento.

		OR CRUDO	
		Valor	IC 95% p
DISEÑO DEL PUESTO DE TRABAJO	F. ORGANIZACIONALES		
	PRESIÓN ASISTENCIAL: <ul style="list-style-type: none"> Hasta 40 pac./día Más de 40pac./día 	1,06	0,75-1,48
	PRESIÓN TEMPORAL: <ul style="list-style-type: none"> Totalmente en desacuerdo/en desacuerdo De acuerdo/totalmente de acuerdo 	5,79	0,67-49,87
	CONTRATO PROGRAMA: <ul style="list-style-type: none"> No, no sé Sí 	0,92	0,62-1,37
	AUTONOMÍA: Ítem 1: “un gran porcentaje del tiempo de consulta tiene lugar por iniciativa del paciente que se cita a demanda y urgencias”. <ul style="list-style-type: none"> Casi nunca/a veces Con frecuencia/casi siempre 	1,16	0,66-1,37
	Ítem 2: “Realizo habitualmente consultas programadas. <ul style="list-style-type: none"> Con frecuencia/casi siempre Casi nunca/a veces 	1,46	1,05-2,03 p=0,024
	Ítem 5: “Habitualmente suelo ceñirme a los 6 minutos por paciente”. <ul style="list-style-type: none"> Con frecuencia/casi siempre Casi nunca/a veces 	0,46	0,29-0,73
	Ítem 6: “la falta de control sobre la gestión del tiempo de atención al paciente me produce miedo a cometer errores”. <ul style="list-style-type: none"> Casi nunca/a veces Con frecuencia/casi siempre 	1,04	0,75-1,46
	Ítem 11: “por falta de tiempo tengo que realizar los avisos domiciliarios urgentes tras la consulta médica cuando termino mi jornada”. <ul style="list-style-type: none"> Casi nunca/a veces Con frecuencia/casi siempre 	1,22	0,88-1,69
	Ítem 13: “Todos los días atiendo a pacientes que se citan de forma urgente por motivos de consulta no urgentes (sin cita previa)”. <ul style="list-style-type: none"> Casi nunca/a veces Con frecuencia/casi siempre 	1,39	0,86-2,24

Tabla LXXII. OR en crudo: diseño puesto de trabajo y distanciamiento.

La tabla LXXIII muestra los OR en crudo de los factores organizacionales de docencia/investigación/formación. Sobre la **tutorización MIR** como posible estresor en el desarrollo del desgaste profesional, encontramos que el valor de OR en crudo obtenido de 0,66 podría tener un efecto protector con respecto al distanciamiento en el nivel de estratificación medio sobre el bajo, con un IC del 95% de 0,45-0,96 y $p=0,031$ en el grupo de profesionales médicos que respondieron que sí desarrollaban esta labor docente en los centros.

Para el resto de variables: Doctorado, sesiones clínicas, cursos y jornadas y necesidades formativas, no se encontraron diferencias en las frecuencias encontradas para distanciamiento.

		OR CRUDO	
		Valor	IC 95% p
DOCENCIA/INVESTIG./FORMACIÓN	F. ORGANIZACIONALES		
	TUTORIZACIÓN MIR • No • Sí	0,66	0,45-0,96 p=0,031
	DOCTORADO: • No • Sí	1,28	0,79-2,06
	SESIONES CLÍNICAS (asistencia): • Alguna • Ninguna	0,44	0,79-2,41
	CURSOS/JORNADAS: • Alguna • Ninguna	0,99	0,49-1,99
	NECESIDADES FORMATIVAS: • Ninguna/baja • Alta/extrema	1,16	0,73-1,85

Tabla LXXIII. OR en crudo: docencia/investigación/formación y distanciamiento.

La tabla LXXIV muestra los OR en crudo de los factores organizacionales relacionados con el clima laboral analizados. Con respecto a la variable **paciente de trato difícil** como posible estresor en el desarrollo del desgaste profesional, encontramos que es 2,7 veces más frecuente presentar distanciamiento en el nivel de estratificación medio sobre el bajo, con un IC del 95% de 1,42-5,23 y $p=0,03$ en el grupo de profesionales médicos que respondieron al cuestionario afirmativamente, estando de acuerdo/totalmente de acuerdo con lo enunciado.

Con respecto a la dificultad para trabajar en Equipo, en este estudio no encontramos diferencias en las frecuencias encontradas con respecto al distanciamiento.

		CRUDO	
		Valor	IC 95% p
CLIMA LABORAL	F. ORGANIZACIONALES		
	DIFICULTAD PARA TRABAJAR EN EQUIPO C.S.: <ul style="list-style-type: none"> • Ninguna/baja • Alta/extrema 	1,09	0,71-1,67
	PACIENTES DE TRATO DIFÍCIL: <ul style="list-style-type: none"> • Totalmente en desacuerdo/en desacuerdo • De acuerdo/totalmente de acuerdo 	2,72	1,42-5,23 p=0,03

Tabla LXXIV. OR en crudo: clima laboral y distanciamiento.

c) PÉRDIDA DE EXPECTATIVAS (nivel medio sobre bajo).

La tabla LXXV muestra los OR en crudo de los factores organizacionales de cultura estudiados. Con respecto a la **gerencia y supervisión** como posible estresor en el desarrollo del desgaste profesional, encontramos que es 7,17 veces más frecuente presentar pérdida de expectativas en el nivel de estratificación medio sobre el bajo, con un IC del 95% de 2,51-20,45 y $p=0,000$ en el grupo de profesionales médicos que respondieron estar de acuerdo/totalmente de acuerdo con el enunciado planteado.

Finalmente, con respecto a las variables reunión de Equipo y dificultad de coordinación con otras unidades, en este estudio no se encontraron diferencias con respecto a la pérdida de expectativas.

		OR CRUDO	
		Valor	IC 95% p
CULTURA ORGANIZACIONAL	F. ORGANIZACIONALES		
	REUNIONES DE EQUIPO: • Semanal/mensual • Ocasional	1,15	0,63-2,10
	GERENCIA Y SUPERVISIÓN: • Totalmente en des-acuerdo/en desacuerdo • De acuerdo/totalmente de acuerdo	7,17	2,51-20,45 p=0,000
	DIFICULTAD COORDINACIÓN: Con especialistas médicos: • Ninguna/Baja • Alta/Extrema	1,02	0,61-1,73
	Con psicólogos: • Ninguna/baja • Alta/extrema	1,64	0,98-2,74
	Con trabajadores sociales: • Ninguna/baja • Alta/extrema	1,70	0,81-3,57

Tabla LXXV. *OR en crudo: cultura organizacional y pérdida de expectativas.*

La tabla LXXVI muestra los OR en crudo de los factores organizacionales de diseño de puesto de Trabajo. Con respecto a la **presión temporal** como posible estresor en el desarrollo del desgaste profesional, encontramos que es 30,38 veces más frecuente presentar pérdida de expectativas en el nivel de estratificación medio sobre el bajo, con un IC del 95% de 3,49-264,16 y $p=0,002$ en el grupo de profesionales médicos que estuvieron totalmente de acuerdo/de acuerdo al responder sobre esta variable.

Con respecto al ítem 2 de la variable **autonomía**: “**realizo habitualmente consultas programadas**”, el resultado obtenido fue de 2,1 veces más frecuente presentar pérdida de expectativas en el nivel de estratificación medio sobre el bajo, con un IC del 95% de 1,19-3,54 y $p=0,010$ en el grupo de profesionales médicos que respondieron al cuestionario que lo hacían casi nunca/a veces.

Con respecto al ítem 6: “**la falta de control sobre la gestión del tiempo de atención al paciente me produce miedo a cometer errores**”, el resultado obtenido fue de 2 veces más frecuente presentar pérdida de expectativas en el nivel medio sobre el bajo, con un IC del 95% de 1,12-3,53 y $p=0,018$ en los profesionales sanitarios que

respondieron a este enunciado que tenían esa percepción de falta de control del trabajo con frecuencia/casi siempre.

En relación al ítem 11: **“por falta de tiempo tengo que realizar los avisos domiciliarios urgentes tras la consulta médica cuando termino mi jornada”**, el resultado obtenido fue de 2,3 veces más frecuente presentar pérdida de expectativas en el nivel de estratificación medio sobre bajo, con una IC del 95% de 1,35-3,98 y $p=0,002$ en el grupo de profesionales que respondieron a este enunciado con frecuencia/casi siempre.

En cuanto al ítem 13: **“todos los días atiendo a pacientes que se citan de forma urgente por motivos de consulta no urgentes (sin cita previa)”**, el resultado obtenido fue de 2,3 veces más frecuente presentar pérdida de expectativas en el nivel de estratificación medio sobre bajo, con una IC del 95% de 1,27-4,30 y $p=0,006$ en el grupo de profesionales que respondieron a este enunciado con frecuencia/casi siempre.

Finalmente, tanto en las variables presión asistencial y Cumplimiento Contrato Programa, como en los ítems 1 y 5 de la variable autonomía, no se encontraron diferencias en las frecuencias encontradas en relación con la pérdida de expectativas.

F. ORGANIZACIONALES		OR CRUDO	
		Valor	IC 95% p
DISEÑO DEL PUESTO DE TRABAJO	PRESIÓN ASISTENCIAL: • Hasta 40 pac./día • Más de 40pac./día	1,61	0,92-2,83
	PRESIÓN TEMPORAL: • Totalmente en desacuerdo/en desacuerdo • De acuerdo/totalmente de acuerdo	30,38	3,49-264,15 p=0,002
	CONTRATO PROGRAMA: • No, no sé • Sí	1,14	0,63-2,08
	AUTONOMÍA: Ítem 1: “un gran porcentaje del tiempo de consulta tiene lugar por iniciativa del paciente que se cita a demanda y urgencias”. • Casi nunca/a veces • Con frecuencia/casi siempre	1,65	0,75-3,61
	Ítem 2: “Realizo habitualmente consultas programadas. • Con frecuencia/casi siempre • Casi nunca/a veces	2,05	1,19-3,54 p=0,010
	Ítem 5: “Habitualmente suelo ceñirme a los 6 minutos por paciente”. • Con frecuencia/casi siempre • Casi nunca/a veces	0,71	0,35-1,46
	Ítem 6: “la falta de control sobre la gestión del tiempo de atención al paciente me produce miedo a cometer errores”. • Casi nunca/a veces • Con frecuencia/casi siempre	1,99	1,12-3,53 p=0,018
	Ítem 11: “por falta de tiempo tengo que realizar los avisos domiciliarios urgentes tras la consulta médica cuando termino mi jornada”. • Casi nunca/a veces • Con frecuencia/casi siempre	2,32	1,35-3,98 p=0,002
	Ítem 13: “Todos los días atiendo a pacientes que se citan de forma urgente por motivos de consulta no urgentes (sin cita previa)”. • Casi nunca/a veces • Con frecuencia/casi siempre	2,34	1,27-4,30 p=0,006

Tabla LXXVI. OR en crudo: diseño de puesto de trabajo y pérdida de expectativas.

La tabla LXXVII muestra los OR en crudo de los factores organizacionales de docencia/investigación/formación. Con respecto a la **tutorización MIR** como posible estresor en el desarrollo del desgaste profesional, encontramos que el valor de OR en crudo obtenido de 0,38 podría tener un efecto protector con respecto a la pérdida de expectativas en el nivel de estratificación medio sobre el bajo, con un IC del 95% de

0,22-0,64 y $p= 0,000$ en el grupo de profesionales médicos que respondieron que sí desarrollaban esta labor docente en los centros.

Para el resto de variables: Doctorado, sesiones clínicas, cursos y jornadas y necesidades formativas, no se encontraron diferencias en las frecuencias encontradas para la pérdida de expectativas.

F. ORGANIZACIONALES		OR CRUDO	
		Valor	IC 95% p
DOCENCIA/INVESTIG./FORMACIÓN	TUTORIZACIÓN MIR • No • Sí	0,38	0,22-0,64 p=0,000
	DOCTORADO: • No • Sí	1,22	0,55-2,69
	SESIONES CLÍNICAS (asistencia): • Alguna • Ninguna	0,86	0,99-7,48
	CURSOS/JORNADAS: • Alguna • Ninguna	0,90	0,36-2,43
	NECESIDADES FORMATIVAS: • Ninguna/baja • Alta/extrema	1,30	0,59-2,86

Tabla LXXVII. OR en crudo: docencia/investigación/formación y pérdida de expectativas.

La tabla LXXVIII muestra los OR en crudo de los factores organizacionales relacionados con el clima laboral analizados.

Con respecto a la variable **paciente de trato difícil** como posible estresor en el desarrollo del desgaste profesional, encontramos que es 4,8 veces más frecuente presentar pérdida de expectativas en el nivel de estratificación medio sobre el bajo, con un IC del 95% de 2,39-9,63 y $p=0,000$ en el grupo de profesionales médicos que respondieron al cuestionario afirmativamente estando de acuerdo/totalmente de acuerdo con lo enunciado.

Con respecto a la dificultad para trabajar en Equipo no encontramos diferencias en las frecuencias encontradas con respecto a la pérdida de expectativas.

		OR CRUDO	
		Valor	IC 95% p
CLIMA LABORAL	F. ORGANIZACIONALES		
	DIFICULTAD PARA TRABAJAR EN EQUIPO C.S.: <ul style="list-style-type: none"> • Ninguna/baja • Alta/extrema 	1,36	0,67-2,78
	PACIENTES DE TRATO DIFÍCIL: <ul style="list-style-type: none"> • Totalmente en desacuerdo/en desacuerdo • De acuerdo/totalmente de acuerdo 	4,79	2,39-9,63 p=0,000

Tabla LXXVIII. OR en crudo: clima laboral y pérdida de expectativas.

5.4 Análisis de OR ajustados por edad y género:

a) AGOTAMIENTO EMOCIONAL (nivel medio sobre bajo).

En las tablas LXXIX, LXXX y LXXXI se presentan los resultados del análisis de los OR ajustados por edad, género y factores supraorganizativos, laborales y organizacionales, para el nivel de estratificación de riesgo medio sobre bajo de agotamiento emocional, según la escala CDPM.

Dentro de los factores supraorganizativos relacionados con la consulta informatizada como un posible estresor en el desarrollo del desgaste profesional, encontramos en relación con el ítem 10: **“un motivo de consulta frecuente de mis pacientes es que revise los resultados de pruebas diagnósticas solicitadas por otros especialistas”**, que el agotamiento emocional es 2,1 veces más frecuente en el nivel de estratificación medio sobre bajo, en los Médicos de Familia que respondieron que dicha acción la realizaban con frecuencia/casi siempre, con un IC del 95% de 1,36-3,11 y p=0,001.

En relación al ítem 16: **“me es difícil controlar toda la información suministrada en el día a través del correo corporativo, Formap, Farmaweb, e-SOAP, CEIBE, informes externos, revisar órdenes clínicas, prescripción electrónica, etc...”**, el resultado observado fue de 4,29 veces más frecuente presentar agotamiento emocional, en el grupo de profesionales que respondieron a este enunciado con frecuencia/casi siempre, con una IC del 95% de 2,42-7,60 y $p=0,000$.

Con respecto a la **turnicidad** como posible estresor laboral, encontramos que el agotamiento emocional es 1,5 veces más frecuente en el nivel de estratificación medio sobre bajo, en el grupo de profesionales médicos que trabajan en turno de tarde, con un IC del 95% de 1,02-2,31 y $p=0,038$.

Finalmente, dentro de los factores organizacionales analizados, encontramos diferencias significativas en las veces en las que es más frecuente el agotamiento emocional cuando se relaciona con las variables **gerencia y supervisión**, y los ítems 6 y 11 de la variable **autonomía** como posibles estresores.

Con respecto a la gerencia y supervisión, siendo 4,8 veces más frecuente presentar agotamiento emocional en el nivel de estratificación medio sobre el bajo, con un IC del 95% de 1,23-18,41 y $p=0,024$ en el grupo de profesionales médicos que respondieron al cuestionario estar de acuerdo/totalmente de acuerdo con lo enunciado.

En relación a la autonomía, en el ítem 6: **“la falta de control sobre la gestión del tiempo de atención al paciente me produce miedo a cometer errores”**, siendo 2,5 veces más frecuente presentar agotamiento emocional en los profesionales sanitarios que respondieron a este enunciado que tenían esa percepción de falta de control del trabajo con frecuencia/casi siempre, con un IC del 95% de 1,61-3,96 y $p=0,000$.

En el ítem 11: **“por falta de tiempo tengo que realizar los avisos domiciliarios urgentes tras la consulta médica cuando termino mi jornada”**, siendo 1,6 veces más frecuente presentar agotamiento en el nivel de estratificación medio sobre bajo, con una IC del 95% de 1,07-2,47 y $p=0,022$ en el grupo de profesionales que respondieron a este enunciado con frecuencia/casi siempre.

Solo el ítem 2 de la variable autonomía: **“realizo habitualmente consultas programadas”**, parece comportarse con un factor de protección de agotamiento

emocional en el nivel de estratificación medio sobre bajo, presentando un valor de 0,54, IC 0,36-0,82 y $p=0,004$.

F. SUPRAORGANIZACIONALES	OR AJUSTADOS		
	Valor	IC 95%	p
CONSULTA INFORMATIZADA:			
Ítem 10: “un motivo de consulta frecuente de mis pacientes es que revise los resultados de pruebas diagnósticas solicitadas por otros especialistas”.	2,05	1,36-3,11	0,001
Ítem 16: “me es difícil controlar toda la información suministrada en el día a través del correo corporativo, Formap, Farmaweb, e-SOAP, CEIBE, informes externos, revisar órdenes clínicas, prescripción electrónica, etc...”	4,29	2,42-7,60	0,000

Tabla LXIX. OR ajustados de agotamiento emocional por edad, género y factores supraorganizacionales.

F. LABORALES	OR AJUSTADOS		
	Valor	IC 95%	p
TURNO (tarde)	1,53	1,02-2,31	0,038

Tabla LXXX. OR ajustados de agotamiento emocional por edad, género y factores laborales.

F. ORGANIZACIONALES	OR AJUSTADOS		
	Valor	IC 95%	p
GERENCIA Y SUPERVISIÓN	4,75	1,23-18,41	0,024
AUTONOMÍA:			
Ítem 2: “Realizo habitualmente consultas programadas.	0,54	0,36-0,82	0,004
Ítem 6: “la falta de control sobre la gestión del tiempo de atención al paciente me produce miedo a cometer errores”.	2,52	1,61-3,96	0,000
Ítem 11: “por falta de tiempo tengo que realizar los avisos domiciliarios urgentes tras la consulta médica cuando termino mi jornada”.	1,63	1,07-2,47	0,022

Tabla LXXXI. OR ajustado de agotamiento emocional por edad, género y factores organizacionales.

b) DISTANCIAMIENTO (nivel medio sobre bajo).

En las tablas LXXXII, LXXXIII y LXXXIV se presentan los resultados del análisis de los OR ajustados por edad, género y factores supraorganizativos, laborales y organizacionales para el nivel de estratificación de riesgo medio sobre bajo de distanciamiento según la escala CDPM.

Dentro de los factores supraorganizativos estudiados como posibles estresores en el desarrollo del desgaste profesional, encontramos que con respecto a la **presión social**, el distanciamiento es 9,6 veces más frecuente en el nivel de estratificación medio sobre bajo en el grupo de profesionales médicos que estuvieron totalmente de acuerdo/de acuerdo al responder sobre esta variable, con un IC del 95% de 1,13-81,30 y $p=0,038$.

Con respecto a la **turnicidad** como posible estresor laboral encontramos que es 1,8 veces más frecuente presentar distanciamiento en el nivel de estratificación medio sobre bajo, en el grupo de profesionales médicos que trabajan en turno de tarde, con un IC del 95% de 1,22-2,53 y $p=0,003$.

En relación al ítem 16 de la variable consulta informatizada: “**me es difícil controlar toda la información suministrada en el día a través del correo corporativo, Formap, Farmaweb, e-SOAP, CEIBE, informes externos, revisar órdenes clínicas, prescripción electrónica, etc...**”, encontramos que el distanciamiento es 4,29 veces más frecuente en el nivel de estratificación medio sobre bajo en el grupo de profesionales que respondieron a este enunciado con frecuencia/casi siempre, con una IC del 95% de 1,01-2,78 y $p=0,046$.

Dentro de los factores organizacionales analizados como posibles estresores en el desarrollo de desgaste profesional, encontramos que, con respecto a la **presión temporal**, el distanciamiento es 2,3 veces más frecuente en el nivel de estratificación medio sobre el bajo, con un IC del 95% de 1,22-2,53 y $p=0,003$ en el grupo de profesionales médicos que estuvieron totalmente de acuerdo/de acuerdo al responder sobre este enunciado. En relación con el ítem 5 de la variable autonomía: “**habitualmente suelo ceñirme a los 6 minutos por paciente**”, 2,2 veces más frecuente presentar distanciamiento, en el grupo de médicos que respondieron al cuestionario casi/nunca/a veces, con un IC del 95% de 1,36-3,64 y $p=0,002$.

