■ ORIGINALES

Prevalencia del síndrome de «burnout» en farmacéuticos comunitarios titulares de oficina de farmacia rural en España

Prevalence of the burnout syndrome in community pharmacists head of the rural pharmacy office in Spain

R.A. Torrecillas¹, J. Espejo²

¹**Licenciada en Farmacia.** Farmacéutica comunitaria titular de la Oficina de Farmacia de Alcudia de Monteagud. Almería.

²**Doctor en Farmacia.** Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica de la Universidad de Granada.

RESUMEN

Objetivo: Medir, mediante el Maslach Burnout Inventory (MBI), los tres aspectos de desgaste profesional que permitan determinar el grado de síndrome del trabajador «quemado» (*burnout*) que presentan los farmacéuticos comunitarios rurales de España, y correlacionarlo con las características sociodemográficas y de prestación farmacéutica de estos últimos.

Metodología: Estudio descriptivo transversal con componentes analíticos realizado mediante encuestas autoadministradas por correo postal dirigidas a una muestra de farmacéuticos titulares de oficinas de farmacia de España de pueblos de hasta 5.000 habitantes. El muestreo tipo aleatorio estratificado se realizó en dos oleadas, entre junio y noviembre de 2009. Se diseñó un cuestionario que contiene tres tipos de variables: sociodemográficas, variables que permiten caracterizar el trabajo del farmacéutico en la oficina de farmacia rural, y los 22 ítems del MBI. La información encuestal se evaluó mediante un análisis descriptivo (frecuencias, medias y desviación estándar), así como con un tratamiento analítico basado en el análisis de la varianza simple y el test de la t de Student.

Resultados: Un 9,52% de farmacéuticos padecen el síndrome de *burnout*, y los valores obtenidos para las tres subescalas,

cansancio emocional (CE), despersonalización (DP) y realización personal (RP), muestran unos niveles medios de afectación para las tres, con medias y desviaciones estándar, de 16,4 (DE= 11,7), 5,4 (DE= 5,6) y 36,2 (DE= 9,3), respectivamente. La subescala CE presentó diferencias significativas en la variable «comunidad autónoma», la subescala DP en «población del municipio», «tipo de centro médico del municipio», «dispensaciones de productos de parafarmacia al día» y «facturación anual de la farmacia», y la subescala RP en «relaciones personales del farmacéutico» y «relaciones profesionales con el médico».

Conclusiones: Se han obtenido niveles de *burnout* preocupantes, aunque inferiores a los de otras profesiones sanitarias, pero con mayor realización personal.

Novedad del estudio: Se ha determinado por primera vez la afectación por síndrome de *burnout* de los farmacéuticos rurales de España.

©2011 Ediciones Mayo, S.A. Todos los derechos reservados

Palabras clave: Farmacéuticos comunitarios, *burnout*, MBI, farmacia rural, España.

ABSTRACT

Objective: Measure by the Maslach Burnout Inventory (MBI) the three aspects of professional burnout, that allow to determine the extent of burn out worker syndrome (*burnout*) within the rural community pharmacists in Spain, correlating this with their socio-demographic characteristics and pharmaceutical care.

Methodology: Transversal descriptive study with analytical components through self-administered surveys conducted by mail,

Fecha de recepción: 20/12/10. **Fecha de aceptación:** 26/04/11.

Correspondencia: Rosa Ana Torrecillas. Olmos, 18. 04276 Alcudia de Monteagud (Almería)

Correo electrónico: rtnavarro@ono.com

José Espejo. Natalio Rivas, 35. 04770 Adra (Almería)

Correo electrónico: jespejo18@hotmail.com

addressed to a sample of head pharmacists in dispensing pharmacies in Spain from towns of up to 5,000 people. This stratified random sampling rate, was conducted in two waves, between June and November of 2009. A questionnaire that contained three types of variables was designed: socio-demographic, variables that allow characterizing the work of pharmacists in a rural pharmacy, and the 22 items of the MBI. The survey-based information was evaluated by descriptive analysis (frequencies, means and standard deviation) and an analytical approach based on simple analysis of variance and t-test of Student.