Finalmente, tanto el género femenino, con un valor de 0,60, IC 0,40-0,90 y $p=0,013$, como el ítem 4 de la variable consulta informatizada: “trabajo según los protocolos de actuación del SERMAS registrando correctamente la información del paciente en la historia clínica”, con un valor de 0,51, IC 0,33-0,78 y $p=0,002$, parecen comportarse como factores de protección con respecto al distanciamiento en el nivel de estratificación medio sobre bajo.

F. SUPRAORGANIZACIONALES	OR AJUSTADOS		
	Valor	IC 95%	p
PRESIÓN SOCIAL	9,60	1,13-81,30	0,038
CONSULTA INFORMATIZADA: Ítem 4: “trabajo según los protocolos de actuación del SERMAS registrando correctamente la información del paciente en la historia clínica”.	0,51	0,33-0,78	0,002
Ítem 16: “me es difícil controlar toda la información suministrada en el día a través del correo corporativo, Formap, Farmaweb, e-SOAP, CEIBE, informes externos, revisar órdenes clínicas, prescripción electrónica, etc...”	1,68	1,01-2,78	0,046
F. SOCIODEMOGRÁFICO	Valor	IC 95%	p
GÉNERO	0,60	0,40-0,90	0,013

Tabla LXXXII. OR ajustados de distanciamiento por edad, género y factores supraorganizativos.

F. LABORALES	OR AJUSTADOS		
	Valor	IC 95%	p
TURNO (tarde)	1,75	1,22-2,53	0,003

Tabla LXXXIII. OR ajustados de distanciamiento por edad, género y factores laborales

F. ORGANIZACIONALES	OR AJUSTADOS		
	Valor	IC 95%	p
PRESION TEMPORAL	2,30	1,14-4,64	0,020
AUTONOMÍA: Ítem 5: “Habitualmente suelo ceñirme a los 6 minutos por paciente”.	2,22	1,36-3,64	0,002

Tabla LXXXIV. OR ajustados de distanciamiento por edad, género y factores organizacionales.

c) PÉRDIDA DE EXPECTATIVAS (nivel medio sobre bajo).

En las tablas LXXXV, LXXXVI y LXXXVII se presentan los resultados del análisis de los OR ajustados por edad, género y factores supraorganizativos, laborales y organizacionales para el nivel de estratificación de riesgo medio sobre bajo de pérdida de expectativas, según la escala CDPM.

Dentro de los factores supraorganizativos estudiados como posibles estresores en el desarrollo del desgaste profesional encontramos, en relación con la **presión social**, que la pérdida de expectativas es 42,02 veces más frecuente en el nivel de estratificación medio sobre bajo en el grupo de profesionales médicos que estuvieron totalmente de acuerdo/de acuerdo al responder sobre esta variable, con un IC del 95% de 7,93-222,61 y $p=0,000$.

Con respecto a la **turnicidad** como posible estresor laboral, encontramos que la pérdida de expectativas es 2,4 veces más frecuente en el nivel de estratificación medio sobre bajo, en el grupo de profesionales médicos que trabajan en turno de tarde, con un IC del 95% de 1,22-4,59 y $p=0,011$.

Dentro de los factores organizacionales analizados como posibles estresores en el desarrollo de desgaste profesional encontramos: con respecto a la **presión temporal**, la pérdida de expectativas es 12,4 veces más frecuente en el nivel de estratificación medio sobre el bajo, con un IC del 95% de 1,34-114,48 y $p=0,027$ en el grupo de profesionales médicos que estuvieron totalmente de acuerdo/de acuerdo al responder sobre este enunciado. En relación con el ítem 11 de la variable autonomía: **“por falta de tiempo tengo que realizar los avisos domiciliarios urgentes tras la consulta médica cuando termino mi jornada”**, la pérdida de expectativas es 2,3 veces más frecuente en el nivel de estratificación medio sobre bajo, con una IC del 95% de 1,35-3,98 y $p=0,002$ en el grupo de profesionales que respondieron a este enunciado con frecuencia/casi siempre. Con respecto al paciente de trato difícil, 3,86 veces más frecuente, con un IC del 95% de 1,75-8,53 y $p=0,001$ en el grupo de profesionales médicos que respondieron al cuestionario estar de acuerdo/totalmente de acuerdo.

Finalmente, tanto el género femenino, con un valor de 0,47, IC 0,22-0,99 y $p=0,048$, como la tutorización MIR, con un valor de 0,51, IC 0,28-0,94 y $p=0,030$, parecen

comportarse como factores de protección con respecto a la pérdida de expectativas en este estudio.

F. SUPRAORGANIZACIONALES	OR AJUSTADOS		
	Valor	IC 95%	p
PRESIÓN SOCIAL	42,02	7,93-222,61	0,000
F. SOCIODEMOGRÁFICO	Valor	IC 95%	p
GÉNERO	0,47	0,22-0,99	0,048

Tabla LXXXV. OR ajustados de pérdida de expectativas por edad, género y factores supraorganizativos.

F. LABORALES	OR AJUSTADOS		
	Valor	IC 95%	p
TURNO (tarde)	2,37	1,22-4,59	0,011

Tabla LXXXVI. OR ajustados de pérdida de expectativas por edad, género y factores laborales.

F. ORGANIZACIONALES	OR AJUSTADOS		
	Valor	IC 95%	p
PRESIÓN TEMPORAL	12,38	1,34-114,48	0,027
AUTONOMÍA: Ítem 11: “por falta de tiempo tengo que realizar los avisos domiciliarios urgentes tras la consulta médica cuando termino mi jornada”.	1,95	1,08-3,53	0,027
TUTORIZACIÓN MIR	0,51	0,28-0,94	0,030
PACIENTE TRATO DIFÍCIL	3,86	1,75-8,53	0,001

Tabla LXXXVII. OR ajustados de pérdida de expectativas por edad, género y factores organizacionales.

En la tabla LXXXVIII y LXXXIX se detallan los principales resultados observados en el análisis de los antecedentes del desgaste profesional, ajustados por edad y género mediante el método de regresión logística “hacia delante” de razón de verosimilitud:

ESTRESORES LABORALES DE RIESGO			
F. SUPRAORGANIZATIVOS	Valor OR	IC 95% p<0,005	Dimensión afectada nivel medio sobre bajo
CONSULTA INFORMATIZADA: NUEVAS TECNOLOGÍAS: Ítem 10: “un motivo de consulta frecuente revisión resultados de pruebas solicitadas por otros especialistas”.	2,05	1,36-3,11	Agotamiento
Ítem 16: “me es difícil controlar toda la información suministrada en el día...”.	4,29 1,68	2,42-7,60 1,01-2,78	Agotamiento Distanciamiento
PRESIÓN SOCIAL	9,60 42,02	1,13-81,30 7,93-222,61	Distanciamiento Pérdida Expectativas
F. LABORALES	Valor OR	IC 95% p<0,005	Dimensión afectada nivel medio sobre bajo
TURNO (tarde)	1,53 1,75 2,37	1,02-2,31 1,22-2,53 1,22-4,59	Agotamiento Distanciamiento Pérdida Expectativas
F. ORGANIZATIVOS	Valor OR	IC 95% p<0,005	Dimensión afectada nivel medio sobre bajo
GERENCIA Y SUPERVISIÓN	4,75	1,23-18,41	Agotamiento
AUTONOMÍA Ítem 5: “habitualmente suelo ceñirme a los 6 minutos por paciente”.	2,22	1,36-3,64	Distanciamiento
Ítem 6: “la falta de control sobre la gestión del tiempo de atención al paciente me produce miedo a cometer errores”.	2,52	1,61-3,96	Agotamiento
Ítem 11: “por falta de tiempo tengo que realizar los avisos domiciliarios urgentes cuando termino mi jornada”.	1,63 1,95	1,07-2,47 1,08-3,53	Agotamiento Pérdida Expectativas
PRESIÓN TEMPORAL	2,30 12,38	1,14-4,64 1,34-114,48	Distanciamiento Pérdida Expectativas
PACIENTES TRATO DIFÍCIL	3,86	1,75-8,53	Pérdida Expectativas

Tabla LXXXVIII. *Estresores laborales de riesgo ajustados y dimensión afectada.*

PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO	FACTORES DE PROTECCIÓN		
	Valor OR	IC 95% p<0,005	Dimensión afectada nivel medio sobre bajo
GÉNERO	0,60 0,47	0,40-0,90 0,22-0,99	Distanciamiento Pérdida Expectativas
F. SUPRAORGANIZATIVOS	Valor OR	IC 95% p<0,005	Dimensión afectada nivel medio sobre bajo
CONSULTA INFORMATIZADA Ítem 4: “trabajo según los protocolos de actuación del SERMAS registrando correctamente la información del paciente en la historia clínica”.	0,51	0,33-0,78	Distanciamiento
F. ORGANIZATIVOS	Valor OR	IC 95% p<0,005	Dimensión afectada nivel medio sobre bajo
TUTORIZACIÓN MIR	0,51	0,28-0,94	Pérdida Expectativas
AUTONOMÍA Ítem 2: “realizo habitualmente consultas programadas”.	0,54	0,36-0,82	Agotamiento

Tabla LXXXIX. Principales factores de protección y dimensión afectada.

6.- Consecuencias:

6.1 Análisis descriptivo:

En la tabla XC quedan recogidas las principales consecuencias analizadas en este estudio según la Escala de Consecuentes del CDPM: deseos de abandono, consecuencias físicas y emocionales y aislamiento socioprofesional.

CONSECUENTES	Frecuencia	Porcentaje	EA CDPM (ítems)
DESEOS DE ABANDONO: <ul style="list-style-type: none"> Totalmente en desacuerdo En desacuerdo De acuerdo Totalmente de acuerdo 	115 146 219 135	18,7% 23,7% 35,6% 22%	1 Si pudiese, si tuviera seguridad laboral y económica, cambiaría de profesión. 5 He tenido deseos de abandonar la profesión. 11 Algunas veces tengo ganas de abandonar la profesión. 14 Me gustaría dejar la profesión por un tiempo o cambiar a otros servicios.
CONSECUENCIAS FÍSICAS: <ul style="list-style-type: none"> Totalmente en desacuerdo En desacuerdo De acuerdo Totalmente de acuerdo No registro 	66 95 297 156 1	10,7% 15,4% 48,3% 25,4% 0,2%	2 En ocasiones tengo molestias psicósomáticas por mi trabajo. 6 El trabajo tiene consecuencias físicas sobre mi salud. 9 Últimamente los problemas en mi trabajo se reflejan en mi salud. 12 He tenido alteraciones del sueño en los últimos meses.
CONSECUENCIAS EMOCIONALES: <ul style="list-style-type: none"> Totalmente en desacuerdo En desacuerdo De acuerdo Totalmente de acuerdo 	37 127 359 92	6% 20,7% 58,4% 15%	4 Frecuentemente estoy hipersensible a la crítica. 8 Mi trabajo me vuelve irritable con la familia. 10 En ocasiones pierdo la confianza en mi mism@. 13 Me noto preocupad@ e incluso obsesionad@ por temas laborales.
 AISLAMIENTO SOCIOPROFESIONAL: <ul style="list-style-type: none"> Totalmente en desacuerdo En desacuerdo De acuerdo Totalmente de acuerdo 	86 257 241 31	14% 41,8% 39,2% 5%	3 Prefiero trabajar sol@ que en equipo en este trabajo. 7 Cada vez me resultan más difíciles las relaciones sociales en mi trabajo. 15 Prefiero arreglármelas yo sol@ para realizar el trabajo diario. 16 Evito en lo posible el trato personal con los compañer@s del trabajo.

Tabla XC. *Consecuentes del desgaste profesional.*

Con respecto a los **deseos de abandono**, el grado de participación de los Médicos de Familia fue del 100%. Un 22% (135 médicos) se mostró totalmente de acuerdo con las afirmaciones enunciadas, el 35,6% (219 médicos) de acuerdo, un 23,7% (146 médicos) en desacuerdo y el 18,7% (115 médicos) totalmente en desacuerdo.

En relación a **las consecuencias físicas** derivadas de la exposición a posibles factores de riesgo organizacionales y laborales, el grado de participación fue del 98% (614 médicos) habiendo un 0,2% (1 médico) que no registró esa información. El 25,4% (156 médicos) se mostrarán totalmente de acuerdo con las afirmaciones enunciadas en la Escala de Consecuentes, el 48,3% (297 médicos) de acuerdo, el 15,4% (95 médicos) en desacuerdo y el 10,7% (66 médicos) totalmente en desacuerdo.

En cuanto a **las consecuencias emocionales**, el grado de participación fue del 100% de los profesionales sanitarios. El 15% (92 médicos) se mostraron totalmente en desacuerdo, el 58,4% (359 médicos) de acuerdo, el 20,7% (127 médicos) en desacuerdo y el 6% (37 médicos) totalmente en desacuerdo.

Finalmente, con respecto a la percepción de **aislamiento socioprofesional**, el grado de participación de los profesionales sanitarios fue del 100%. El 5% (31 médicos) se mostrarán totalmente de acuerdo con lo enunciado, el 39,2% (241 médicos) de acuerdo, el 41,8% (257 médicos) en desacuerdo y el 14% (86 médicos) totalmente en desacuerdo.

DISCUSIÓN

“En toda discusión, no es una tesis la que se defiende sino a uno mismo.

Paul Valéry

DISCUSIÓN:

1.- Representatividad de los resultados, prevalencia del síndrome de burnout en los Médicos de Familia del SERMAS medidos según el cuestionario MBI y comparativa con otros resultados observados:

Con respecto a la representatividad de la muestra seleccionada y la posibilidad de generalizar los resultados sobre la población a estudio, cabría destacar que **la tasa de respuesta** alcanzada se situó en el 75,5% de los Médicos de Familia seleccionados.

Si bien es esperable que en el 24,4% restante de Médicos de Familia que no quisieron participar en esta investigación se encuentre un porcentaje variable de posibles afectados con un nivel de riesgo alto de *burnout* (“los más desgastados”), los resultados obtenidos son aceptables y representativos, en gran medida gracias a la comunicación por carta dirigida a los centros sanitarios seleccionados, la presencia de una monitoria independiente del estudio y la adecuación de la entrevista con los Médicos de Familia en horario bisagra, adaptándonos a sus horarios de trabajo, facilitando la participación y la confidencialidad de los datos.

Conviene recordar que tasas de respuesta obtenidas con porcentajes inferiores al 60% son cuestionables desde el punto de vista científico, e inaceptables por debajo del 50%²¹⁷.

Así mismo, es representativa **la tasa de respuesta/centro de salud** obtenida y los resultados alcanzados de *burnout*. Destacar que en 47 centros sanitarios de los 60 seleccionados, más del 60% de sus trabajadores respondieron al cuestionario, y en 11 centros de salud, el 100%, existiendo **una prevalencia de síndrome de burnout en este estudio del 11,9%** (50% con alto agotamiento emocional, el 34,3% alta despersonalización y un 28,3% de baja realización personal), cuando hemos utilizado como instrumento de medida el cuestionario **MBI**.

Estos resultados alcanzados de **prevalencia de burnout por MBI** son similares a los observados en otros estudios españoles en población sanitaria de Médicos de Familia. En 2001, en el estudio de Rasgos de personalidad y *burnout* en médicos de Atención Primaria de Barcelona⁹⁸, en donde se evaluaban 93 centros de Atención Primaria de la ciudad de Barcelona y de las comarcas del norte de la provincia: Vallès

Oriental, Vallès Occidental, Mareseme, Osona, Bages y Berguedà (región sanitaria centro), mediante encuesta directa por entrevista personal o grupal a 528 médicos de Atención Primaria, con una prevalencia de *burnout* del 12,4% (46,8% de alto agotamiento, 41,6% de alta despersonalización y un 30,4% de baja realización personal), con una tasa de respuesta del 80,8%. En 2006, en otro estudio que investigaba la salud mental de los médicos utilizando el cuestionario MBI, con una tasa de respuesta del 61,9%, observando un porcentaje de agotamiento emocional alto en un 53,3%, un 47,1% de alta despersonalización (porcentaje más elevado), y baja realización personal en un 33,3%²¹⁸.

En el resto de estudios revisados las tasas de respuesta no fueron aceptables (en torno al 60%), o incluso inaceptables entre el 30-40%, no quedando referenciada la prevalencia de *burnout*, solo los porcentajes y frecuencias alcanzadas en las tres dimensiones por separado mediante cuestionario MBI (ver tabla IX).

No obstante, cabe destacar un estudio transversal de la Red Europea de investigación de práctica general (EGPRN), de 2008²¹⁹, realizado en 12 países, con una tasa de respuesta del 41%, evaluándose factores demográficos, de experiencia laboral, salud, estilo de vida y satisfacción laboral, y utilizando el MBI como instrumento de medida de *burnout*.

En relación al agotamiento emocional, el 43% de los encuestados obtuvo puntuaciones altas, el 35% en despersonalización y el 32% en baja realización personal, con un **12%** en las tres dimensiones.

Así mismo, se observó una fuerte asociación con varias variables del estudio: país de residencia y región europea, satisfacción laboral, deseos de cambiar de trabajo, bajas laborales, consumo de alcohol, tabaco y medicación, edad más joven y sexo masculino.

Los encuestados búlgaros, italianos e ingleses demostraron altas proporciones de alto agotamiento; los griegos, italianos e ingleses, de alta despersonalización, mientras que los encuestados griegos y turcos demostraron altas proporciones de baja realización personal, habiendo una considerable variabilidad entre países, informando menos los médicos de los países del sur de Europa.

2.- Niveles de riesgo de desgaste profesional, según Cuestionario de Desgaste Profesional Médico, en sus tres dimensiones y comparativa:

Con respecto a los resultados obtenidos en el momento del estudio según el nivel de riesgo observado entre los Médicos de Familia seleccionados por CDPM, el 7,8% (48 Médicos de Familia) –273 médicos si la estimación se hace poblacional–, se encontraba en un **nivel alto** de desgaste, con necesidades **de un nivel de intervención alto**⁵⁶ en materia de prevención de riesgos laborales, el 64,9% en **nivel medio** (399 médicos) y un 27,3% (168 médicos) en niveles bajos.

En definitiva, 48 posibles **accidentes de trabajo**⁸¹ que podrían ser **evitables**.

Cabría destacar que estos resultados son similares a los obtenidos en los estudios realizados en 1.099 profesionales médicos de Atención Primaria y especializada en población médica española (n=916) y población cubana (n=183), en donde los porcentajes totales obtenidos de *burnout* (n=393) fueron de 7,6% para el nivel alto, 62,1% para el nivel medio y 30,3% en nivel bajo⁵⁶.

Igualmente importante es el resultado de 399 médicos del total de la muestra seleccionada (64,9%) con **niveles medios** de desgaste profesional. Los que podríamos considerar “en proceso de enfermar física y mentalmente” y a los que habría que intensificar las medidas de prevención de riesgos laborales y de vigilancia de su salud⁸⁴.

Para ahondar aún más en esta afirmación, cuando medimos por CDPM las frecuencias y porcentajes alcanzados en el estudio en cada una de las dimensiones por separado, encontramos que los Médicos de Familia “en proceso de agotarse emocionalmente”, representan el 44,6% (274 médicos) del total de la muestra seleccionada, el 50,2% (309 médicos), están en riesgo de distanciarse de sus pacientes, y el 65,4% (402 profesionales) de sufrir pérdida de expectativas.

Este último dato resulta muy llamativo, al ser la dimensión que mejor describe el nivel **motivacional** de los profesionales sanitarios y el grado de desajuste entre la demanda de los trabajadores con respecto al sentido de la actividad profesional, reconocimiento y poder adquisitivo y lo ofertado por la empresa¹⁸⁹.

Entre nivel medio y alto suman un 88,5% de los encuestados.

3.- Mapa de *burnout* en los Médicos de Familia del SERMAS:

Con la elaboración de un mapa de *burnout*, tomando como instrumento de medida el Cuestionario MBI, que permite el cálculo de la prevalencia de los Médicos de Familia afectados según los distintos puntos de corte establecidos^{56,98}, se ha pretendido trasladar, tras el análisis de los resultados obtenidos por cada uno de los centros de salud evaluados, una imagen gráfica que nos permitiese identificar la verdadera dimensión del problema, facilitando su abordaje en materia de prevención de riesgos laborales.

Los porcentajes del síndrome de *burnout* observados en los centros de salud seleccionados cuya gestión está a cargo de la Gerencia de Atención Primaria y organizado en torno a siete Direcciones Asistenciales que coordinan los centros de su ámbito territorial²²⁰, son especialmente preocupantes.

En todas ellas, más del 50% de los Médicos de Familia en servicio activo en el momento del estudio presentaban altos niveles de agotamiento y despersonalización y baja realización personal, como los elementos descriptivos del síndrome.

Un 57% de afectación en la DA Norte; un 56% en la DA Noroeste; un 50% en la DA centro; un 75% en la DA Oeste; un 75% en la DA Sur; un 69% en la DA Sureste y un 57% en la DA Este.

Dado que el 72,7% de los Médicos de Familia, según el cuestionario CDPDM, presentaban niveles de riesgo medios y altos de desgaste profesional, podemos afirmar, siguiendo la propia definición del síndrome, que la exposición crónica a posibles factores psicosociales de riesgo laboral en el SERMAS no haya sido un proceso aislado, sin poder concretar el tiempo de exposición a dichos estresores.

4.- Perfil sociodemográfico:

Sobre el **perfil sociodemográfico**, en nuestro estudio la mediana de edad se situó en los 52 años, con un predominio del género femenino: el 66,5% eran mujeres, frente a un 25,9% de hombres, quedando sin registrar el 7,6% de los encuestados, un mayor porcentaje de casados frente a solteros, divorciados o viudos y en su mayoría con dos hijos.

Si bien para algunos autores el número de afectados por el síndrome es menor a mayor edad¹⁵⁵ –la explicación dada al respecto es que, con los años, los individuos

ganan experiencia, competencia, autonomía y capacidad para afrontar el estrés, fundamentalmente contra el agotamiento¹⁶²-, para otros autores e investigaciones⁹¹ son los grupos de mediana edad los más vulnerables a la pérdida de expectativas y a las dificultades para afrontar cambios vitales importantes, como cambiar de puesto de trabajo o la conciliación familiar y laboral²²¹.

Estas afirmaciones parecen ajustarse a la realidad cuando se estratifica la variable edad en intervalos, obteniendo relaciones significativas con índices bajos de *burnout* entre los 20-25 años, entre los 25-40 años, alto, y mínimo a partir de los 40 años aproximadamente⁹.

Dado que en la profesión médica no encontramos ningún médico por debajo de los 25 años –la edad media de los nuevos MIR es de 28 años según el Tercer Informe Descriptivo MIR-R1 del Ministerio de Sanidad²²²; en el caso de la Especialidad de Medicina de Familia y Comunitaria, la edad media se sitúa en los 29 años–, el 13,8% de los Médicos de Familia encuestados tenían edades comprendidas entre los 25 y los 40 años, y el 86,2%, por encima de los 40 años, teóricamente con mayores capacidades de afrontamiento frente al estrés¹⁶², pero al mismo tiempo más vulnerables a la pérdida de expectativas²²¹, existiendo un 65,4% de los médicos con un nivel de riesgo medio (CDPM), y por lo tanto, en proceso hacia niveles más altos.

5.- Estresores laborales de riesgo y factores de protección:

El estudio de **los antecedentes** del síndrome (posibles causas) en la evaluación del proceso de desgaste, tiene especial relevancia en esta investigación dada la implicación que puede tener su diagnóstico en aspectos que no son puramente clínicos, sino también legales y administrativos: la gestión de la incapacidad laboral, evaluación de comportamientos mejorables y sancionables en materia de prevención de riesgos laborales, el reconocimiento por parte de la empresa del nivel alto de desgaste como accidente de trabajo, adaptabilidad de los puestos de trabajo, etc...

Entre los factores laborales analizados, destacar los datos de temporalidad observados en este estudio de *burnout* en Atención Primaria que fueron del 25,6 %: un 11,1% de personal interino frente al 14,3% de personal eventual, habiendo 60 Médicos de Familia entre los 40 y 49 años, 37 médicos entre los 50 y 60 años y 4 médicos por encima de los 60 años.

En la Memoria del 2016 del SERMAS²²³ hasta el 35,86% del personal sanitario en activo era temporal; un 19,74% interinos y 16,12% eventuales.

En cuanto a la turnicidad, la jornada laboral de mañana predomina en el 40,5% de los encuestados sobre el turno tarde, con el 33,5%, hallándose en el momento del estudio un 24,4% de los profesionales deslizando o acabalgando el turno. En cuanto a la experiencia laboral la media se situó en los 19 años.

Resulta llamativo que, si bien algunos estudios relacionan mayores niveles de *burnout* alcanzados con respecto a la inseguridad laboral entre el personal fijo frente a eventuales²²⁴, no por el tipo de contrato sino por el menor compromiso alcanzado, satisfacción y mayor agotamiento en la percepción de esa inseguridad laboral de los trabajadores fijos²²⁵, otras investigaciones, sin embargo, no encuentren esas diferencias analizadas significativas¹³¹.

En este sentido debemos recordar las Directivas europeas que establecen que la temporalidad laboral debe tener un tiempo límite reconocido de 3 años en el caso de los empleados públicos y que la legislación española no ha traspuesto la Directiva europea sobre temporalidad en ese sector²²⁶. Tal es así, que el Juzgado de lo Contencioso-Administrativo nº 8 de Madrid en un acta judicial ha tenido que consultar al Tribunal de Justicia Europeo sobre un posible caso de abuso de temporalidad de un trabajador interino del SERMAS durante 17 años²²⁷.

En Atención Primaria el modelo organizativo está determinado fundamentalmente por la necesidad de favorecer la accesibilidad universal y la demanda asistencial de la población adscrita a los centros sanitarios¹⁹⁰.

En nuestro estudio la media de la demanda asistencial en el día en la muestra seleccionada de Médicos de Familia fue de 40 pacientes al día. Este resultado por sí mismo tiene gran valor testimonial.

Para llevar a cabo el contenido de la tarea con criterios de calidad²²⁸ y seguridad del paciente –en este estudio, el 43% de los Médicos de Familia prestan asistencia sanitaria “con miedo a cometer errores, ante la falta de control sobre la gestión del tiempo de atención al paciente”–, se deben delimitar, definir y respetar unos tiempos máximos para las tareas asistenciales: el 60% al 75% de la jornada laboral, cumpliendo con espacios organizativos, espacios de formación y docencia, espacios de promoción

de la salud comunitaria, espacios de descanso para crear la necesaria buena atmósfera de Equipo, no más de 5 horas seguidas asistenciales, no más de 4 pacientes por hora (más de 3,8 incrementa notablemente la derivación a otros especialistas), con un tiempo recomendado por paciente de 10 minutos^{193,194}, máximo de 25 pacientes/día, no más de 1.200 pacientes adscritos por médico y minimizar la gestión burocrática de la consulta médica¹⁸⁹.

Plantear que **la media de la presión asistencial en el día** en la muestra seleccionada es de **40 pacientes/día**, sin que existan mecanismos de control de esa accesibilidad, siendo la Atención Primaria la puerta de entrada al SPS¹⁹⁰, es comprender que, en sí mismo, este dato observado puede ser considerado de **riesgo psicosocial laboral**, obligando a un 50% de los Médicos de Familia encuestados “por falta de tiempo, a tener que realizar los avisos domiciliarios urgentes tras la consulta médica cuando ha terminado la jornada laboral”.

Sin embargo, según el Observatorio de Resultados del Servicio Madrileño de Salud sobre presión asistencial anual para Médicos de Familia, entendida como el número de personas que, por término medio, es atendido por profesional y día de trabajo efectivo, en 2017, era de 34,74²²⁹.

Estas diferencias encontradas pueden deberse a que es frecuente en Atención Primaria prestar asistencia sanitaria a **pacientes que se citan de forma urgente por motivos de consulta no urgente en el día** (tras ser evaluados en consulta médica), sobrecargando las agendas, con serios perjuicios para la gestión y organización del trabajo, para la autonomía decisional y temporal, el control del trabajo realizado, la seguridad del paciente, la calidad suministrada y percibida por el médico y para su salud y bienestar psicosocial.

En un estudio transversal, observacional y multicéntrico sobre las características de la demanda sanitaria en las consultas de medicina de familia de un área de salud de la Comunidad Valenciana, sobre una muestra representativa de 2.051 pacientes, pertenecientes a 20 consultas de Médicos de Familia, en 13 centros de salud del área, y seleccionados por muestreo estratificado y aleatorio, el 23,6% de los pacientes atendidos acudieron sin cita previa²³⁰.

En esta investigación, el 87,2% de los médicos respondieron que casi

siempre/con frecuencia, “todos los días atienden a pacientes sin cita previa” en estas circunstancias.

Para el **análisis bivariante** se ha analizado el desgaste profesional, según el cuestionario CDPM, con su puntuación global según los puntos de corte establecidos y las tres dimensiones del desgaste por separado. Destacar que la mayor parte de las asociaciones han resultado ser estadísticamente significativas en el ámbito laboral, existiendo muy pocas modificaciones en las diferencias encontradas en las tres dimensiones por separado, siendo los tres elementos descriptivos en este estudio esenciales en el desarrollo del desgaste profesional en los médicos participantes¹⁵³. No todos los autores defienden la tridimensionalidad del síndrome, existiendo otras formas de conceptualizarlo, no incluyendo la realización personal¹⁷⁹.

Resaltar que, con respecto al **agotamiento emocional** y los factores supraorganizativos, esas asociaciones significativas se hallan en todos las variables e ítems analizados, tanto en las dimensiones del CDPM que exploran los antecedentes del síndrome (presión social, deterioro social de la profesión e interacción con el dolor y la muerte)⁵⁶, como en la nueva variable propuesta en este estudio en cuanto a la gestión de la sobrecarga burocrática de la consulta informatizada (consulta informatizada⁷⁴ y tecnoestrés⁷⁵). De igual manera, en múltiples factores laborales (situación laboral y turno –tendencia–) y organizativos analizados de cultura organizacional (gestión y supervisión), de diseño del puesto de trabajo (presión asistencial, presión temporal y los 6 ítems propuestos de autonomía decisional y temporal), así como los factores ligados a las necesidades formativas, tutorización MIR y clima laboral (relación con pacientes difíciles), no encontrando en las variables sociodemográficas resultados estadísticamente significativos.

En cuanto al **distanciamiento** con el paciente, destacar la tendencia encontrada en los resultados con respecto al género, manteniéndose prácticamente intactas las diferencias significativas observadas, con respecto al agotamiento, en cuanto a los factores supraorganizativos (presión social y los 5 ítems de la gestión de la consulta informatizada), laborales (turno) y organizativos de cultura (gerencia y supervisión, debiendo resaltar el distanciamiento con psicólogos con respecto a las dificultades encontradas de coordinación entre unidades), de diseño (presión temporal y 3 ítems de autonomía) y clima laboral, siendo significativa la dificultad de comunicación con

pacientes con actitudes agresivas y con los usuarios que se citan de forma urgente sin motivo de consulta urgente (sin cita previa).

Finalmente, sobre la **pérdida de expectativas**, las diferencias encontradas ligadas a los factores supraorganizativos (todas las variables, salvo trabajar con protocolos de actuación), el turno, la gerencia y supervisión, las dificultades de coordinación con psicólogos y trabajadores sociales, la presión temporal, 4 ítems de autonomía, las necesidades formativas y la relación con pacientes difíciles con actitudes demandantes, agresivas, con algún trastorno mental y usuarios sin cita previa.

Para el **análisis multivariante** entre las dimensiones del desgaste profesional y los factores laborales, supraorganizacionales y organizativos, tras consultar con una de las expertas en la materia, la Dra. Macarena Gálvez Herrer, que participó en la elaboración del CDPM, se consideró tomar como referencia para llevar a cabo el cálculo de las OR mediante el método de regresión logística binaria, **el nivel de riesgo medio de desgaste profesional sobre el bajo**. Con ello se ha pretendido identificar a aquellos pacientes “en proceso”, menos complejos pero de riesgo mayor, con necesidades de una planificación e intervención más proactiva en prevención secundaria, siguiendo la clasificación de los distintos niveles de prevención ya señalados⁵⁶.

Recordar que el nivel alto de desgaste profesional responde a un diagnóstico de daños¹⁴³, en el que las medidas de prevención no han sido suficientes o nunca se adoptaron. Entendiendo las limitaciones de los estudios transversales a la hora de establecer una secuencia temporal entre el factor exposición y el efecto que se mide en un mismo y único momento²³¹, la propia definición del síndrome con respecto a la cronicidad del estrés laboral² y “el proceso del desgaste”⁴⁴, el interés de este estudio se ha centrado en evaluar **cómo evitar el riesgo psicosocial**, y con ello, posibles accidentes de trabajo, y no tanto en la evaluación psicosocial de las causas del daño sufrido, en el nivel alto sobre el medio, en prevención terciaria.

Con respecto a los tres elementos descriptivos del síndrome:

a) Agotamiento emocional:

El nivel de riesgo medio sobre bajo de agotamiento emocional en los Médicos de Familia del SERMAS investigados, se asoció de forma significativa con el **turno de tarde, los déficit percibidos en la gestión y supervisión propuestas por la**

organización, la sobrecarga burocrática derivada de la consulta informatizada, la falta de autonomía temporal y de ordenación del tiempo trabajado en relación a los avisos domiciliarios que se realizan fuera del horario laboral por falta de tiempo, siendo determinantes como **estresores laborales de riesgo**.

Con respecto a **la turnicidad laboral** de mañana y tarde, así establecida estructuralmente en la Atención Primaria madrileña, destacar que este modelo está siendo sometido a continua revisión y modificación desde distintos ámbitos e instituciones sanitarias, no habiéndose encontrado en otras investigaciones resultados estadísticamente significativos con respecto a los cambios de turno y el desarrollo del síndrome²³².

Destacar que la Gerencia Asistencial de Atención Primaria ya formuló una propuesta de modificación organizativa para adecuar la atención sanitaria a la distribución asistencial a lo largo del día, adaptándose a los horarios en los que los ciudadanos acuden realmente a su centro de salud, permitiendo citar a los ciudadanos hasta las 18.30h en 14 centros piloto que serían posteriormente evaluados, siendo este el tramo horario donde se concentra actualmente el 85% de la asistencia de los ciudadanos, siguiendo el modelo organizativo que ya existe en un 80% de los centros de salud de la Comunidad de Madrid, donde muchos de los profesionales realizan la asistencia sanitaria en turnos deslizantes y/o acabalgados²³³.

La idea de que la organización del trabajo en Atención Primaria se efectúe “*con carácter general a través del establecimiento de turnos de mañana y turnos de tarde, impidiendo, principalmente el turno de tarde, en algunos casos, la conciliación familiar y laboral*”, según documento de Resolución conjunta de la Dirección General de Atención Primaria y la Dirección General de Recursos Humanos del SERMAS de 21 de mayo de 2014, en las que se dictan instrucciones sobre turnos deslizantes en los centros de salud de Atención Primaria²³⁴, es una conceptualización organizativa a superar y mejorar para cualquier organización de trabajo que busque la Excelencia y la protección de la salud de los trabajadores, garantizando derechos fundamentales.

Recordar que aquellas situaciones del trabajo que generan conflicto trabajo-familia, según algunos estudios, pueden generar deseos de abandono e insatisfacción laboral²³⁵, pudiendo ser considerados como un riesgo psicosocial laboral³⁴.

En este sentido, el turno deslizante, dentro de la autonomía de la gestión de los centros de salud, ha permitido el establecimiento de horarios más compatibles con las demandas familiares²³⁴.

Sin embargo, el acceso a los mismos, tal y como está recogido en la Resolución de 21 de mayo de 2014, no siempre es de fácil implantación, siendo también fuente de conflictos, debiéndose resolver mediante consenso interno de un 70% de los EAP, tras procedimiento baremado, “señalando que, con independencia de las puntuaciones obtenidas”, eligen primero el personal fijo, después el interino y finalmente el temporal –con lo que las motivaciones a la hora de solicitarlo (conciliación) no son prioritarias–, además de precisar unos requisitos organizativos previos: existencia de locales disponibles, permanencia en cada turno de al menos el 50% de los efectivos, mantenimiento de agendas de calidad, sin costes, adaptación en periodos vacacionales y un año de vigencia prorrogable²³⁴.

En cuanto a la **gestión y supervisión como estresor de riesgo** de todas esas demandas exigidas, definidas como las dificultades organizacionales procedentes de demandas de la dirección y supervisores inmediatos, ausencia de respuesta ante demandas del profesional, ausencia de participación en la toma de decisiones y criterios de gestión o dirección contradictorios, recordar que ya habían sido advertidas de forma crónica por diferentes organizaciones, organismos e instituciones sanitarias, como la manifestada desde el año 2000 por la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (SEMFYC), la Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN) y la Confederación Estatal de Sindicatos Médicos (CESM), dentro de un Grupo de Consenso para referirse a **la situación laboral y organizativa de riesgo de la Atención Primaria en España**¹⁸⁹.

A este respecto existen estudios que alertan de que la falta de apoyo de los supervisores puede tener efectos directos¹⁸⁸, incrementando los daños sufridos por *burnout*, como el desarrollado sobre 51 Equipos de Atención Primaria del Institut Català de la Salut en Barcelona, principalmente en las dimensiones de agotamiento y despersonalización, en aquellos profesionales que calificaron negativamente a sus mandos superiores²³⁶.

Así mismo resulta determinante **la sobrecarga burocrática en la gestión informatizada de la consulta médica (tecnoestrés⁷⁵)** con respecto a las **demandas**

supraorganizacionales observadas: en la “revisión de pruebas diagnósticas solicitadas por otros especialistas” y en las dificultades encontradas por los profesionales “para controlar toda la información suministrada en el día a través de correo corporativo, Formap, Faraweb, e-soap, CEIBE, informes externos, revisar órdenes clínicas, prescripciones electrónicas, etc..., influyendo negativamente sobre **el agotamiento emocional observado**²⁰².

En una revisión sistemática publicada en 2017 sobre el uso de la Tecnología de la Información y de la Comunicación (TIC), el estrés y el Burnout, en 189 artículos, desde el año 2000 hasta enero de 2016, considerando la edad como un factor modificador, sus investigadores encontraron, de ocho estudios transversales revisados, cinco con una clara asociación positiva entre el agotamiento emocional y las TIC, no haciendo referencia a ninguna de las otras dimensiones del *burnout*. A sí mismo, a una edad más joven (hasta los 35 años de edad), existe una asociación pequeña o nula entre el uso de las TIC y el estrés. En el grupo de mediana edad (entre 35 y 45 años), existe una clara asociación positiva entre el uso de las TIC y el estrés y/o *burnout*, que desaparece o vuelve a reducirse en el grupo de mayor edad²³⁷.

Finalmente, sobre **la falta de autonomía decisional y temporal dentro del diseño de la organización**²⁸, en “la gestión del tiempo de atención al paciente con miedo a producir errores” y en “la falta de tiempo, teniendo que realizar avisos domiciliarios urgentes tras la consulta médica cuando termina la jornada de trabajo” –el 50% de los Médicos de Familia, en este estudio–, como un estresor laboral de riesgo en aquellos médicos en proceso de desarrollar niveles altos, estos resultados parecen estar en consonancia con los observados en un metaanálisis publicado en 2017, donde se revisaron 82 estudios en los que se examinaban las relaciones entre *burnout* y calidad y seguridad de la atención médica, observando una relación estadísticamente significativa entre la pérdida de calidad y seguridad administrada y el agotamiento emocional padecido (la dimensión más estudiada), existiendo menos referencias con respecto al distanciamiento y pérdida de expectativas²³⁸.

Ni la edad ni el género parecieron ser determinantes.

b) Distanciamiento:

El nivel de riesgo medio sobre bajo de distanciamiento de los Médicos de Familia investigados, se asoció de forma significativa con **la presión social y la sobrecarga burocrática derivada de la consulta informatizada, trabajar en el turno de tarde con elevada presión temporal y la falta de autonomía en la gestión del tiempo de asistencia médica**, comportándose como **estresores laborales de riesgo**, siendo el **género femenino** en relación a los factores supraorganizativos, un **factor de protección** frente al distanciamiento con el usuario/paciente.

Debido a que muchas de las investigaciones que exploran esta posible correlación proceden de estudios de predominio de ocupación femenina, como puede ser enfermería, donde el cuidado a los demás es característica, dado el porcentaje predominante de mujeres frente a hombres en este estudio, habría que ser prudentes, puesto que no podemos obviar que la feminización de la profesión médica en su conjunto pueda estar sesgando dichos resultados⁵⁶.

En consonancia, algunos estudios observaron diferencias significativas entre géneros a favor del masculino en relación al distanciamiento^{239,240}, con puntuaciones más altas de agotamiento emocional para el femenino²³⁶. Otros estudios no ven diferencias entre géneros⁹¹.

La explicación dada del mayor agotamiento se basa, según algunos autores, en la doble carga de trabajo que predominantemente ha llevado la mujer, de forma clásica, en cuanto a la conciliación familiar y laboral, debiendo encargarse, no solo de su propio desarrollo personal y profesional, sino además del cuidado de los hijos y las labores domésticas^{91,235}, aunque en este estudio no ha resultado ser determinante.

Con respecto a **la presión social**, entendida como “las demandas y requerimientos de los pacientes y de la sociedad en general sobre el rol del médico, anteponiendo los derechos del paciente sobre sus obligaciones, y esperando de él la obligación de curar y de no cometer errores”⁵⁶, cobra especial relevancia el nuevo rol de paciente que ha cambiado significativamente en los últimos años.

De ser un sujeto pasivo, hasta cierto punto ignorante del proceso del enfermar y las enfermedades, delegando continuamente la responsabilidad sobre la salud en los profesionales sanitarios, a convertirse progresivamente en un sujeto activo,

empoderado, demandante de información y formación, recursos suficientes para el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de sus enfermedades, sentirse integrado en el sistema de salud del que depende y, sobretodo, que se le escuche de forma activa, estableciéndose nuevos principios básicos en la relación/negociación médico-paciente, basados en la identificación de objetivos comunes adecuadamente pactados, mediante nuevas herramientas de comunicación que faciliten ese proceso pedagógico y de decisiones y responsabilidades compartidas en la gestión de los problemas de salud²⁴¹.