Results: 9.52% of the pharmacists have burnout syndrome, and the values obtained for the three subscales, emotional exhaustion (EC), depersonalization (DP) and personal accomplishment (PA), showed average levels of affection for the three, with means and standard deviations of 16.4 (SD= 11.7), 5.4 (SD= 5.6) and 36.2 (SD= 9.3) respectively. The EC subscale showed significant differences within autonomous communities, DP within population of the town, type of medical center in the town, parapharmacy products dispensed daily and annual invoicing of the pharmacy. And PA pharmacist's personal relationships and professional relationships with the physician.

Conclusions: Worrying burnout levels have been obtained, albeit lower than those of other health professions, but with greater personal accomplishment.

Latest news of the study: It has been determined for the first time the condition for burnout syndrome of rural pharmacists in Spain.

©2011 Ediciones Mayo, S.A. All rights reserved.

Keywords: Community pharmacy, burnout, MBI, rural pharmacy, Spain.

Introducción

El concepto «burnout» lo introdujo por primera vez Freudenberger¹ en 1974, quien afirmó que el síndrome de *burnout* afecta con mayor frecuencia a profesionales que trabajan directamente con la gente. Pero es con los trabajos de Maslach (primero)^{2,3} y de Maslach y Jackson (después)⁴ cuando realmente adquiere importancia el estudio de este síndrome. El término *burnout* hace referencia a un tipo de estrés laboral e institucional generado en profesionales que mantienen una relación constante y directa con otras personas, sobre todo

cuando ésta es considerada de ayuda (médicos, enfermeros, profesores)⁵, y su origen se basa en cómo estos individuos interpretan y mantienen sus propios estadios profesionales ante situaciones de crisis.

Maslach³ define el término *burnout* como un síndrome de agotamiento físico, emocional e intelectual que se manifiesta por una actitud negativa hacia la vida profesional y hacia otras personas, con el desarrollo de falta de autoestima, y en el que el individuo experimenta fatiga crónica y sentimientos de impotencia y desesperanza.

Maslach y Jackson⁴ dividen el concepto de *burnout* en tres escalas: a saber, cansancio emocional, despersonalización y falta de realización personal. Según estos autores, el cansancio emocional haría referencia a las sensaciones de sobreesfuerzo físico y hastío emocional que se producen como consecuencia de las continuas interacciones que los trabajadores deben mantener entre ellos, así como con los clientes. La despersonalización supondría el desarrollo de actitudes y respuestas cínicas hacia las personas a quienes los trabajadores prestan sus servicios. La falta de realización personal conllevaría la pérdida de confianza en la realización personal y la presencia de un autoconcepto negativo como resultado –muchas veces inadvertido– de las situaciones ingratas. Varios autores han afirmado que el *burnout* tiene consecuencias muy graves en profesiones donde se atiende directamente a la gente, de forma que un nivel alto de *burnout* da lugar a problemas tales como dejar el empleo, insatisfacción en el trabajo, falta de armonía marital y familiar, disminución de la autoestima, dificultad para concentrarse, aislamiento social, fatiga, dolor de cabeza, problemas gastrointestinales, trastornos del sueño, consumo de alcohol y uso indebido de drogas^{1,3,4,6-9}. Por ello, los estudios sobre el *burnout* se concentran principalmente en ocupaciones tales como enfermeros^{6,8}, maestros, servicios sociales¹⁰, médicos^{11-17,20}, psiquiatras¹⁹, psicólogos clínicos, abogados, policías, niñeras, personal de prisiones, asesores y diputados, en donde es necesario estar en contacto cercano con personas³.