Si bien esta concepción ha traído algunas ventajas sociales, algunos autores defienden que el incremento del nivel cultural, la difusión mediática, la accesibilidad y la conversión de servicios en bienes de consumo, ha transformado los patrones de actitud hacia la denominada “sociedad de la queja”¹⁸⁸, en la que los ciudadanos participan del sistema como consumidores, reclamando continuamente sus derechos pero asumiendo muy pocas obligaciones a la hora de exigirlos.

Al igual que los resultados observados con respecto al agotamiento emocional, trabajar en **turno de tarde con una elevada sobrecarga burocrática de la consulta informatizada** también parece influir negativamente en cuanto al distanciamiento con el usuario/paciente, siendo determinante las “dificultades encontradas para controlar toda la información suministrada en el día a través del correo corporativo, Formap, Farmawb, e-SOAP, CEIBE, informes externos, revisar órdenes clínicas, prescripciones electrónicas, etc... y “ceñirse a los 6 minutos por paciente”.

Por contra, “trabajar según los protocolos de actuación del SERMAS, registrando correctamente la información del paciente en la historia clínica” parece ejercer una influencia **protectora** con respecto **al distanciamiento**. Y es que el control percibido sobre el ambiente de trabajo, las demandas laborales, el apoyo social y los recursos ofertados son predictores de la satisfacción profesional, el compromiso y el desgaste²⁴².

En esta investigación, no hemos encontrado un resultado estadísticamente significativo entre el nivel de riesgo medio sobre bajo de desgaste profesional, cuando se presta la asistencia sanitaria a más de 40 pacientes al día frente a menos de 40 –en otros estudios, en un Área de Salud de Madrid, sí encontraron una asociación directa con la sobrecarga asistencial²⁰²–, sin embargo, **la presión temporal** en respuesta a las elevadas demandas asistenciales sí ha demostrado ser determinante, favoreciendo el **distanciamiento** con el usuario/enfermo.

Según un estudio sobre los tiempos medios de visita médica en la Atención Primaria española²⁴³, la frecuencia médica con que se cita a los pacientes es de 7,5 minutos.

En la Atención Primaria madrileña es de 5-6 minutos por paciente²⁴³, en comparación con otros países como Estados Unidos, en que el tiempo de consulta es aproximadamente de 15 minutos, y en Reino Unido de 8-9 minutos²⁴⁴. Lo que no queda aclarado es si esos tiempos se gestionan con más de 40 pacientes al día, para cumplir con las múltiples y complejas competencias, funciones y objetivos^{245,246} asignados a los Médicos de Familia del SERMAS (anexo 4), a los que habría que añadir en la actualidad, con la Pandemia SARS-Cov-2 en la Comunidad de Madrid²⁴⁷, en las funciones de detección precoz de los casos con infección activa, el establecimiento precoz de las medidas de control necesarias para evitar nuevas infecciones, el registro de la información necesaria para la vigilancia epidemiológica, la puesta en marcha de la consulta telefónica desde el punto de vista organizativo para gestionar la elevada demanda asistencial y con ello la actividad presencial derivada en los centros de salud.

Con todo, para desarrollar **el contenido de la tarea** asignada como Médicos de Familia en la Atención Primaria madrileña a nivel organizativo, con una presión temporal media de 5-6 minutos por paciente²⁴³, un 87,2% de los profesionales atendiendo a un número variable de usuarios que se citan de urgencias por motivos de consulta no urgentes, un 50% de médicos teniendo que realizar avisos domiciliarios urgentes fuera del horario laboral establecido, la sobrecarga burocrática informatizada y agendas de más de 40 pacientes al día de media de presión asistencial, no es posible garantizar la calidad²²⁸ y seguridad del paciente²³⁸, y cumplir con el propósito de **humanizar** la atención sanitaria²⁴⁸, mejorando la satisfacción de los usuarios, como tampoco lo es garantizar la seguridad en el trabajo en materia de prevención de riesgos laborales⁸⁴.

En una revisión sistemática y metanálisis sobre *burnout* en médicos, en relación con la seguridad del paciente, la profesionalidad y la satisfacción percibida en la atención sanitaria, los resultados obtenidos mostraron que el desgaste del médico se asoció con un **mayor riesgo de incidentes de seguridad**, una peor calidad de la atención debido a la baja profesionalidad y menor satisfacción del paciente²⁴⁹.

c) Pérdida de expectativas:

Finalmente, al ajustar el análisis por edad, género y otras variables en el modelo de regresión en relación al **nivel medio sobre bajo de pérdida de expectativas** entre los Médicos de Familia investigados, definida como la dimensión motivacional que mejor describe un nivel de desajuste entre los valores del facultativo y los de la institución, con elementos de desilusión respecto al sentido de la actividad profesional, reconocimiento y poder adquisitivo, observamos que **la presión social, trabajar en turno de tarde con elevadas demandas temporales y pacientes de trato difícil y los problemas derivados de la ordenación del tiempo de trabajo con respecto a los avisos domiciliarios que se realizan fuera del horario de trabajo**, son también determinantes como **estresores laborales de riesgo**.

Por el contrario, el **género femenino**, al igual que sucedía con el distanciamiento con el paciente, se comporta como un **factor de protección** con respecto a los factores supraorganizativos.

Si tenemos en cuenta esas necesidades de mejora del nivel de satisfacción de los profesionales, nivel de compromiso y expectativas, consideraremos importante el reconocimiento de la Carrera Profesional en todos sus niveles y su remuneración. *“Los derechos que todo profesional sanitario tiene a progresar, de forma individualizada, como reconocimiento a su desarrollo profesional en cuanto a conocimientos, experiencia en las tareas asistenciales, investigación y cumplimiento de los objetivos y funciones, tanto generales como específicas, definidos para cada uno de los miembros de las unidades, servicios, secciones y equipos en los que prestan sus servicios 210,250,251»*.

En cuanto a la **presión social y la relación médico-paciente con usuarios de trato difícil** “con problemas de comunicación, con un diagnóstico crónico o terminal, o con actitudes críticas o violentas frente al facultativo”, esta interacción ha sido ampliamente estudiada, desde la propia definición cualitativa de “trato difícil”²⁵², a los propios mecanismos disfuncionales, siendo esta relación establecida multifactorial, dependiendo no solo de factores propios del paciente, sino también del facultativo que presta la atención sanitaria. También el entorno organizativo²⁵³, habiendo estudios que señalan que, hasta en un 15% los médicos de Atención Primaria experimentan encuentros con pacientes “difíciles”, presentando dichos médicos sentimientos de fracaso, estrés y

Burnout²⁵⁴, y otros estudios que lo elevan al 30% en una muestra de médicos residentes al final de su formación especializada²⁵⁵.

Trabajar en turno de tarde vuelve a ser determinante como un estresor laboral de riesgo, así como **las elevadas demandas temporales** derivadas de la sobrecarga asistencial ya señalada, que obliga, “ante la falta de tiempo, a realizar los avisos domiciliarios tras la consulta médica, cuando termina la jornada de trabajo”. Destacar que la prolongación reiterada de la jornada de trabajo o la falta del debido descanso provoca **fatiga derivada de la ordenación del tiempo trabajado**, teniendo este hecho consideración de **riesgo psicosocial laboral** en sí mismo y relacionándose de forma intercurrente con los otros riesgos psicosociales conocidos²⁵⁶.

En contrapartida a lo referido anteriormente frente a los estresores laborales, destacar el papel **protector** de la **tutorización MIR frente a la pérdida de expectativas profesionales** en aquellos Médicos de Familia que en el momento del estudio se encontraban en un nivel de riesgo medio, tras el análisis multivariante, si bien, en el primer paso, en el análisis en crudo de OR según edad y género, los resultados obtenidos con respecto a este factor fueron determinantes en las tres dimensiones estudiadas.

La explicación al respecto podemos hallarla en la posible influencia de otros factores percibidos positivamente como la posibilidad de reducir los umbrales de cupo para poder desarrollar dichas labores docentes, días de docencia, y en todas aquellas posibles recomensas que pudiesen actuar de moduladores de un trabajo monótono y agotador, dada la carga asistencial, burocrática y temporal diaria observada.

Estos resultados parecen estar en consonancia con lo encontrado por otros autores, también en una muestra de Médicos de Familia, cuyos resultados con respecto a pertenecer a un Equipo de docencia postgrado, se asoció a un menor *burnout*, aunque las dimensiones más ampliamente estudiadas fueron la de agotamiento y despersonalización²³⁶, existiendo otras investigaciones⁹¹, algunas de ellas referidas a otras categorías profesionales²⁵⁷, que difieren de estos resultados con respecto a la carga de trabajo percibida.

Para finalizar, destacar que cualquier estudio de *burnout* que pretenda convertirse en una herramienta de cambio y de mejora de la calidad y seguridad del

paciente^{228,238}, así como en materia de prevención de riesgos laborales⁸⁴, debería contemplar, dentro de la evaluación del proceso, el que se lleve a cabo un seguimiento estrecho de estos resultados, para determinar si las medidas de prevención tomadas por la organización para reducir la progresión del nivel de riesgo medio encontrado en este estudio (64,9%) en el nivel alto (7,8%), han sido efectivas.

A este respecto, en 2013, en Madrid, como continuación de un proyecto anterior denominado “Efectividad de dos intervenciones en profesionales de la salud primaria con *burnout* para afrontar el estrés”, un grupo de investigadores con dilatada experiencia en la materia, dirigió la creación de un protocolo para un ensayo clínico controlado y aleatorizado, en 2 grupos paralelos: intervención y control, en la que todos los profesionales sanitarios de 7 centros de salud formarían parte de un grupo de trabajo con 16 horas de formación, frente a otros 7 centros, el grupo control, comparándose las puntuaciones promedio alcanzadas de la escala de agotamiento emocional del MBI entre ambos grupos, medidas como intención de tratar, siendo la intervención efectiva si se lograba una disminución mínima del 20%²⁵⁸.

6.- Consecuencias:

El 57,6% de los Médicos de Familia que respondieron al cuestionario manifestaron estar de acuerdo o totalmente de acuerdo en que “si tuvieran seguridad laboral y económica, cambiarían de profesión, presentando deseos de abandono” en el momento del estudio. El 73,7%, “molestias psicosomáticas”. El 73,4% manifestaron sentirse “hipersensibles, irritables, con pérdida de confianza, con una preocupación excesiva con el trabajo”, y el 44,2%, “con problemas en sus relaciones sociales laborales, evitando en lo posible el trato personal con los compañeros de trabajo, prefiriendo trabajar solo”.

En una revisión sistemática de 2017 teniendo como objetivo resumir la evidencia de las consecuencias^{11,144,146,147150,151} físicas, psicológicas y ocupacionales del *burnout* en estudios prospectivos, partiendo de 993 artículos inicialmente, siendo analizados 36 al cumplir con los criterios de evaluación metodológica, sus investigadores concluyeron que las enfermedades cardiovasculares (enfermedad coronaria y riesgo de hospitalización), el dolor musculoesquelético, los síntomas depresivos, la insatisfacción laboral y el absentismo son constantes en el *burnout*, observando que los niveles alto y

medio de agotamiento emocional se asocian a ausencias por enfermedad prolongada de más de dos semanas²⁵⁹.

A este respecto, en la Memoria publicada de la Gerencia Asistencial de Atención Primaria del año 2017, la media de absentismo laboral se situó en 14,54 días por trabajador frente a 12,79 días/profesional del año anterior²⁶⁰.

Dados los actuales problemas a la hora de cubrir ausencias de profesionales, incapacidades temporales, vacaciones, cursos, etc..., los resultados obtenidos sobre las consecuencias derivadas del síndrome de burnout en los Médicos de Familia del SERMAS, deben ser interpretados de riesgo para sostenibilidad futura de la Atención Primaria madrileña.

7.- Debilidades y fortalezas del estudio transversal y de los instrumentos de evaluación psicométrica utilizados:

En todo estudio observacional de tipo transversal, uno de los grandes inconvenientes a los que se enfrenta cualquier investigador a la hora de escoger el diseño epidemiológico que más se adecúa a sus objetivos y expectativas iniciales, es la imposibilidad de establecer una secuencia temporal (**ambigüedad temporal**), entre el factor exposición y el efecto que se mide en un mismo y único momento, no siendo adecuados para establecer relaciones de causalidad. Cualquier enfermedad que se investiga depende de la frecuencia de la misma y de su duración, de forma que los estudios transversales suelen sobreestimar aquellos procesos de mayor duración en el tiempo e infraestimar aquellos con una secuencia temporal menor (**efecto prevalencia**) habiendo mayor probabilidad de encontrar en la muestra representativa una enfermedad de larga duración frente a otra de menor duración²¹⁷.

Saber que los estudios transversales muestran una fotografía del momento que se investiga, es comprender que la presentación de los resultados, tras el análisis integral de la situación de salud de este tipo de riesgo psicosocial, no debería demorarse demasiado, porque si así fuese, el estudio de investigación perdería todo su valor testimonial con vistas a mejorar las condiciones laborales, siendo este tipo de estudios de gran interés para **la planificación sanitaria a nivel estratégico: identificación de problemas y necesidades, priorización, fijación de fines y objetivos**²¹⁷.

No olvidemos que todo trabajador en su relación contractual laboral, tiene derecho a una protección eficaz de su salud, a la evaluación de los riesgos inherentes a su trabajo, a la información, consulta y participación en materia de seguridad, a la formación en materia preventiva y planes de emergencia ante riesgos graves, a la vigilancia periódica de su estado de salud, incluso a la paralización de la actividad laboral en caso de declararse un riesgo grave o inminente, debiendo estar integrada la prevención de riesgos laborales en el sistema general de gestión de la empresa, de forma que, una vez identificados los riesgos, se lleve a cabo la planificación de la actividad preventiva (CE²⁰⁸; Directiva Europea 89/391/CEE²⁰⁹; Ley 31/1995 de Prevención de Riesgos Laborales⁸⁴).

Cuando se trabaja con *burnout* como riesgo psicosocial –basándome ya en la propia experiencia–, uno de los mayores inconvenientes es, sin lugar a dudas, el de su propia conceptualización. Hablamos de un riesgo (bajo-medio-alto), no de una enfermedad, que se desarrolla en el ámbito del trabajo a partir de otro riesgo psicosocial laboral, este mucho más extendido y cuya base fisiopatológica está perfectamente estudiada (el estrés^{34,133}), que se cronifica, bien por factores facilitadores propios del trabajador, no modulados a la hora de afrontar las demandas, objetivos y responsabilidades del trabajo diario, bien por factores organizativos y laborales de riesgo en las empresas, o ambos, y que a su vez pueden conducir a enfermedades de mayor a menor gravedad, no solo en el plano mental¹¹ sino también en el físico^{144,146,147}.

En consecuencia, si se demostrase en una empresa que la enfermedad derivada del *burnout* de un trabajador hubiese tenido **por causa exclusiva la ejecución de su actividad laboral** mientras estuvo expuesto a estresores laborales de riesgo, ésta podría ser declarada como accidente de trabajo, a través de las comunicaciones reglamentarias internas, investigando sus posibles causas. En caso de no llevarse a cabo dicha investigación por parte de la empresa, incurriendo la misma en posibles infracciones en materia de prevención de riesgos laborales⁸⁶, el trabajador tendría derecho a reclamar al órgano inspector competente un informe con recargo en las prestaciones en función de la gravedad de los hechos declarados⁸¹.

De esta forma, cualquier resultado obtenido desde el punto de vista preventivo en *burnout*, si se demostrase exposición a factores psicosociales de riesgo, debería ser tenido muy en cuenta por la organización de cualquier trabajo, precisamente para evitar

consecuencias mayores que podrían haberse evitado, tanto para el trabajador como para la propia empresa^{150,151}.

Y es que la **identificación de un problema y sus necesidades**²¹⁷ debe ser interpretado positivamente como **una nueva oportunidad de mejora** para las empresas, existiendo instrumentos de medida fiables y válidos a la hora de medir el nivel de riesgo¹⁶³.

Si bien el cuestionario MBI es el más utilizado en todos los estudios de *burnout* en más del 90% según algunos autores²⁶¹, cuando manejamos este instrumento de medida atendiendo únicamente a sus tres componentes: agotamiento emocional, despersonalización y realización personal, corremos el riesgo de infravalorar el verdadero problema, midiendo exclusivamente aspectos clínicos: cognitivos, conductuales, actitudinales, sociales y emocionales, y muy poco de sus posibles causas, sin poder discernir si quiera si es motivada por factores facilitadores propios del trabajador, de la organización del trabajo o de ambos. Además, a través del MBI no se exploran adecuadamente los factores psicosociales de riesgo laborales. Siempre sería necesario otro instrumento validado, con indicadores de exposición y de consecuencias, que permitieran relacionar esos síntomas con las condiciones del trabajo⁵⁶.

Pero las dificultades también serían psicométricas. Las tres dimensiones estudiadas que provienen de la factorialización del MBI son una forma de medir el desgaste¹⁵³; pero existen otras¹⁷⁹, que encuentran un factor de segundo orden que unifica agotamiento y pérdida de vinculación con el trabajo y sugieren que la estructura formada por estas dos dimensiones (a excepción de la realización personal) es esencial e invariante en diversos grupos ocupacionales. Sin embargo, la dimensión de realización personal (su construcción en sentido inverso) ha sido muy criticada, siendo enunciada como un causa de disconformidad entre los estudios⁵⁶.

Desde el punto de vista empírico, diversos trabajos encuentran que la realización personal parece comportarse como una variable independiente y paralela²⁶², como una consecuencia^{19, 215}, una característica de personalidad²⁶³ o un modulador^{47,26,52,180}.

A estos problemas psicométricos se añade la baja especificidad del MBI considerando los antecedentes propios y diferenciales de la actividad desempeñada por distintos grupos profesionales. En este estudio hemos utilizado la versión dirigida a

profesionales de la salud, MBI-HSS¹⁵³, aunque su manejo sigue siendo insuficiente en la evaluación del riesgo psicosocial laboral⁵⁸.

Otra dificultad psicométrica añadida la encontramos en la gradación del riesgo a partir de los puntos de corte establecidos, según el manual oficial español del MBI²⁶⁴, que señala que las puntuaciones obtenidas no son interpretables por sí mismas en sus valores absolutos, sino que requieren compararlas con determinados grupos poblacionales (anglosajones, españoles o de la propia muestra del estudio), influyendo de una forma muy sensible en los resultados de la investigación y explicando de alguna manera la variedad de porcentajes y frecuencias existentes en la literatura con respecto a los distintos niveles de *burnout* explorados y prevalencias⁵⁶.

Intentando salvar estas dificultades se propuso emplear el CDPM como un instrumento de medida necesario para ahondar algo más en los aspectos diferenciales y específicos del desgaste en profesionales de la salud, en sus antecedentes y consecuentes, permitiendo **la estratificación del riesgo** laboral en nivel bajo, medio y alto⁶³.

Así mismo, de cara a la prevención⁵⁶, identificar aquellos trabajadores que se beneficiarían de un plan de actuación integrado en el proceso natural del paciente, según fuesen candidatos:

1.- De un **nivel de intervención alto, en prevención terciaria**: necesidad de respuesta inmediata. Pacientes complejos, sintomáticos, con requerimientos de atención profesional integral y rehabilitadora, teniendo como objetivo el reducir la discapacidad, secuelas permanentes o invalidantes.

2.- **Nivel de intervención medio, en prevención secundaria**: pacientes de menor complejidad pero mayor riesgo. Dirigida a la detección precoz del proceso y a evitar su progresión mediante la intervención de factores psicosociales de riesgo identificados, modulando sus efectos; autocuidado y autogestión.

3.- **Nivel de intervención bajo, en prevención primaria**: estadios incipientes. Dirigida a reducir o impedir la probabilidad de producción del desgaste, mediante el apoyo y promoción del autocuidado, autogestión, formación y evaluación de posibles factores psicosociales de riesgo, similar a las estrategias desarrolladas en el Programa del Paciente Crónico Complejo en la Comunidad de Madrid²⁶⁵.

Pero, a pesar de que el CDPM integra en su evaluación de proceso el estudio de algunos antecedentes fundamentales como son la gerencia y supervisión, presión temporal, deterioro social de la profesión, interacción con el dolor y la muerte, presión social y manejo de pacientes difíciles, este instrumento psicométrico sigue siendo insuficiente con respecto al estudio de los posibles estresores de riesgo asociados a las condiciones de trabajo.

La incorporación a la investigación de otros aspectos laborales esenciales y más específicos de Atención Primaria, como son la relación contractual, la presión asistencial (dato objetivo), el turno de trabajo, la autonomía, la consulta informatizada, el trabajo en Equipo y las necesidades formativas y docentes, han aportado mayor solidez a la investigación^{56,216}.

8.- Relevancia del estudio:

La información disponible sobre la incidencia y prevalencia del *burnout*, así como sus consecuencias en los profesionales del SERMAS, ha sido escasa, lo que ha dificultado la segmentación y precisión de las actuaciones hasta ahora²⁶⁶.

Los resultados presentados y la imagen gráfica del síndrome de burnout entre los Médicos de Familia del SERMAS, deben ser tomados como una **oportunidad de mejora**, en materia de prevención de riesgos laborales, para **salvaguardar la salud y bienestar psicosocial** de los mismos, potenciando aún más la docencia, la investigación y su formación.

Indudablemente, dotar a los profesionales de los recursos necesarios, también formativos, para combatir el desgaste profesional, favoreciendo el empoderamiento²⁴¹, en materia de salud laboral, debería ser una de las líneas estratégicas a considerar por toda organización del trabajo que busque la Excelencia, aportando calidad y seguridad en la asistencia sanitaria prestada.

Así mismo, intervenir en el ámbito laboral y organizativo sobre los posibles estresores de riesgo detectados²⁶⁶, con nuevos modelos organizativos más equitativos y seguros que permitan mejorar la autonomía, reducir la temporalidad, la carga de trabajo y burocracia, así como las elevadas demandas temporales, mejorando la comunicación con gestores y mandos superiores, que tienen la responsabilidad de generar metas y

objetivos claros y realistas, adecuadamente recompensados, velando por la salud y bienestar psicosocial de los profesionales a su cargo.

La crisis sanitaria derivada de la Pandemia SARS-Cov-2 en la Comunidad de Madrid y sus efectos, podría ser la antesala de un nuevo estudio impulsado por la Gerencia Asistencial de Atención Primaria, a través de sus Servicios de Prevención, haciendo valer las demandas de un entorno de trabajo saludable promovido por la Organización Mundial de la Salud²⁰³, Directrices europeas²⁰⁸ y constitucionales²⁰⁷, sobre los antecedentes, el síndrome y las consecuencias derivadas de este riesgo psicosocial en los Médicos de Familia del SERMAS.

CONCLUSIONES

CONCLUSIONES:

- 1.- La prevalencia total de síndrome de burnout, en la población de Médicos de Familia del SERMAS, es del 11,9% considerando la proporción de sujetos que tenían altos niveles de agotamiento emocional y despersonalización y bajo nivel de realización personal.
- 2.-Al valorar el riesgo de desgaste profesional en los Médicos de Familia del SERMAS, considerando sus tres dimensiones, se detecta un 7,8% de profesionales con un nivel alto, un 64,9% con un nivel medio o “en proceso” y un 27,3% con un nivel bajo.
- 3.- En cuanto a la distribución geográfica del síndrome de burnout entre los Médicos de Familia del SERMAS, éste afecta a las 7 Direcciones Asistenciales, incluyendo centros rurales y urbanos.
- 4.- Respecto a las variables sociodemográficas relacionadas con el desgaste profesional, el género femenino se comporta como un factor de protección tanto para el componente de distanciamiento como para la pérdida de expectativas.
- 5.- La edad, el estado civil y el número de hijos, no fueron determinantes para ninguno de los componentes del desgaste profesional.
- 6.- Al identificar los posibles estresores laborales de riesgo, el turno de tarde, frente a otras modalidades organizativas, y la falta de autonomía decisional y temporal, se comportaron como factores de riesgo, afectando a los tres elementos descriptivos del síndrome.
- 7.- Los problemas derivados de la gerencia y supervisión, así como la sobrecarga burocrática de la consulta informatizada (tecnoestrés), son también factores de riesgo para el agotamiento emocional.
- 8.- En cuanto a la dimensión del distanciamiento, la presión social, la presión temporal organizativa y el tecnoestrés se comportan como estresores laborales de riesgo.
- 9.- Así mismo, la presión social, la presión temporal, y la relación médico-paciente establecida con usuarios de trato difícil, de nuevo son estresores laborales de riesgo con respecto a la pérdida de expectativas.

10.- En este estudio son factores protectores la realización de consultas programadas con respecto al agotamiento emocional, la existencia de protocolos en la asistencia sanitaria frente al distanciamiento y la tutorización MIR frente a la pérdida de expectativas.

11.- En cuanto a las consecuencias derivadas del síndrome, un 57,6% de Médicos de Familia tienen deseos de abandonar la profesión, un 73,7% presentan consecuencias físicas y un 73,4% consecuencias emocionales. Finalmente, un 44,3% se sienten aislados socio-profesionalmente.

BIBLIOGRAFÍA

BIBLIOGRAFÍA

- 1 Jablonski S. Syndrome: le mot de jour. *Am J Med Genet*, 1991 Jun 1; 39 (3): 342-6.
- 2 INSHT, NTP 704, año 2005: Síndrome de estar quemado por el trabajo o "burnout" (I): definición y proceso de generación. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene del Trabajo.
http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/FichasTecnicas/NTP/Ficheros/701a750/ntp_704.pdf
- 3 Freudenberger HJ. Staff burn-out. *Journal of Social Issues*. 1974; 30: 159-165.
- 4 Edelwich, J. y Brodsky, A. (1980). *Burnout: Stages of disillusionment in the helping professions*. Nueva York: Human Sciences Press.
- 5 Cherniss C. *Professional burnout in the human service organizations*. New York : Praeger, 1980.
- 6 Maslach C. *Burnout: A social psychological analysis*. En: Sanders G.-Suls J.-editors. *The burnout syndrome*. Park Ridge, IL: London House;1982.
- 7 Fischer, H. J. (1983). A psychoanalytic view of burnout. En B. A. Farber (Ed.) (1985). *Stress and burnout in the human services professions* (pp. 40-45). New York: Pergamon Press.
- 8 Price, D. M. y Murphy, P. A. (1984). Staff burnout in the perspective of grief theory. *Death Education*, 8 (1), 47-58.
- 9 Farber B A. Stress and burnout in suburban teachers. *Journal of Educational Research*. 1984; 77:325–331.
- 10 Pines, A., Aronson, E. y Kafry, D. (1981) *Burnout: from tedium to personal growth*. New York: Free Press.
- 11 Mingote, J. C. (1998). Síndrome de burnout o síndrome de desgaste profesional. *Formación Médica Continuada*, 5 (8), 493-508.
- 12 Gil Monte, P. R. (2005). *El Síndrome de Quemarse por el Trabajo. Una enfermedad-laboral en la sociedad del bienestar*. Madrid: Pirámide.
- 13 Seiderman, S. (1978). Combatting staff burn-out. *Early Childhood Education Journal*, 5 (4), 6-9.
- 14 Storlie, F.J. (1979). Burnout: teh elaboration of a concept. *AJN The American Journal of Nursing*, 79 (12), 2108-2111.

- 15 Pines, A., Aronson, E., y Kafry, D. (1981) *Burnout: From tedium to personal growth*. New York: Free Press.
- 16 Price, D. M. y Murphy, P. A. (1984). Staff burnout in the perspective of grief theory. *Death Education*, 8 (1), 47-58.
- 17 Brill, P. L. (1984). The need for an operational definition of burnout. *Family and Community Health*, 6, 12-24.
- 18 Cronin-Stubbs, D. y Rooks, C. (1985). The stress, social support, and burnout of critical care nurses. *Heart and Lung*, 14, 31-39.
- 19 Shirom A. Burnout in Work Organizations. In *International Review of Industrial and Organizational Psychology*, C. L. Cooper and I. T. Robertson, (eds.) New York: Wiley; 1989. p. 25-48.
- 20 Leiter, M. P. (1991) The dream denied: professional burnout and the constraints of service organizations. *Canadian Psychology*, 32, 547-558.
- 21 Schaufeli, W.B. y Buunk, B.P. (1996). Professional burnout. In Schabracq M.J., Winnubst J.A.M. y Cooper C. L- (eds.). *Handbook of work and Elath psychology* (pp 311-346). Chichester: Wiley and sons ltd.
- 22 Vanheule, S., & Verhaeghe, P. (2005). Professional Burnout in the Mirror: A Qualitative Study From a Lacanian Perspective. *Psychoanalytic Psychology*, 22(2), 285-305.
- 23 Maslach C, Jackson S. *Maslach Burnout inventory*. Palo alto: Consulting Psychologist Press; 1986.
- 24 Moreno, B., Oliver, C. y Aragoneses, A. (1991). El burnout, una forma específica de estrés laboral. En Buela-Casal, G. y Caballo, V. (Eds). *Manual de psicología clínica aplicada* (pp. 271-285). Madrid. Siglo XXI.
- 25 García Izquierdo, M., Llor, B. y Sáez, C. (1994). Estudios de dos medidas de burnout en personal sanitario. *Psiquiatría* 10, 180-184.
- 26 Maslach, C., Schaufeli, W.B. y Leiter, M.P. (2001) Job burnout. *Annual review of psychology*, 52 (1), 397-422.
- 27 Gil Monte, P. R. (1991). Una nota sobre el concepto de burnout, sus dimensiones y estrategias de atontamiento. *Psicológica*, 46, 4-7.
- 28 Schwab, RL, Jackson SE, Schuler RS. Educator burnout: Sources and consequences. *Educational Research Quarterly*, 1986; 10, 14-30.
- 29 Murphy, L.r. Stress management in working settings: a critical review of the health effects. *American Journal Health Promotion*, 1996; 11, 112-135.

30 Firth, H. Y Britton, P. (1989). Burnout, absence and turnover amongst british nursing staff. *Journal of Occupational Psychology*, 62 (1) 55.

31 Aranda C., Pando M., Torres, T.M., Salzar J. G., y Aldrete M.G. Síndrome de Burnout y maifestaciones clínicas en los médicos familiares que laboran en una institución de salud para trabajadores del Estado. *Psicología y Salud*, 2006; 16, 15-21.

32 Vela A., Moreno-Jiménez B., Rodríguez-Muñoz A., Olavarrieta S., Fernández J., de la Cruz, J.J., Bixler E.O., y Vgontzas A.N. Insomnia and sleep quality among primary care physicians with low and high burnout levels. *Journal of Psychosomatic Research*, 2008; 64, 435-442.

33 Constitución de la Organización Mundial de la Salud. Preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional, celebrada en Nueva York del 19 de junio al 22 de julio de 1946, firmada el 22 de julio de 1946 por los representantes de 61 Estados (*Official Records of the World Health Organization*, N° 2, p. 100).

http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf

34 Moreno Jiménez B, Báez León, C. Factores y riesgos psicosociales, formas, consecuencias, medidas y buenas prácticas. Madrid, 2010.

<http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/PUBLICACIONES%20PROFESIONALES/factores%20riesgos%20psico.pdf>

35 Definición de adaptar. Real Academia de la Lengua Española.

<http://dle.rae.es/?id=0hMBUwM>

36 Guía clínica Trastornos Adaptativos-Fisterra. Última revisión 04/04/2017.

<http://www.fisterra.com/guias-clinicas/trastornos-adaptativos/>

37 Golembiewski, R. T., Munzenrider, R. F. y Carter, D. (1983). Phases of progressive burnout and their work site covariants: Critical issues in OD research and praxis. *Journal of Applied Behavioral Science*, 19 (4), 461-481.

38 Leiter, M. P. y Maslach, C. (1988). The impact of interpersonal environment on burnout and organizational commitment. *Journal of Organizational Behavior*, 9, 297-308.

39 Álvarez, E. y Fernández, L. (1991b). El síndrome de Burnout o desgaste emocional (II). Estudio empírico de los profesionales gallegos del área de salud mental. Revisión de Estudios. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 11(39), 261-267.

40 Leiter, M. P. (1993). Burnout as a developmental process: Consideration of models.

- En W. B. Schaufeli, C. Maslach y T. Marek (Eds.). Professional burnout: Recent developments in theory and research (pp. 237-250). Washington DC: Hemisphere.
- 41 Lee, R. T. y Ashforth, B. E. (1993b). A further examination of managerial burnout: Toward an integrate model. *Journal of Organizational Behavior*, 14, 3-20.
- 42 Gil Monte, P.R., Peiró, J.M. y Valcárcel, P. (1995). A causal model of burnout process development: An alternative to Golembiewski and Leiter models. Trabajo presentado en el VII Congreso Europeo sobre Trabajo y Psicología Organizacional. Gyor, Hungría.
- 43 Gil Monte, P. R. (2007). El Síndrome de Quemarse por el Trabajo (burnout): Una perspectiva histórica. En P. R. Gil-Monte y B. Moreno-Jiménez: El síndrome de quemarse en el trabajo (Burnout). Grupos profesionales de riesgo. Madrid: Pirámide.
- 44 Gil Monte, P. R. y Peiró, J. M. (1997). Desgaste psíquico en el trabajo: El síndrome de quemarse. Madrid: Síntesis.
- 45 Harrison, W. D. (1983). A social competence model of burnout. En B. A. Farber (Ed.) (1985), *Stress and burnout in the human services professions*. (2a. ed.) (pp.29-39). New York: Pergamon Press.
- 46 Pines, A. M. (1993). Burnout: An existential perspective. En W. B. Schaufeli, C. Maslach y T. Marek (Eds.), *Professional burnout: Recent developments in theory and research* (pp. 33-51). Washington DC: Hemisphere.
- 47 Cherniss, C. (1993). The role of professional self-efficacy in the etiology of burnout". En W. B. Schaufeli, T. Moret, y C. Maslach (Eds.). *Professional burnout: Recent developments in theory and research* (pp. 135-149). Washington DC: Hemisphere.
- 48 Thompson, M. S., Page, S. L. y Cooper, C. L. (1993). A test of Caver and Scheier's self-control model of stress in exploring burnout among mental health nurses. *Stress Medicine*, 9, 221-235.
- 49 Buunk, B.P. y Schaufeli, W. B. (1993). Burnout: A perspective from social comparison theory. En W. B. Schaufeli, C. Maslach, y T. Marek, (Eds.). *Professional burnout: Recent developments in theory and research* (pp. 53-69). London: Taylor & Francis.
- 50 Hobfoll, S. E. y Freddy, J. (1993). Conservation of resources: A general stress theory applied to burnout. En W. B. Schaufeli y T. Marek (Eds.). *Professional burnout: Recent developments in theory and research* (pp. 115-129). UK: Taylor & Francis.
- 51 Cox, T. y Mackay, C. J. (1981). A transactional approach to occupational stress. En E. N. Corlett y J. Richardson (Eds.). *Stress, work design and productivity*. Chichester: Wiley & Sons.

- 52 Salanova M., Grau R., Llorens S., y Scahufeli W.B. Exposición a las tecnologías de la información, burnout y engagement: el rol modulador de la autoeficacia profesional. *Revista de Psicología Aplicada*, 2001; 11, 69-90.
- 53 Leiter M.P., Frizzell C., Harvie P., y Churchill L. Abusive interactions and burnout: examining occupation, gender, and the mediating role of community. *Psychology and Health*, 2001; 16, 547-563.
- 54 Armstrong-Stassen M. Reactions of Older Employees to Organizational Downsizing: The role of Gender, Job Level, an Time. *The Journals of Gerontology*, 2001; 56B, 234-243.
- 55 Gil Monte, P. R. y Peiró, J. M. (1999). Perspectivas teóricas y modelos interpretativos para el estudio del síndrome de quemarse por el trabajo. *Anales de Psicología*, 15 (2), 261-268.
- 56 Gálvez M., Moreno B., Mingote J.C. El desgaste profesional del médico. Revisión y guía de buenas prácticas. *El vuelo de Ícaro*. Ed. Díaz de Santos, 2009.
- 57 Moreno-Jiménez B. El burnout como forma específica de estrés. Trabajo presentado en el II Simposium de Psicología Clínica Aplicada, Jaén, 1990.
- 58 Moreno-Jiménez B., Bustos R., Matallana A., y Miralles T. La evaluación del burnout. Problemas y alternativas. El CBB como evaluación de los elementos del proceso. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 1997b; 13, 185-207.
- 59 Gil Monte P.R. El síndrome de burnout: un modelo multicausal de antecedentes y consecuentes en profesionales de enfermería. Tesis Doctoral no publicada. Universidad de La Laguna, 1994.
- 60 Moreno-Jiménez B., Garrosa E., y González Gutiérrez J.L. Personalidad resistente, burnout y salud. *Escritos de psicología*, 2000a; 4, 64-77.
- 61 Benevides-Pereira A.M.T., Moreno-Jiménez B., Garrosa E., y González-Gutiérrez J.L. La evaluación específica del síndrome de burnout en psicólogos: el “Inventario de Burnout en Psicólogos”. *Clínica y Salud*, 2002; 13, 257-283.

- 62 Moreno-Jiménez B., González J.L., y Garrosa E. Desgaste profesional (burnout), personalidad y salud percibida. En: J. Buendía y F. Ramos (ed.). Empleo, estrés y salud. Madrid: Psicología Pirámide, 2001a.
- 63 Moreno-Jiménez B., Garrosa E., Gálvez M., y González-Gutiérrez J.L. La evaluación transaccional y específica del desgaste profesional. El Cuestionario de Desgaste Profesional de Enfermería (CDPE). En: P. Vera y L.C. Oblitas (ed.), Manual de escalas y cuestionarios iberoamericanos en psicología clínica y de la salud. Bogotá, Colombia: Psicom Editores, 2005.
- 64 Declaración Universal de Derechos Humanos, art. 23. Naciones Unidas.
http://www.ichrp.org/es/articulo_23_dudh
- 65 OIT. Factores psicosociales en el trabajo: reconocimiento y control. Ginebra: OIT. 1986.
- 66 Kalimo, R., El-Batawi, M., & Cooper, C. L. (1988). Los factores psicosociales en el trabajo y su relación con la salud. Ginebra: OMS.
- 67 Oncins de Frutos, M. & Almodovar Molina, A. (1997). Factores Psicosociales: fases para su evaluación (NTP 450). En Madrid: INSHT.
- 68 Roozeboom, M. B., Houtman, I., & Van den Bossche, S. (2008). Monitoring Psychosocial Risks at work. I. En S.Leka & T. Cox (Eds.), The European Framework for psychosocial Risk management: PRIMA-EF (pp. 17-36). Nottingham: I-WHO.
- 69 Benavides, F., Gimeno, D., Benach, J., Martínez, J. M., Jarque, S., & Berra, A. (2002). Descripción de los factores de riesgo psicosocial en cuatro empresas. Gaceta Sanitaria, 16, 222-229.
- 70 Peiró, J. M. y Salvador, A. (1993). Control del estrés laboral. Madrid: Eudema.
- 71 Cox, T. & Griffiths, A. J. (1996). The assessment of psychosocial hazards at work. In M.J.Schabracq, J. A. M. Winnubst, & C. L. Cooper (Eds.), Handbook of Work and Health Psychology. (pp. 127-146). Chichester: Wiley and Sons.
- 72 Guarding Minds@Work: a Workplace Guide to Psychological Health and Safety.
<https://www.guardingmindsatwork.ca/info/index>
- 73 Entornos laborales saludables: Fundamentos y Modelo de la OMS. Conceptualización, prácticas y literatura de apoyo. 2010.
http://www.who.int/occupational_health/evelyn_hwp_spanish.pdf

74 Salanova M., Cifre E., Martín P. El proceso de “Tecnoestrés” y estrategias para su prevención (I). Rev. INSHT. Nº 1-1999, págs. 18-28.

75 INSHT, NTP 730, año 2006: Tecnoestrés: concepto, medida e intervención psicosocial. Instituto nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo.

http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/FichasTecnicas/NTP/Ficheros/701a750/ntp_730.pdf

76 Martín García, J. Estrés y competitividad. Cuadernos de Relaciones Laborales, nº 15. Serv Publ. UCM. Madrid, 1999.

77 I-WHO (2008). Towards the development of a european framework for psychosocial risk management at the work place. Nottingham: International House.

78 Martínez de Viegol Lanzagorta, A. La consideración del síndrome de burnout como constitutivo de la contingencia profesional del accidente de trabajo origen de la declaración de incapacidad permanente absoluta. Introducción al tratamiento jurídico de las contingencias profesionales causantes de la incapacidad laboral incluida dentro del ámbito de la acción protectora de la Seguridad Social. Revista del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 2005. 213-223.

http://www.empleo.gob.es/es/publica/pub_electronicas/destacadas/revista/numeros/59/Est08.pdf

79 López Agrelo V.L. Rasgos, trastornos de personalidad y comorbilidad psiquiátrica de profesionales sanitarios con Síndrome de Burnout. Madrid, 2013

80 Sentencia Social nº 1683/2017, Tribunal Superior de Justicia de Andalucía, Sala de lo Social, Sección 1, REC 1607/2016 de 01 de Junio de 2017.

81 Derechos del trabajador en caso de accidente laboral.

http://www.empleo.gob.es/itss/ITSS/ITSS_Descargas/Atencion_ciudadano/Normativa_documentacion/Docum_ITSS/diptico_derechos.pdf

82 Prestación Incapacidad Temporal. Ministerio de Empleo y Seguridad Social. Información general.

http://www.empleo.gob.es/es/Guia/texto/guia_14/contenidos/guia_14_29_3.htm

83 BOE. Es - La Constitución Española.

<https://www.boe.es/legislacion/constitucion.php>

84 Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de prevención de Riesgos Laborales.

https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-1995-24292

85 Responsabilidad en la prevención de riesgos. Comunidad de Madrid.

http://www.madrid.org/cs/Satellite?c=CM_InfPractica_FA&cid=1142434532440&language=es&pagename=ComunidadMadrid%2FEstructura&pv=1142435159906

86 Ley 54/2003, de 12 de diciembre, de reforma del marco normativo de la prevención de riesgos laborales. BOE no 298 13-12-2003.

http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Normativa/TextosLegales/Leyes/2003/54_2003/PDFs/ley542003de12dediciembredereformadelmarconormativodel.pdf

87 VI Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo. Instituto Nacional de Seguridad, Salud y Bienestar en el Trabajo. Ministerio de Empleo y Seguridad Social. 2007.