Por otra parte, en España, Gil-Monte²¹ ha realizado la validación del Maslach Burnout Inventory versión Human Services Survey (MBI-HSS). Asimismo, ha establecido los valores medios en las tres subescalas del MBI, obteniendo para la realización personal en el trabajo y el cansancio emocional valores más altos que

Tabla 1. Descripción de la estructura de la muestra y tasa de respuesta por comunidades autónomas

Comunidad autónoma	Farmacéuticos que constituyeron la muestra		Farmacéuticos que remitieron el cuestionario cumplimentado		Tasa de respuesta (%)
	n	(%)	n	(%)	
Andalucía	60	13,0	19	12,9	31,7
Aragón	31	6,7	8	5,4	25,8
Asturias	9	1,9	4	2,7	44,4
Baleares	6	1,3	2	1,4	33,3
Canarias	5	1,1	0	0,0	0,0
Cantabria	8	1,7	5	3,4	62,5
Castilla-León	86	18,6	32	21,8	37,2
Castilla-La Mancha	50	10,8	17	11,6	34,0
Cataluña	45	9,7	15	10,2	33,3
Comunidad Valenciana	38	8,2	10	6,8	26,3
Extremadura	38	8,2	10	6,8	26,3
Galicia	26	5,6	7	4,8	26,9
Madrid	11	2,4	1	0,7	9,1
Murcia	4	0,9	2	1,4	50,0
Navarra	22	4,8	7	4,8	31,8
País Vasco	17	3,7	7	4,8	41,2
Rioja	6	1,3	1	0,7	16,7
Total	462	100,0	147	100,0	31,8

Maslach y Jackson⁴, y para la despersonalización valores más bajos.

Asimismo, varios estudios ponen de manifiesto la presencia de este síndrome entre los farmacéuticos. Así, en España, existe un trabajo de 2007 que estudia, mediante el MBI, la prevalencia del *burnout* en farmacéuticos de atención primaria del Servicio Gallego de Salud (SERGAS)²². En Estados Unidos, varios trabajos permitieron validar la estructura factorial del MBI y determinar la incidencia del síndrome de *burnout* en los farmacéuticos de dicho país^{23,24}. Con posterioridad, se realizó un trabajo parecido para una muestra de farmacéuticos que trabajan en oficinas de farmacia de la organización asistencial HMO^{25,26}. Asimismo, en Turquía existe otro trabajo basado en una muestra de farmacéuticos de oficinas de farmacia de Ankara²⁷.

Finalmente, en España no existe ningún estudio realizado mediante un instrumento de medida validado científicamente y reconocido internacionalmente que analice el grado de afección del síndrome de *burnout* de los profesionales farmacéuticos que ejercen en oficina de farmacia en el medio rural, y que además clarifique cuáles son sus factores desencadenantes.

Objetivos

El objetivo del presente estudio es medir, mediante el MBI, los tres aspectos de desgaste profesional que permitan determinar el grado de síndrome del trabajador «quemado» (*burnout*) que presentan los farmacéuticos comunitarios rurales de España, correlacionándolo con las características sociodemográficas y de prestación farmacéutica de estos últimos.

Material y métodos

El presente trabajo se ha desarrollado como un estudio descriptivo transversal con componentes analíticos, realizado mediante encuestas autoadministradas remitidas por correo postal dirigidas a una muestra de los farmacéuticos titulares de oficinas de farmacia de España emplazadas en pueblos de hasta 5.000 habitantes. El tamaño de la muestra se calculó para determinar la proporción de farmacéuticos rurales quemados (con *burnout*). Para otros profesionales de la salud, este dato puede situarse entre el 24,4 y el 37,4%²⁹ según los puntos de corte adoptados en las tres subescalas del MBI. Para realizar esta estimación con una precisión del 8% para una

población finita, se estimó en 137 el número mínimo de encuestas que realizar. Por ello, y previendo una tasa de respuesta en torno al 30-35%^{22,26,29}, se remitieron un total de 462 cuestionarios. El muestreo fue de tipo aleatorio estratificado con asignación proporcional, utilizando como criterios de estratificación la comunidad autónoma y el tamaño del pueblo donde se emplaza la oficina de farmacia (cuantificado mediante su número de habitantes). La fase de muestreo se realizó en dos oleadas, la primera entre junio y julio de 2009 y la segunda entre septiembre y noviembre de 2009.