<http://insht.es/portal/site/Insht/menuitem.1f1a3bc79ab34c578c2e8884060961ca/?vgnnextoid=af6d14a00b539210VgnVCM1000008130110aRCRD&vgnnextchannel=16a44a7f8a651110VgnVCM100000dc0ca8c0RCRD>

88 VII Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo. Instituto Nacional de Seguridad, Salud y Bienestar en el Trabajo. Ministerio de Empleo y Seguridad Social. 2011.

<http://www.insht.es/portal/site/Insht/menuitem.1f1a3bc79ab34c578c2e8884060961ca/?vgnnextoid=100b47975dcd8310VgnVCM1000008130110aRCRD&vgnnextchannel=ac18b12ff8d81110VgnVCM100000dc0ca8c0RCRD>

89 Atance, J. C. (1997). Aspectos epidemiológicos del síndrome de burnout en personal sanitario. *Revista Española de Salud Pública*, 71, 293-303.

90 Manzano, G. y Ramos, F. (1999b). La despersonalización: clave para identificar el síndrome de burnout en personal de enfermería. *Enfermería Científica*, 206 (7), 69-78.

91 Prieto, L., Robles, E., Salazar, L. M. y Daniel, E. (2002). Burnout en médicos de atención primaria de la provincia de Cáceres. *Atención Primaria*, 29, 294-302.

92 Molina, J. M., Avalos, F. y Giménez, I. (2005). Burnout en enfermería de atención hospitalaria. *Enfermería Clínica*, 15 (5), 275-282.

93 Cherniss, C. (1982). Cultural trends: Political, economic and historical roots of problem. En W. Paine (Ed.). *Job, Stress and burnout: Research, theory and intervention perspectives* (pp. 56-70). Beverly Hills: Sage Publications.

94 Oliver, C. González, S. y Martínez, M. M. (1999). Factores relacionados con la satisfacción laboral y el desgaste profesional en los médicos de atención primaria de Asturias. *Atención Primaria*, 22, 352-359.

95 Gold, Y. (1985). The relationship of 6 personal and life history variables to standing on 3 dimensions of the Maslach Burnout Inventory in a sample of elementary and junior high school teachers. *Educational and Psychological Measurement*, 45 (2), 377.

- 96 Zabel, R. H. y Zabel, M. K. (1982). Factors in burnout among teachers of exceptional children. *Exceptional Children*, 49 (3), 261-263.
- 97 Guerrero, E. (1998). "Burnout" o desgaste psíquico y afrontamiento del estrés en el profesorado universitario. Tesis doctoral. Universidad de Extremadura.
- 98 Cebrià, J., Segura, J., Corbella, S., Sos, P., Comas, O., García, C. y cols. (2001). Rasgos de personalidad y burnout en médicos de familia. *Atención Primaria*, 27 (7), 459-468.
- 99 Soto, R. y Santamaría, M. I. (2005). Prevalencia del burnout en la enfermería de atención primaria. *Enfermería Clínica*, 15 (3): 123-130.
- 100 Seidman, S. A. y Zager, J. (1991). A study of doping behaviours and teacher burnout. *Work and Stress*, 5 (3), 205-216.
- 101 Anaya, J. L., Ortiz, A. C., Panduro, D. R. y Ramírez, G. (2006). Síndrome de "quemazón" (burnout) en médicos familiares y asistentes médicos. *Atención Primaria*, 38, 467-468.
- 102 Cordeiro, J. (2001). Prevalencia del síndrome de Burnout en el profesorado de primaria de la zona de Bahía de Cádiz. Tesis Doctoral. Universidad de Cádiz.
- 103 Prieto, L., Robles, E., Salazar, L. M. y Daniel, E. (2002). Burnout en médicos de atención primaria de la provincia de Cáceres. *Atención Primaria*, 29, 294-302.
- 104 Maslach, C. y Jackson, S. E. (1985). The role of sex and family variables in burnout. *Sex Roles*, 12 (7-8), 837-851.
- 105 Rout, U. (2001). Estrés laboral en profesionales de la salud. En J. Buendía y F. Ramos (Eds.), *Empleo, estrés y salud* (pp. 93-108). Madrid: Ediciones Pirámide.
- 106 Albadalejo R, Villanueva, R, Ortega, P, Astasio, P, Calle, ME, Domínguez, V. Síndrome de Burnout en el personal de enfermería de un hospital de Madrid. *Rev. Esp. Salud Publica* vol.78 no.4 Madrid jul./ago. 2004.
- 107 Burke, R. J., Shearer, J. y Deszca, E. (1984). Burnout among men and women in police work. *Journal of Health and Human Resources Administration*, 7, 162-188.
- 108 Maslach, C. y Jackson, S. E. (1984). Burnout in organizational setting. *Applied Social Psychology Annual*, 5, 133-154.
- 109 Seltzer, J. y Numerof, R. E. (1988). Supervisory leadership and subordinate burnout. *Academy of Management Journal*, 31 (2), 439-446.
- 110 Smith, N., Birch, N. y Marchant, M. (1984). Stress, distress and burnout: A Surrey of public reference librarians. *Public Libraries*, 83.

- 111 Leiter, M. P. (1990). The impact of family resources, control coping and Skill utilization on the development of burnout: A longitudinal study. *Human Relations*, 43 (11), 1067-1083.
- 112 Peiró, J. M. (1992). *Desencadenantes del Estrés Laboral*. Madrid: Eudema.
- 113 Golembiewski, R. T., Munzenrider, R. F. y Stevenson, J. G. (1986). *Stress in organizations: Toward a phase model of burnout*. New York: Praeger.
- 114 Olmedo, E. (1993). *Propiedades psicométricas del constructo burnout*. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología. Universidad de Valencia.
- 115 Pedrabissi, L., Rolland, J. y Santinello, M. (1994). Stress and burnout among teachers in Italy and France. *The Journal of Psychology*, 127 (5), 529-534.
- 116 Elliot, J. y Smith, N. (1984). Burnout: A look at coping with stress. *School Library Media Quarterly*, 141-145.
- 117 Freudenberger, H. J. y Richelson, G. (1980). *Burnout: The high cost of high achievement*. Nueva York: Anchor Press.
- 118 Burke, R. J. y Richardsen, A. M. (1993). Psychological burnout in organizations. En R. T. Golembiewski (Ed.). *Handbook of organizational behaviour* (pp. 263-299). New York: Marcel Dekker.
- 119 Muldary, T. (1983). *Burnout and Health Professionals: Manifestations and Management*. Norwalk, Connecticut: Appleton-Century Crofts.
- 120 Anderson, M. e Iwanicki, E. (1984). Teacher motivation and its relationship to burnout. *Education Administration Quarterly*, 20 (2), 109-132.
- 121 Abraham, A. (1986). *El enseñante es también una persona: un inédito enfoque interdisciplinario que arroja nueva luz sobre la condición íntima del educador*. Barcelona: Gedisa.
- 122 McCraine, E. y Brandsma, J. (1988). Personality antecedents of burnout among middle-aged physicians. *Behavioral Medicine*, 14 (1), 30-36.
- 123 Fontana, D. y Abouserie, R. (1993). Stress levels, gender and personality factors in teachers. *British Journal of Educational Psychology*, 63, 261-270.
- 124 Lemkau, J. P., Purdy, R. R., Rafferty, J. P. y Rudisill, J. R. (1988). Correlates of burnout among family practice residents. *Journal of Medical Education*, 63, 682-691.
- 125 Buceta, J. M. y Bueno, A. M. (2001). Estrés, rendimiento y salud. En J. M. Buceta, A. M. Bueno y B. Mas (Eds.): *Intervención psicológica y salud: control del estrés y conductas de riesgo* (pp. 19-55). Madrid: Dykinson.
- 126 Cooper, C. L. (1988). *El comportamiento propenso al estrés: la personalidad de tipo*

- A. En R. Kalimo, M. A. El-Batawi y C. L. Cooper (Eds.). Los factores psicosociales en el trabajo (pp. 132-137). Ginebra: OMS.
- 127 Parkes, K. R. (1998). Estrés, trabajo y salud: Características laborales, contexto ocupacional y diferencias individuales. En J. Buendía (Ed.). Estrés laboral y salud (pp. 79-117). Madrid: Biblioteca Nueva.
- 128 Sanción por no evaluar los riesgos laborales en una consulta masificada. Diario médico.
<http://www.diariomedico.com/2017/11/22/area-profesional/normativa/sancion-por-no-evaluar-los-riesgos-laborales-en-una-consulta-masificada>
- 129 Kosaba, S. C., Maddi, S. y Courington, S. (1981). Personality and constitution as mediators in the stress-illness relationship. *Journal of Health and Social Behavior*, 22, 368-378.
- 130 Rich, V. L. y Rich, V. L. (1987). Personality hardiness and burnout in female staff nurses. *Image: Journal of Nursing Scholarship*, 19 (2), 63-66.
- 131 Moreno-Jiménez, B., Garrosa, E. y González, J. L. (2000b). Personalidad resistente, burnout y salud. *Escritos de Psicología*, 4, 64-77.
- 132 Williams GH., Dluphy RG. Enfermedades de la corteza suprarrenal. *Bioquímica y fisiología. Fisiología de los glucocorticoides. Harrison. Principos de Medicina Interna. Vol. II. Ed Interamericana. Mc Graw-Hill. 13ª Ed. Pag. 2256-2257.*
- 133 De Camargo BS. Estrés, Síndrome General de Adaptación o Reacción General de Alarma. *Revista Médico Científica. Vol. 17, nº 2, 2004.*
<http://www.revistamedicocientifica.org/uploads/journals/1/articles/103/public/103-370-1-PB.pdf>
- 134 Berne R.M., Levy M.N. *Principies of Physiology. 3ª ed. StoLouis, Missouri: Mosby Inc.; 2000.*
- 135 Hyman S.E. Diagnosing Disorders. *ScientAm* 2003. 289(3):77-83.
- 136 Glasser R., Rabin B., Shesney M., Cohen S., Natelson B. Stress-Induced Immunomodulation-Implications For Infectious Diseases. *JAMA* 1999; 281: 2268-70.
- 137 Daley, M. (1979). Preventing worker burnout in child welfare. *Child Welfare*, 58 (7), 443-450.
- 138 Shinn, M., Rosario, M., March, H. y Chestnut, D. (1984). Coping with job stress and burnout in the human services. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46 (4), 864-876.
- 139 Leiter, M. P. (1992a). Burnout as a crisis in self-efficacy-conceptual and practical

implications. *Work and stress*, 6 (2), 107-116.

140 Singh, J., Goolsby, J. y Rhoads, G. (1994). Behavioral and psychological consequences of boundary spanning burnout for customer service representatives. *Journal of Marketing Research*, 31, 558-569.

141 Gil Monte, P. R. y Moreno-Jiménez, B. (2007). El síndrome de quemarse en el trabajo (Burnout). Grupos profesionales de riesgo. Madrid: Pirámide.

142 De las Cuevas, C., De la Fuente, J. A., Alviana, M., Ruiz-Benitez, A., Coiduras, E., González, T. y cols. (1995). Desgaste profesional y clima laboral en atención primaria. *Mapfre Medicina*, 6, 7-18.

143 INSHT, NTP 705, año 2005: Síndrome de estar quemado por el trabajo o “burnout” (II). Consecuencias, evaluación y prevención. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene del Trabajo.

http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/FichasTecnicas/NTP/Ficheros/701a750/ntp_705.pdf

144 Belcastro, P. A. Gold, R. S. y Hays, L. C. (1983). Maslach Burnout Inventory: Factor structures for samples of teachers. *Psychological Reports*, 53, 364-366.

145 Kahill, S. (1988) Symptoms of professional burnout: a review of the empirical evidence. *Canadian Psychology*, 29,284-297.

146 Shirom, A. (1989) Burnout in work organization. En C.L. Cooper y I. Robertson (Eds) *International Review of Industrial and Organizational Psychology*, New York: John Wiley and Sons.

147 Melamed, S. Kushnir, T. y Shirom, A. Burnout and risk factors for cardiovascular diseases. *Behavioral Medicine*, 18, 53-60.

148 Quatrocchi-Tubin, S. Jones, J. W. y Breedlove, V. (1982) The burnout Syndrome in geriatric counselor and service workers. *Activities, Adaptation and aging*, 3, 65-76.

149 Novack, K. M. y Pentkowski, A. M. (1994) Lifestyle habits, substance use and prediction of job burnout in professional working women. *Work and Stress*, 8,19-35.

150 Golembiewski, R.T. y Muzenrider, R.F. (1988) *Phases of burnout: Developments in Concepts and Applications*. New York: Praeger.

151 González R., de la Gándara J. El médico con burnout. Conceptos básicos y habilidades prácticas para el médico de familia. Madrid: Novartis, 2004.

152 Toppinen-Tanner S, Ojajarvi A, Väänänen A, Kalimo R, Jappinen P. Burnout as predictor of medically certified sick-leave absences and their diagnosed causes. *Behavioral Medicine*, 2005; 31,18-27.

- 153 Maslach, C. y Jackson, S. E. (1981). MBI: Maslach Burnout Inventory. Manual. Palo Alto, California: Consulting Psychologists Press.
- 154 Jackson S.E, Schwab R.L., y Schuler R.S. Toward an understanding of the burnout phenomenon. *Journal of Applied Psychology*, 1986; 71, 630-640.
- 155 Maslach C, Jackson SE, Leiter MP. Maslach Burnout Inventory Manual. (3rd ed.) Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Pr. 1996.
- 156 Salanova, M., Schaufeli, W. B., Llorens, S., Peiró, J. M. y Grau, R. (2000). Desde el “burnout” al “engagement”: ¿Una nueva perspectiva? *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 16 (2), 117-134.
- 157 Schaufeli WB, Martínez IM, Pinto Marques A, Salanova M, Bakker AB. Burnout y el engagement en estudiantes universitarios: un estudio internacional. *Journal of Cross-Cultural Psychology*. 2002; 33: 464-481.
- 158 Ortega Ruiz, López Rios. El burnout o síndrome de estar quemado en los profesionales sanitarios: revisión y perspectivas. *International Journal of Clinical and Health Psycholog*. 2004; 4(1): 137-160.
- 159 Jones J W. Staff Burnout Scale for Health Professionals (SBS-HP). Park Ridge, Illinois: London House; 1980.
- 160 Pines A, Aronson E. Career Burnout: Causes and cures, (2nd Ed.). New York: The Free Press; 1988.
- 161 Moreno-Jiménez B., Garrosa E., y González-Gutiérrez J.L., y Gálvez M. La evaluación del estrés y burnout del profesorado: el CBP-R. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 2000c; 16, 151-171.
- 162 Benavides-Pereira A.M.T., Moreno-Jiménez b., Garrosa E., y González-Gutiérrez J.L. La evaluación específica del síndrome de burnout en psicólogos: el inventario de Burnout en Psicólogos”. *Clínica y Salud*, 2002; 13, 257-283.
- 163 Moreno-Jiménez B., Gálvez Herrer M., Garrosa Henández E., y Mingote Adan J.C. Nuevos planteamientos en la evaluación del burnout. La evaluación específica del desgaste profesional médico. *Atención Primaria*, 2006; 38 (10), 544-549.
- 164 Lee S.M., et al. Development and initial psychometrics of the Counselor Burnout Inventory. *Measurement and Evaluation in Counseling and Development*, 2007; 40 (3), 142-154.
- 165 Martín, F. & Pérez, J. (1997). Factores psicosociales: metodología de evaluación. (NTP 443) . Barcelona.: INSHT. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- 166 Peiro, J.M (1999)a El Modelo AMIGO: marco contextualizador del desarrollo y la

- gestión de recursos humanos en la organizaciones. *Papeles del Psicólogo*, 72 , 3-15
- 167 Karasek, R. A. (1979). Job Demands, job decision latitude, and mental strain: implications for job redesign. *Administrative Science Quarterly*, 24, 285-308.
- 168 Johnson, J. V. & Hall B. M. (1988) Job strain, work place social support and cardiovascular disease: A cross sectional study of a random sample of the Swedish working population. *American Journal of Public Health*, 78,10, 1338-1342.
- 169 Karasek , R. y Theorell, T. (1990). *Healthy work, stress, productivity and the reconstruction of working life*. New York: Basic Books.
- 170 Siegrist, J. (1996). Adverse health effects of high effort /low reward conditions. *Journal of Occupational Health Psychology*, 1, 27-41.
- 171 Meliá, J.L. (2006). La Bateria Valencia PREVACC 2003 de la Universidad de Valencia. En Meliá, J.L., Nogareda, C., Lahera, M., Duro, A., Peiró, J.M., Pou, R., Salanova, M., Gracia, D., de Bona, J.M., Bajo, J.C. y Martínez-Losa, F. : *Perspectivas de Intervención en Riesgos Psicosociales. Evaluación de Riesgos*. Barcelona: Foment del Treball Nacional. Pags. 155-180.
- 172 Meliá, J.L. (2003b) Bateria Valencia –PREVACC: Instrumentos diagnósticos para la prevencion de accidentes laborales . Valencia: Ed. Cristóbal Serrano.
<http://www.uv.es/seguridadlaboral>
- 173 Gracia Camón, D. A. (2003) Criterios objetivos para la evaluación de la carga de trabajo derivada de factores psicosociales y organizacionales. *Mapfre seguridad*, 2º TRIMESTRE; 23 (90): 29-37
- 174 Gracia Camón, D. A. (2006) Método del Instituto de ergonomia MAPFRE (INERMAP) En Meliá, J.L., Nogareda, C., Lahera, M., Duro, A., Peiró, J.M., Pou, R., Salanova, M., Gracia, D., de Bona, J.M., Bajo, J.C. y Martínez-Losa, F.: *Perspectivas de Intervención en Riesgos Psicosociales. Evaluación de Riesgos* . Barcelona: Foment del Treball Nacional. Pags:86- 103
- 175 Pejtersen, J. H., Kristensen T.S., Borg, V. & Bjorner, J. (2010). The second version of the Copenhagen Psychosocial Questionnaire. *Scandinavian Journal of Public Health* 38 , 8–24.
- 176 Moncada, S., Llorens, C., Navarro, A. & Kristensen, T.N. (2005) ISTAS21: Versión en lengua castellana del Cuestionario Psicosocial de Copenhague (COPSOQ). *Arch Prev Riesgos Laborales* 8 , 18-29.
- 177 Moncada, S. & Llorens , C. (2006) El método COPSOQ (ISTAS 21, PSQCAT 21) de evaluación de riesgos psicosociales. (NTP 703). Madrid:INSHT.

- 178 Johnson, J. V. (1986) The impact of workplace social support , job demands and work control upon cardiovascular disease in Sweden . Unpublished doctoral dissertation, John Hopkins University.
- 179 Demerouti E., Bakker, A.B., Nachreiner, F., & Schaufeli, W.B. (2001b). The job demands resources model of burnout. *Journal of Applied Psychology* , 86 , 499-512.
- 180 Salanova, M., Bresó, E. y Schaufeli, W.B. (2005). Hacia un modelo espiral de las creencias de eficacia en el estudio del burnout y del engagement. *Ansiedad y Estrés*, 11 (2-3), 215-231.
- 181 Siegrist, J. (1998). Adverse health effects of effort-reward imbalance at work: theory, empirical support and implications for prevention. En: Cooper , C.(Ed.) *Theories of Organizational Stress* (pp. 190-204). Oxford: Oxford University Press.
- 182 Awa, W.L., Plaumann, M. & Walter, U. (2010). Burnout prevention: a review of intervention programs. *Patient Education and Counselling*, 78 ,184-90.
- 183 Cohen, M. & Gagin, R. (2005) Can skill-development training alleviate burnout in hospital social workers? *Social work health care*; 40 , 83-97
- 184 Van Rhenen, W., Blonk R.W.B., Van der Klink, J.J.L, Van Dijk FJH, Schaufeli, W.B. (2005) The effect of a cognitive and a physical stress-reducing programme on psychological complaints. *International Archives Occupational Environmental Health*, 78 ,139-48.
- 185 Gil Monte, P. R., García Huesas, J.A. & Caro Hernández, M. (2008). Influencia de la sobrecarga laboral y la autoeficacia sobre el síndrome de quemarse por el trabajo (burnout) en profesionales de enfermería. *Interamerican Journal of Psychology*, 42, 113-118.
- 186 Munyon, T.P., Breaux, D.M., & Perrewé, P.L. (2009). Implications of burnout for Elath professionals. In A. Antoniou, G. Chrousos, C. L. Cooper, M. W. Eysenck, & C. D. Spielberger (Eds.), *Handbook of managerial behavior and occupational health* (pp. 264-277). London: Edward Elgar.
- 187 Zellars K. L. & Perrewé, P. L. (2001). Affective personality and the content of emotional social support: coping in organizations. *Journal of Applied Psychology*, 86 , 459-467.
- 188 Gil Monte , P.R., Carretero, N. & Roldán M. C. (2005). Algunos procesos psicosociales sobre el síndrome de quemarse en el trabajo (burnout) en profesionales de enfermería. *Ansiedad y Estrés*, 11 (2-3), 281-290.
- 189 Un modelo de atención en crisis. Grupo de consenso de AP. 10 noviembre 2000.

<https://metgesdecatalunya.cat/uploaded/File/Documentacio/modelo%20de%20atencion%20en%20crisis.pdf>

190 Martín Zurro A., et al. Atención Primaria. Principios, organización y métodos. Elsevier. 7ª edición, 2014. Págs. 14-29.

191 Dugdale D.C, Journal of General Internal Medicine, 1999 ,14: 535

192 Camasso M.J and Camasso A.E. Practitioner productivity and the product content of medical care in publicly supported health centers. Social. Science & Medicine 38(5): 733-748, 1994.

193 Pereira Gray D. Forty-seven minutes a year for the patient. British Journal of General Practice. December 1998.

194 Kurt C Stange y col. Illuminating the “Black Box”. The Journal of Family Practice vol. 46, nº5. May 1998.

195 Acreditación de tutores de Medicina de Familia-SEMG. 19 de septiembre 2008.

http://www.semg.es/doc/documentos_SEMG/20080919_tutores_medicina_familiar.pdf

196 Henderson G. Physician Burnout. *Hospital Physician* 1984;7:20-8.

197 Deckard G, Meterko M, Field D. Physician Burnout: an examination of personal, professional, and organizational relationships. *Med Care* 1994;32:745-54.

198 Cebriá Andreu J. Distrés crónico y desgaste profesional: algunas hipótesis etiológicas y nosotáxicas. *Atención Primaria*, 2003; 31, 564-574

199 Mingote J.C., Moreno-Jiménez B., Gálvez M., y Garrosa E. Síndrome de Desgaste Profesional. *Tiempos Médicos*, 2005; 617, 31-42.

200 Moreno-Jiménez B., Gálvez M., y Garrosa E. El proceso de desgaste profesional médico: análisis comparativo entre Atención Primaria y Especializada en la Comunidad de Madrid. Trabajo presentado en las II Jornadas Nacionales de los Servicios de Prevención de Riesgos Laborales en el Ámbito Sanitario. Hospital 12 de Octubre, Madrid. 2004b.

201 Caballero M.A., Bermejo F., Nieto R., y Caballero F. Prevalencia y factores asociados al burnout en un área de salud. *Atención Primaria*, 2001; 27, 313-317.

202 Molina Sigüero, A, García Pérez, MA, Alonso González, M, Cecilia Cermeño, P. Prevalencia de desgaste profesional y psicopatología en médicos de atención primaria de un área sanitaria de Madrid. *Aten Primaria* 2003;31:564-71.

203 Salud de los trabajadores: plan de acción mundial. 60ª Asamblea Mundial de la Salud. Punto 12.13 del orden del día. WHA60.26; 23 de mayo de 2007.

https://www.who.int/occupational_health/WHO_health_assembly_sp_web.pdf?ua=1

204 Salud y seguridad en el trabajo: El marco estratégico establece los objetivos de la UE para el período 2014-2020, Bruselas, 6 junio 2014.

http://europa.eu/rapid/press-release_IP-14-641_es.htm

205 Real Decreto 1299/2006, de 10 de noviembre, por el que se aprueba el cuadro de enfermedades profesionales en el sistema de la seguridad social y se establecen criterios para su notificación y registro.

http://www.seg-social.es/Internet_1/Normativa/095299

206 Gálvez Herrer M. Burnout según la OMS. Clasificando el sufrimiento-Proyecto HU-CI. 2 de agosto 2019.

<https://humanizandoloscuidadosintensivos.com/es/burnout-segun-la-oms-clasificando-el-sufrimiento/>

207 BOE. Es - La Constitución Española.

<https://www.boe.es/legislacion/constitucion.php>

208 Directiva 89/391/CEE del Consejo, de 12 de junio de 1989, relativa a la aplicación de medidas para promover la mejora de la seguridad y de la salud de los trabajadores en el trabajo (Directiva Marco).

<http://www.insht.es/portal/site/Insht/menuitem.1f1a3bc79ab34c578c2e8884060961ca/?vgnoid=00a122583e7d3110VgnVCM100000dc0ca8c0RCRD&vgnnextchannel=75164a7f8a651110VgnVCM100000dc0ca8c0RCRD>

209 Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud.

<https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2003-10715>

210 Ley 3/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública.

<https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2011-15623>

211 Real Decreto 39/1997, de 17 de enero, por el que se aprueba el Reglamento de los Servicios de Prevención.

<https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1997-1853>

212 Bartolomé Benito E. et al. Desarrollo y evolución de un cuadro de mando integral en atención primaria: lecciones aprendidas. Vol. 32. Núm. 1. páginas 40-49 (Enero - Febrero 2017).

213 Guillén, M., Ayuso, M. La importancia del efecto diseño. Medicina Clínica 2004;122 Supl 1:35-8.

- 214 Killip S, Mahfoud Z, Pearce K. ¿Qué es un coeficiente de correlación intracluster? Conceptos cruciales para los investigadores de atención primaria. *Ann Fam Med*. 2004; 2 : 204–8. doi: 10.1370 / afm.141.
- 215 Koeske GF, Koeske RD. Construct validity of the Maslach Burnout Inventory: A critical review and reconceptualization. *J Appl Behav Sci*. 1989;25:131-44.
- 216 INSHT, NTP nº 926, año 2012. Factores psicosociales: metodología de evaluación. <http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/NTP/NTP/926a937/926w.pdf>
- 217 Prieto Albino, L. Burnout en médicos de atención primaria. *Aten Primaria* 2001;28:444-5
- 218 Esteva M., et al. La salud mental en los médicos de familia: efectos de la satisfacción y estrés en el trabajo. Elsevier. *Revista Clínica Española*. Volume 206, Issue 2, February 2006, Pages 77-83.
- 219 Soler JK, et al. Burnout in European family doctors: the EGPRN study. *Family Practice*, Volume 25, Issue 4, August 2008, Pages 245–265.
- 220 Atención Primaria. Comunidad de Madrid. <https://www.comunidad.madrid/servicios/salud/atencion-primaria>
- 221 Van Dierendonck, d., Garssen b., Visser B.P. Burnout prevention through personal growth: a study from a transpersonal perspective. *International Journal of Stress Management*, 2005; 12, 62-77
- 222 Grupo de Investigación EcoSalud de la Universidad de las Palmas de Gran Canaria. Tercer Informe Descriptivo MIR-R1. Convocatoria 2013-2014. Junio 2014.
- 223 Memoria 2016. Gerencia Asistencial de Atención Primaria. http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadername1=Content-Disposition&blobheadervalue1=filename%3DMemoria+GAAP+2016+_171017.pdf&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1352941324655&ssbinary=true
- 224 Garcia M. Burnout en profesionales de enfermería de Centros Hospitalarios. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 1991; 7, 3-12.
- 225 Mauno S, Kinnunen U, Mäkikangas A, y Nätti J. Psychological consequences of fixed-term employment and perceived job insecurity among health care staff. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 2005; 14, 209-237.

226 Directiva 1999/70/CE del Consejo, de 28 de junio de 1999, relativa al Acuerdo marco de la CES, la UNICE y el CEEP sobre el trabajo de duración determinada. «DOCE» núm. 175, de 10 de julio de 1999, páginas 43 a 48 (6 págs.).

<https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=DOUE-L-1999-81381>

227 La justicia europea se pronunciará sobre un posible fraude en contratos temporales encadenados del Servicio de Salud. La Vanguardia, 9 de marzo 2018.

<https://www.lavanguardia.com/local/madrid/20180309/441376495990/la-justicia-europea-se-pronunciara-sobre-un-posible-fraude-en-contratos-temporales-encadenados-del-servicio-de-salud.html>

228 Mediavilla Herrera I., Cortes Rubio JA. Gestión de la demanda: agendas médicas de Calidad en Atención Primaria. El Médico Interactivo. 19 de septiembre de 2011.

<https://elmedicointeractivo.com/gestion-demanda-agendas-medicas-calidad-atencion-primaria-20110919190725090409/>

229 Observatorio de Resultados Servicio Madrileño de Salud. Presión asistencial anual por categoría profesional.

<http://observatorioresultados.sanidadmadrid.org/AtencionPrimariaFicha.aspx?ID=75254>

230 Pedrera Carbonell V, et al. Características de la demanda sanitaria en las consultas de medicina de familia de un área de salud de la Comunidad Valenciana. Atención Primaria. Volume 35, Issue 2, February 2005, Pages 82-88.

231 Pita Fernández, S. Epidemiología. Conceptos básicos. En: Tratado de Epidemiología Clínica. Madrid; DuPont Pharma, S.A.; Unidad de epidemiología Clínica, Departamento de Medicina y Psiquiatría. Universidad de Alicante: 1995. p. 25-47.

https://www.fisterra.com/mbe/investiga/6tipos_estudios/6tipos_estudios.asp

232 Moreno-Jiménez B, Gonzáله-Gutiérrez JL, Garrosa E, y Peñacoba C. Variables sociodemográficas en el proceso de desgaste profesional de enfermería. Rol de Enfermería, 2002; 25, 19-26.

233 “Estos son los 14 centros de salud que terminarán las consultas a las 18.30h”. 14 de enero de 2019.

https://elpais.com/ccaa/2019/01/14/madrid/1547479174_781688.html

234 Resolución conjunta de la Dirección General de Atención Primaria y la Dirección General de Recursos Humanos del Servicio Madrileño de Salud de fecha 21 de mayo de 2014 por la que se dictan instrucciones sobre turnos deslizantes en los centros de salud de Atención Primaria.

http://www.comunidad.madrid/sites/default/files/doc/sanidad/rrhh/rrhh-normas_instrucciones_y_resoluciones-resolucion_21_mayo_2014.pdf

235 Posig M y Kickul J. Work-role expectations and work family conflict: gender differences in emotional exhaustion. *Women in Management Review*; 2004; 19, 373-386.

236 Vilâ Falgueras M et al. Burnout y trabajo en equipo en los profesionales de Atención Primaria. *Aten Primaria*. 2015 Jan; 47(1): 25–31.

237 Berg-Beckhoff G, Nielsen G, Ladekjaer Larsen E. Use of information Communications technology and stress, burnout, and mental health in older, middle aged, and younger workers-results from a systematic review. *Int J Occup Environ Health*. 2017 Apr; 23(2): 160–171.

238 Salyers M.P., Bonfils K.A., Luther L., Firmin R.L., White D.A., Adams E.L., Rollins A.L. The Relationship between Professional Burnout and Quality and Safety in Healthcare: A Meta-Analysis. *J. Gen. Intern. Med*. 2017;32:475–482. doi: 10.1007/s11606-016-3886-9.

239 Busk Nørøse K. et al. Mental well-being and job satisfaction among general practitioners: a nationwide cross-sectional survey in Denmark. *BMC Fam Pract*. 2018 Jul 28;19(1):130.

240 Cañadas-De la Fuente, GA, et al. El género, el estado civil y los niños como factores de riesgo de desgaste profesional en enfermeras: un estudio metaanalítico. *Int J Environ Res Salud Pública* . 2018 Oct; 15 (10): 2102.

241 Jovell AJ, Navarro Rubio MD, Fernández Maldonado L, Blancafort S. Participación del Paciente: Nuevo rol del paciente en el sistema sanitario. *Aten Primaria* 2006;38:234-7.

242 Freeborn DK. Satisfaction, commitment and psychological well-being among HMO physician. *West Journal Medicine*, 2001; 174, 13-18.

243 Seguí M, Linares L, Blanco W, Ramos J, Torrent M. Tiempos durante la visita médica en atención Primaria. *Atención Primaria*, 2004; 33, 496-502.

244 Blumenthal D, Causino N, Chang Y, Culpepper L, Marder W, y Saglam D. The duration of ambulatory visits to physician. *Journal of Family Practice*, 1999; 48, 264-271.

245 García Fernández E, Bueno Mariscal C, Rico Corral, MA, et al. Funciones asistenciales de la Atención Primaria madrileña. Funciones de la Atención Primaria. Cartera de Servicios. Catálogo de pruebas diagnósticas. Coordinación asistencial y

sociosanitaria. Médicos de Familia de Atención Primaria, Servicio de Salud de la Comunidad de Madrid. Ed. Mad. 2012.

246 Gallo Vallejo FJ, et al. Manual del Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. I Área Docente General. I.1 Módulo: introducción a la Medicina Familiar y Comunitaria. La Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria. Unidad 1. Situación nacional e internacional. SemFyc. 2004. Pág. 8-10.

247 2019-Nuevo Coronavirus. Comunidad de Madrid. Área de profesionales.
<https://www.comunidad.madrid/servicios/salud/2019-nuevo-coronavirus>

248 Plan de Humanización de la asistencia sanitaria 2016-2019.
<https://www.comunidad.madrid/transparencia/informacion-institucional/planes-programas/plan-humanizacion-asistencia-sanitaria-2016-2019>

249 Panagioti et al. Association Between Physician Burnout and Patient Safety, Professionalism, and Patient Satisfaction: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Intern Med.* 2018 Oct 1;178(10):1317-1331.

250 Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud. Artículo 40. Criterios generales de la carrera profesional.
<https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2003-23101>

251 Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias. BOE.es
<https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2003-21340>

252 Mas X, Cruz JM, Fañanás N, Allué A, Zamora I, Viñas R. Pacientes de trato difícil en atención primaria: una aproximación cuantitativa y cualitativa. *Atención Primaria*, 2003; 31, 214-221.

253 Ágreda J y Yanguas E. El paciente difícil: quién es y cómo manejarlo.
www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/vol24/suple2/suple8.html (on-lin). 2003.

254 Hinchey SA, Jackson JL. A Cohort Study Assessing Difficult Patient Encounters in a Walk-In Primary Care Clinic, Predictors and Outcomes. *J Gen Intern Med* . 2011 Jun; 26 (6): 588–594.

255 Mota P, et al. Difficult patient–doctor encounters in a Swiss university outpatient clinic: cross-sectional study. *BMJ Open* . 2019; 9 (1): e025569.

256 Guía de actuaciones de la Inspección de Trabajo y Seguridad Social sobre riesgos psicosociales. 2017.
http://www.carework.es/wp-content/uploads/2017/07/Guia_psicosociales.pdf

- 257 Escribá-Agüir V, Bernabé-Muñoz Y. Exigencias laborales psicológicas percibidas por médicos especialistas hospitalarios. *Gaceta Sanitaria*, 2002b; 16, 487-496.
- 258 Gómez-Gascón T, Martín-Fernández J, Gálvez-Herrer M, et al. Effectiveness of an intervention for prevention and treatment of burnout in primary health care professionals. *BMC Fam Pract* 2013;14:173.
- 259 Salvagioni DAJ, Melanda FN, Mesas AE, González AD, Gabani FL, Andrade SM. Physical, psychological and occupational consequences of job burnout: A systematic review of prospective studies. *PLoS One*. 2017;12:e0185781.
- 260 Memoria 2017. Gerencia Asistencial de Atención Primaria.
<http://www.madrid.org/bvirtual/BVCM020227.pdf>
- 261 Schaufeli W.B., Enzmann D. *The Burnout Companion to Study and Practice*. London: Taylor, Francis LTD. 1998
- 262 Bakker A.B., Demerouti E., Taris T.W., Schaufeli W.B. A multigroup analysis of the job demands-resources model in four home care organizations. *International Journal of Stress Management*, 2003; 10, 16-38.
- 263 Cordes C.L., Dougherty T.W. A review and an integration of reserch on job burnout. *Academy of Management Review*, 1993; 18, 621-656.
- 264 Seisdedos N. MBI. Inventario Burnout de Maslch: Manual. Madrid. TEA, 1997.
- 265 Estrategia de Atención a Pacientes con Enfermedades Crónicas en la Comunidad de Madrid. Consejería de Sanidad. Diciembre 2013.
<http://www.madrid.org/bvirtual/BVCM017570.pdf>
- 266 Vázquez Caubet JC, Sánchez-Arcilla Conejo I, Caso Pita C, Pacheco Tabuena T. *Prevención del Desgaste Profesional en los centros sanitarios del Servicio Madrileño de Salud*. Subdirección de Humanización de la Asistencia Sanitaria. Consejería de Sanidad. Ed. Junio 2019.
<http://www.madrid.org/bvirtual/BVCM020304.pdf>

ANEXO



Estimado/a compañero/a,

El Colegio de Médicos de Madrid va a realizar un estudio sobre las condiciones laborales de sus colegiados, en el ámbito de los médicos que trabajan en Atención Primaria del Servicio Madrileño de Salud. Este estudio surge a partir de la iniciativa de la Mesa de Atención Primaria del propio Colegio, y se va a llevar a cabo en colaboración con la Fundación para la Investigación e Innovación Biomédica de Atención Primaria (FIIBAP).

Es muy importante el conocer la situación real de estas condiciones laborales. Para que sea un estudio representativo de toda la Comunidad de Madrid se ha realizado un muestreo estratificado, con la elección de 60 centros de salud para médicos de familia y pediatras, y otros 40 centros de salud sólo para pediatras para alcanzar el tamaño de muestra necesario.

Tu centro ha sido seleccionado al azar para formar parte de los 40 centros de salud en los que se va a estudiar sólo a pediatras, por lo que te pedimos que tengas la amabilidad de rellenar estos cuestionarios que te llevarán unos 30 minutos como mucho.

Próximamente se concertará una fecha para que la monitora del estudio acuda al centro de salud para explicar todos los detalles del estudio y entregar los cuestionarios.

El anonimato está garantizado pues todos los datos sólo serán tratados por la monitora del estudio, que es totalmente ajena a las instituciones que promueven el estudio.

Recibe un muy cordial saludo,


Dr. Miguel Ángel Sánchez Chillón
Presidente del ICOMEM


Dr. Tomás Gómez Gascón
Director de la FIIBAP

CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN

“Estudio de investigación sobre las condiciones de trabajo en los médicos asistenciales de Atención Primaria del Servicio Madrileño de Salud”

CUADERNO DE RECOGIDA DE DATOS

Ante todo queremos agradecerte la participación en este estudio. Para cualquier aclaración ponte en contacto con la monitora de campo del estudio Eva Guilabert: e-mail: eva.guilabert@gmail.com

Todos los datos serán tratados de forma confidencial, aplicándose un código para su procesamiento anónimo y de forma agrupada.

El cuestionario es autocumplimentado e incluye preguntas por las dos caras. Ante cualquier duda contacta con la monitora de campo que te ha entregado el cuestionario.

Muchas gracias por tu participación

ESCALA DE VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS Y LABORALES

1. Género: 1 masculino 2 femenino

2.- Edad: años

3.- Relaciones personales: 1 Solter@ 2 Casad@/pareja fija 3 Divorciad@/separado 4 Viud@

4.- Número de hijos:

5.- Estudios realizados: Doctorado: 1 Sí 2 No

6.- Plaza que ocupa: 1 Medicina de Familia 2 Pediatría

7.- Situación laboral: 1 Propietari@ 2 Interin@ 3 Eventual 4 Otros

8.- Número de años trabajando en los centros de salud:

9.-Número aproximado de pacientes que atiende al día:

10.- ¿Realiza tutoría de Residentes? 1 Sí 2 No

11.- Turno: 1 Mañana 2 Tarde 3 Deslizante 4 Otros

12.- Cursos, congresos y/o actividades de formación a las que ha asistido en el último año: 1 Dos o más 2 Al menos una 3 Ninguna

13.- Sesiones clínicas a la que ha asistido en el último año: 1 Dos o más 2 Al menos una al mes 3 Ninguno

14.- En el trabajo, de media, se realiza al menos una reunión de equipo: 1 Cada semana 2 Cada mes 3 Ocasionalmente

15 ¿Cumple su centro de salud con el Contrato Programa de Centro? 1 Sí 2 No 3 No sé

16. ESCALA ESPECÍFICA DE ASPECTOS ORGANIZACIONALES EN AP:

16.1. Señale el grado de dificultad que encuentra en coordinación con otros profesionales:

	1	2	3	4
	Ninguna	Baja	Alta	Extrema
1. Realizar interconsultas con otros médicos especialistas	1	2	3	4
2. Realizar interconsultas con psicólogos	1	2	3	4
3. Realizar interconsultas con trabajadores sociales	1	2	3	4
4. Trabajar en equipo con mis compañeros/as del centro de salud	1	2	3	4

16.2. Señale el grado de dificultad que encuentra en comunicación médico-paciente:

	1	2	3	4
	Ninguna	Baja	Alta	Extrema
1. Comunicación con personas con actitudes demandantes (de determinadas pruebas clínicas, prescripciones, petición de IT, etc.)	1	2	3	4
2. Interacción con personas con actitudes agresivas	1	2	3	4
3. Interacción con personas con alteraciones emocionales o trastornos mentales	1	2	3	4
4. Interacción con pacientes atendidos sin cita previa	1	2	3	4
5. Compaginar la consulta del AP-MADRID con la atención y mirada al paciente	1	2	3	4

16.3. Señale el grado de necesidad formativa que considera tiene en las siguientes áreas:

	1	2	3	4
	Ninguna	Baja	Alta	Extrema
1. Detección y diagnóstico de situaciones para remisión a urgencias hospitalarias	1	2	3	4
2. Actuación <i>in situ</i> en situaciones de urgencias y emergencias	1	2	3	4
3. Intervención en pacientes con patología psiquiátrica	1	2	3	4
4. Manejo de las propias emociones durante la actuación médica (sentimientos negativos, impaciencia, tensión emocional...)	1	2	3	4
5. Habilidades de comunicación en la actuación clínica	1	2	3	4

17. A continuación encontrará una serie de cuestiones relacionadas con **Condiciones de trabajo** con las que podrá estar de acuerdo o no. Por favor, indique lo que piensa en relación con cada una de ellas, marcando la casilla que mejor describa su opinión según la siguiente escala de respuesta:

1 = Casi nunca 2 = A veces 3 = Con frecuencia 4 = Casi siempre

1	Un gran porcentaje del tiempo de consulta tiene lugar por iniciativa exclusiva del paciente que se cita (consulta a demanda y urgencias).	1	2	3	4
2	Realizo habitualmente consultas programadas (abordaje pacientes crónicos, intervenciones de tabaco, salud mental, ecografías, etc....).	1	2	3	4
3	Me provoca rechazo que el paciente se queje del retraso de la consulta.	1	2	3	4
4	Trabajo según los protocolos de actuación del SERMAS registrando correctamente la información del paciente en la historia clínica.	1	2	3	4
5	Habitualmente suelo ceñirme a los 6 minutos por paciente en la consulta a demanda.	1	2	3	4
6	En la consulta la falta de control sobre la gestión del tiempo de atención al paciente me produce miedo a cometer errores.	1	2	3	4
7	A veces me tomo un respiro de las demandas de mi trabajo.	1	2	3	4
8	Cuando salgo de trabajar me olvido completamente del trabajo.	1	2	3	4
9	Paso el tiempo cliclando protocolos de actuación	1	2	3	4
10	Un motivo de consulta frecuente de mis pacientes es que revise los resultados de pruebas diagnósticas solicitadas por otros especialistas.	1	2	3	4
11	Por falta de tiempo, tengo que realizar los avisos domiciliarios urgentes tras la consulta médica cuando he terminado mi jornada laboral.	1	2	3	4
12	Soy capaz de distanciarme de mi trabajo.	1	2	3	4
13	Todos los días atiendo a pacientes que se citan de forma urgente por motivos de consulta no urgentes (sin cita previa).	1	2	3	4
14	Trabajar con el ordenador me ayuda a optimizar el tiempo medio/paciente en la consulta médica.	1	2	3	4
15	Después del trabajo... soy capaz de desconectar.	1	2	3	4
16	Me es difícil controlar toda la información suministrada en el día a través del correo corporativo, FORMAP, Farma@web, e-SOAP, CEIBE, informes externos, revisar órdenes clínicas, prescripción electrónica...	1	2	3	4

18. A continuación encontrará una serie de cuestiones relacionadas con **factores del trabajo** con las que podrá estar de acuerdo o no. Por favor, indique lo que piensa en relación con cada una de ellas, marcando la casilla que mejor describa su opinión según la siguiente escala de respuesta:

1 = totalmente en desacuerdo 2 = en desacuerdo 3 = de acuerdo 4 = totalmente de acuerdo

1	La falta de tiempo me obliga a veces a tener que tomar decisiones sin que existan criterios de actuación claros	1	2	3	4
2	Los pacientes esperan que se cumplan sus derechos pero que no les pidas obligaciones	1	2	3	4
3	Me afecta la muerte de un paciente cuando ha sido un caso en el que he puesto mucha dedicación	1	2	3	4
4	El trabajo con enfermos crónicos y/o terminales me resulta especialmente difícil	1	2	3	4
5	El trabajo médico proporciona prestigio social	1	2	3	4
6	Los pacientes esperan del médico que siempre cure porque es su obligación	1	2	3	4
7	Me siento mal cuando tengo que prescribir tratamientos dolorosos	1	2	3	4
8	Mis supervisores en ocasiones me proponen demandas contradictorias	1	2	3	4
9	No se tiene en cuenta nuestra opinión a la hora de tomar decisiones sobre la organización del trabajo	1	2	3	4
10	La sociedad reconoce la relevancia del trabajo médico	1	2	3	4
11	La falta de tiempo hace que no dedique a cada paciente el tiempo que desearía	1	2	3	4
12	Me afecta percibir la angustia de los pacientes y/o sus familiares	1	2	3	4
13	He perdido la confianza sobre la importancia social de mi trabajo	1	2	3	4
14	A los gestores no les interesa la calidad del trabajo, los criterios son solo cuantitativos y económicos	1	2	3	4
15	Las complicaciones en la salud de mis pacientes es algo que me afecta	1	2	3	4
16	Con idénticos medios tengo que atender cada vez a más población	1	2	3	4
17	Tengo dificultades para comunicarme con pacientes con actitudes críticas sobre mi trabajo	1	2	3	4
18	El trabajo médico en la sociedad solo tiene impacto si lo realizas en condiciones infrahumanas (tercer mundo por ejemplo)	1	2	3	4

19	Diariamente tengo que cumplir objetivos asistenciales con presión temporal	1	2	3	4
20	La culpabilidad por los fallos en la calidad asistencial siempre recae sobre el médico	1	2	3	4
21	Me afecta tratar con enfermos con dificultades de comunicación (ancianos, pacientes en coma, discapacitados...)	1	2	3	4
22	Existe falta de amparo y respuesta de la dirección ante mis demandas	1	2	3	4
23	Antes el médico era un dios y ahora un funcionario de la salud	1	2	3	4
24	Me resulta difícil el trato con pacientes que trae la policía (adictos a drogas, violentos, etc.)	1	2	3	4

19. A continuación encontrará una serie de cuestiones referidas a **cómo se siente respecto a su trabajo** con las que podrá estar de acuerdo o no. Por favor, indique lo que piensa en relación con cada una de ellas, marcando la casilla que mejor describa su opinión según la siguiente escala de respuesta:

1 = totalmente en desacuerdo 2 = en desacuerdo 3 = de acuerdo 4 = totalmente de acuerdo

1	No me importa lo que mis pacientes piensen de mí, no tengo obligación de ser siempre simpático	1	2	3	4
2	Me siento fatigado/a cuando me levanto por la mañana y tengo que enfrentarme con otro día de trabajo	1	2	3	4
3	Mi poder adquisitivo no ha ido acorde al incremento de responsabilidades tal y como yo esperaba	1	2	3	4
4	Cada vez me implico menos con los pacientes, las tareas y la profesión en general	1	2	3	4
5	Me siento débil y físicamente agotado	1	2	3	4
6	Esperaba una actitud de agradecimiento por mi trabajo médico en los pacientes pero se da todo lo contrario	1	2	3	4
7	En esta profesión es mejor no implicarse demasiado con nada ni con nadie.	1	2	3	4
8	Estoy emocionalmente agotado	1	2	3	4
9	Esperaba recibir un rápido reconocimiento profesional y social por la labor desempeñada pero no ha sido así	1	2	3	4
10	Creo que cada vez soy más frío en mi profesión	1	2	3	4
11	Me siento acabado cuando llego a casa al final de la jornada laboral	1	2	3	4
12	Deseaba un mayor impacto en la sociedad de mi trabajo como médico y no es así	1	2	3	4

20. A continuación encontrará una serie de cuestiones relacionadas con **cómo le afecta su trabajo** con las que podrá estar de acuerdo o no. Por favor, indique lo que piensa en relación con cada una de ellas, marcando la casilla que mejor describa su opinión según la siguiente escala de respuesta:

1 = totalmente en desacuerdo 2 = en desacuerdo 3 = de acuerdo 4 = totalmente de acuerdo

1	Si pudiese, si tuviera seguridad laboral y económica, cambiaría de profesión	1	2	3	4
2	En ocasiones tengo molestias psicósomáticas por mi trabajo	1	2	3	4
3	Prefiero trabajar solo que en equipo en este trabajo	1	2	3	4
4	Frecuentemente estoy hipersensible a la crítica	1	2	3	4
5	He tenido deseos de abandonar la profesión	1	2	3	4
6	El trabajo tiene consecuencias físicas sobre mi salud	1	2	3	4
7	Cada vez me resultan más difíciles las relaciones sociales en mi trabajo	1	2	3	4
8	Mi trabajo me vuelve irritable con la familia	1	2	3	4
9	Últimamente los problemas en mi trabajo se reflejan en mi salud	1	2	3	4
10	En ocasiones pierdo la confianza en mi mismo/a	1	2	3	4
11	Algunas veces tengo ganas de abandonar la profesión	1	2	3	4
12	He tenido alteraciones del sueño en los últimos meses	1	2	3	4
13	Me noto preocupado/a e incluso obsesionado/a por temas laborales	1	2	3	4
14	Me gustaría dejar la profesión por un tiempo o cambiar a otros servicios	1	2	3	4
15	Prefiero arreglármelas yo solo/a para realizar el trabajo diario	1	2	3	4
16	Evito en lo posible el trato personal con los compañeros/as del trabajo	1	2	3	4

21. A continuación encontrará una serie de afirmaciones relacionadas con **aspectos de la comunicación con los pacientes** con las que podrá sentirse más o menos identificado. Por favor, indique lo que piensa en relación con cada una de ellas, marcando la casilla que mejor le describa según la siguiente escala de respuesta:

1 = Casi nunca 2 = De vez en cuando 3 = A veces 4 = Normalmente 5 = Muy a menudo 6 = Muchísimas veces

1	Respeto el derecho de los pacientes a expresarse libremente	1	2	3	4	5	6
2	Exploro las emociones de mis pacientes	1	2	3	4	5	6
3	Respeto la autonomía y libertad de los pacientes	1	2	3	4	5	6
4	Cuando el paciente me habla muestro interés mediante gestos corporales (asintiendo con la cabeza, contacto ocular, sonrisa...)	1	2	3	4	5	6
5	Proporciono información a los pacientes (siempre que mi competencia profesional me lo permita) sobre aquello que les preocupa	1	2	3	4	5	6
6	Escucho a los pacientes sin prejuicios (independientemente de su aspecto físico, modales, forma de expresión...)	1	2	3	4	5	6
7	Expreso claramente mis opiniones y deseos a los pacientes	1	2	3	4	5	6
8	Cuando doy información, uso silencios para que el paciente asimile lo que le estoy diciendo	1	2	3	4	5	6
9	Cuando doy información a los pacientes lo hago en términos comprensibles	1	2	3	4	5	6
10	Cuando un paciente hace algo que no me parece bien le expreso mi desacuerdo o molestia	1	2	3	4	5	6
11	Dedico tiempo para escuchar y tratar de comprender las necesidades de los pacientes	1	2	3	4	5	6
12	Trato de comprender los sentimientos de mi paciente	1	2	3	4	5	6
13	Cuando me relaciono con los pacientes, expreso mis comentarios de una manera clara y firme	1	2	3	4	5	6
14	Considero que el paciente tiene derecho a recibir información sanitaria	1	2	3	4	5	6
15	Siento que respeto las necesidades de los pacientes	1	2	3	4	5	6
16	Me resulta difícil realizar peticiones a los pacientes	1	2	3	4	5	6
17	Me aseguro de que los pacientes han comprendido la información proporcionada	1	2	3	4	5	6
18	Me resulta difícil pedir información a los pacientes	1	2	3	4	5	6

22. Este cuestionario contiene 22 frases relacionadas con los sentimientos que Vd. encuentra en su trabajo. Lea cada frase y responda anotando la **frecuencia con que percibe ese sentimiento**, según la siguiente escala:

**0 = Nunca 1 = Pocas veces al año o menos 2 = Una vez al mes o menos 3 = Unas pocas veces al mes
4 = Una vez a la semana 5 = Pocas veces a la semana 6 = Todos los días**

1	Me siento emocionalmente agotado/a por mi trabajo	0	1	2	3	4	5	6
2	Me siento cansado/a al final de la jornada de trabajo	0	1	2	3	4	5	6
3	Me siento fatigado/a cuando me levanto por la mañana y tengo que enfrentarme con otro día de trabajo	0	1	2	3	4	5	6
4	Fácilmente comprendo cómo se sienten los pacientes	0	1	2	3	4	5	6
5	Creo que trato a algunos pacientes como si fueran objetos impersonales	0	1	2	3	4	5	6
6	Trabajar todo el día con mucha gente es un esfuerzo	0	1	2	3	4	5	6
7	Trato muy eficazmente los problemas de los pacientes	0	1	2	3	4	5	6
8	Me siento “quemado/a” por mi trabajo	0	1	2	3	4	5	6
9	Creo que estoy influyendo positivamente con mi trabajo en la vida de los demás	0	1	2	3	4	5	6
10	Me he vuelto más insensible con la gente desde que ejerzo esta profesión	0	1	2	3	4	5	6
11	Me preocupa el hecho de que éste trabajo me esté endureciendo emocionalmente	0	1	2	3	4	5	6
12	Me siento muy activo/a	0	1	2	3	4	5	6
13	Me siento frustrado/a en mi trabajo	0	1	2	3	4	5	6
14	Creo que estoy trabajando demasiado	0	1	2	3	4	5	6
15	No me preocupa realmente lo que le ocurre a algunos de mis pacientes	0	1	2	3	4	5	6
16	Trabajar directamente con las personas me produce estrés	0	1	2	3	4	5	6
17	Fácilmente puedo crear una atmósfera relajada con mis pacientes	0	1	2	3	4	5	6
18	Me siento estimulado después de trabajar en contacto con mis pacientes	0	1	2	3	4	5	6
19	He conseguido muchas cosas útiles en mi profesión	0	1	2	3	4	5	6
20	Me siento acabado/a	0	1	2	3	4	5	6
21	En mi trabajo trato los problemas emocionales con mucha calma	0	1	2	3	4	5	6
22	Creo que los pacientes me culpan de algunos de sus problemas	0	1	2	3	4	5	6

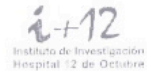
Por favor, utilice este espacio si desea realizar algún comentario o aportación sobre los aspectos evaluados:

MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

NOTA: Si tras realizar esta evaluación, usted considera que presenta un malestar emocional que requiere valoración y orientación clínica, le recordamos la posibilidad de acudir al Programa de Atención Integral al Profesional Sanitario Enfermo de la Comunidad de Madrid (PAIPSE). Cita previa en el tlf: 91 330 39 26.



Hospital Universitario
12 de Octubre
Comunidad de Madrid



Nº CEI: 16/384

DICTAMEN DEL COMITÉ DE ÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN

Dña. **MARÍA UGALDE DÍEZ**, Secretaria del Comité de Ética de la Investigación del **HOSPITAL UNIVERSITARIO DOCE DE OCTUBRE**.

CERTIFICA:

Que este Comité en la reunión celebrada el día **20/12/2016** ha evaluado la propuesta del investigador para que se realice el proyecto de investigación con código , titulado:

ESTUDIO DE DESGASTE PROFESIONAL EN MÉDICOS ASISTENCIALES DE ATENCIÓN PRIMARIA DEL SERVICIO MADRILEÑO DE SALUD

Entendiendo que dicho estudio se ajusta a las normas éticas esenciales y criterios deontológicos que rigen en este Centro, cumpliendo los requisitos metodológicos necesarios, este Comité **INFORMA FAVORABLEMENTE** a la realización de dicho proyecto.

El estudio será realizado por el/la Dr. /Dra. **GOMEZ GASCON TOMAS** como Investigador Principal en el Servicio del Hospital Universitario Doce de Octubre.

Lo que firmo en Madrid, a 20 de diciembre de 2016



Firmado: **Dra. María Ugalde Díez**
Secretaria del CEI Hospital Universitario 12 de Octubre.

ANEXO I: COMPOSICIÓN DEL CEI

Nº CEIC: 16/384

TÍTULO: ESTUDIO DE DESGASTE PROFESIONAL EN MÉDICOS ASISTENCIALES DE ATENCIÓN PRIMARIA DEL SERVICIO MADRILEÑO DE SALUD

Investigador Principal: GOMEZ GASCON TOMAS

Dª MARIA UGALDE DIEZ, SECRETARIA DEL COMITÉ DE ÉTICA DE LA INVESTIGACION DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO 12 DE OCTUBRE DE MADRID

Hace constar que:

1. En la reunión ordinaria celebrada el día **20/12/2016**, se decidió emitir el informe correspondiente al proyecto de Investigación de referencia.
2. El CEIC del Hospital Universitario 12 de Octubre, tanto en su composición como en sus PNTs, cumple con las normas de BPC (CPMP/ICH/135/95)
3. La composición del Ceic del Hospital Universitario 12 de Octubre que evaluó el proyecto fue la siguiente:

PRESIDENTE	Dra. Mª del Puy Goyache Goñi	Farmacéutico Adjunto de Farmacia Hospitalaria
VICEPRESIDENTA	Dra. Carmen Jiménez López-Guarch	Médico Cardiología
SECRETARIA	Dra. María Ugalde Diez	Dra. en Ciencias Biológicas
VOCALES:	Dª Mª Luisa Albelda de la Haza	Licenciada Derecho
	Dra. Lourdes Cabrera Garcia	Farmacóloga Clínica - CEI
	Dra. Mª de las Mercedes Catalán Gómez	Médico Medicina Intensiva
	Dr. Rafael Delgado Vázquez	Jefe de Sección de Microbiología Molecular
	Dra. Mª Mar Espino Hernández	Médico Pediatría/Nefrología Pediátrica
	Dr. Eduardo Gutiérrez Martínez	Médico Nefrología
	Sra. Mª Pilar Hernández Suarez	Diplomado Universitario en Enfermería
	Dra. Ana Jiménez Ubieto	Médico Hematología
	Dr. Luis Manuel Manso Sanchez	Médico Oncología
	Sr. Francisco Javier Mazuecos Gómez	Auxiliar Administrativo Endoscopia
	Dr. César Minué Lorenzo	Médico de Familia de Atención Primaria
	Dª. Montserrat Pilas Pérez	Diplomado Universitario en Enfermería
	Dr. Santiago Ponce Aix	Médico Oncología
	Dra. Teresa Yolanda Revilla Ostolaza	Médico Radiología
	Dra. María del Carmen Riesco Martínez	Médico Oncología
	Dra. Yolanda Rodríguez Gil	Médico Anatomía Patológica
	Dr. Roberto Rodríguez Jiménez	Médico Psiquiatría
	Dra. Raquel Siguín Gómez	Farmacéutica Atención Primaria
	Dª Rosa Mª Vega Viaña	Plataforma de Ensayos Clínicos SCReN
	Dr. Alberto Villarejo Galende	Médico Neurología

Que en el caso de que se evaluara algún proyecto del que un miembro sea investigador/colaborador, este se ausentara de la reunión durante la discusión del proyecto.

Para que conste donde proceda, y a petición del promotor,

Anexo 4

ACTIVIDAD ASISTENCIAL MÉDICOS DE FAMILIA DEL SERMAS
Asistencia sanitaria a demanda, programada y urgente, tanto en la consulta como en el domicilio del enfermo.
Indicación o prescripción y realización, en su caso, de procedimientos diagnósticos y terapéuticos.
Actividades en materia de prevención, promoción de la salud, atención familiar y comunitaria.
Actividades de información y vigilancia en la protección de la salud.
Rehabilitación básica.
Atenciones y servicios específicos relativos a grupos de edad, grupos de riesgo y enfermos crónicos (atención a la infancia, adolescencia, a la mujer, el adulto, a las personas mayores).
Detección y atención a la violencia de género y malos tratos en todas las edades.
Atención paliativa a enfermos terminales.
Atención a la salud mental, en coordinación con los servicios de atención especializada.
Atención a la salud bucodental.
Seguridad del paciente. Atención al paciente polimedcado.
Gestión incapacidad temporal.
OBJETIVOS DE LOS MÉDICOS DE FAMILIA
La elevación del nivel de salud de los ciudadanos y de las comunidades, la calidad y grado de satisfacción de usuarios y profesionales.
La integración de la actividad sanitaria asistencial y preventiva: la promoción de la salud, prevención de enfermedades y la asistencia curativa.
La asistencia sanitaria individual y colectiva, ambulatoria, domiciliaria y de urgencias.
El diagnóstico y tratamiento temprano de las enfermedades para evitar hospitalizaciones innecesarias.
La educación sanitaria de la población.
El diagnóstico continuado y la vigilancia epidemiológica.
La planificación, organización, dirección y evaluación de los servicios sanitarios.
La salud materno-infantil, mental y ambiental.
La participación comunitaria.
El acercamiento entre usuarios y profesionales, la reinserción social.
La coordinación con los demás servicios sanitarios, tanto de Especializada como de AP de otros ámbitos.
La investigación y docencia.
Humanización de la asistencia sanitaria.