El cuestionario diseñado para realizar el estudio consta de tres partes: una primera que recoge variables sociodemográficas (tabla 2), una segunda que contempla variables que permiten caracterizar el trabajo del farmacéutico en la oficina de farmacia rural (tabla 3), y finalmente una tercera que recoge los 22 ítems del MBI⁴ (diseñado para evaluar el síndrome de *burnout* mediante tres subescalas: de cansancio emocional [CE], de despersonalización [DP] y de realización personal [RP]). Cada ítem consta de una frase que se puntúa con una escala tipo Likert, de forma que el sujeto, mediante un rango de seis adverbios que van de «nunca» a «diariamente», valora con qué frecuencia experimenta cada una de las situaciones descritas en los ítems.

La puntuación de cada una de las tres subescalas se obtiene sumando el valor asignado a los ítems que constituyen cada una de ellas, de manera que dependiendo de la cuantía de esta puntuación existen tres niveles de «quemado» del encuestado para cada una de las tres subescalas: bajo, medio y alto (tabla 4). Se considera que el encuestado presenta *burnout* cuando muestra niveles altos tanto en la escala CE como en la DP y bajos en la RP. Se ha utilizado la versión del MBI validada para España por Gil-Monte²¹ (MBI-HSS).

La información de la encuesta se introdujo en formato de base de datos mediante el paquete estadístico SPSS Statistics V17.0, y se realizó un análisis descriptivo mediante el cual se determinaron las frecuencias, las medias y la desviación típica, así como un estudio de relaciones entre variables, basado en el análisis de la varianza simple, utilizando como prueba *post hoc* el test de Bonferroni; para las variables dicotómicas se realizó el análisis de diferencia de medias mediante la t de Student, con un nivel de significación de $p < 0,05$ para am-

Tabla 2. Análisis descriptivo de la muestra de las variables sociodemográficas

Variables	n	(%)	Media (DE)
Sexo	147		
Varón	69	46,9	
Mujer	78	53,1	
Edad	147		48,6 (10,3)
≤35	13	8,9	32,4 (1,8)
36-45	46	31,3	41,0 (3,0)
46-55	59	40,1	50,6 (2,7)
≥56	29	19,7	63,5 (8,1)
Relaciones personales	147		
Vives solo (soltero, divorciado, viudo)	31	21,1	
Vives en pareja	116	78,9	
Número de hijos	147		1,6 (1,2)
0	35	23,8	
1	28	19,1	
2	55	37,4	
≥3	29	19,7	
Población del municipio (habitantes)	147		1.508,5 (1.240,7)
≤500	45	30,6	338,3 (105,5)
501-1.000	36	24,5	709,9 (150,5)
1.001-2.000	24	16,3	1.446,0 (293,0)
2.001-3.000	22	15,0	2.430,8 (275,9)
3.001-4.000	14	9,5	3.408,0 (280,0)
4.001-5.000	6	4,1	4.514,5 (283,9)
Tipo de centro médico del municipio	147		
Centro de salud	99	67,4	
Consultorio médico	45	30,6	
Dispensario	3	2,0	

bas pruebas. El análisis de consistencia interna de las escalas utilizadas en el estudio se realizó mediante la prueba estadística del alfa de Cronbach (α). Finalmente, para evaluar la posibilidad de sesgo producido por la no respuesta de los farmacéuticos a los que se les remitió el cuestionario y no respondieron, se realizó un análisis de varianza simple para cada una de las puntuaciones de las tres subescalas del MBI de los primeros 20 y los últimos 20 encuestados, así como la prueba de la ji al cuadrado de los elementos muestrales que respondieron el cuestionario y los que no, para la variable «comunidad autónoma», y por último la prueba de diferencia de medias de la t de Student para los farmacéuticos que respondi-

Tabla 3. Análisis descriptivo de la muestra de las variables que caracterizan el trabajo en oficina de farmacia (parte I)

Variables	n	(%)	Media (DE)
Antigüedad en la farmacia actual (años)	146		17,3 (11,1)
≤4	24	16,4	
5-9	28	19,2	
10-14	19	13,0	
15-19	21	14,4	
20-29	36	24,7	
≥30	18	12,3	
Horas trabajadas a la semana	147		38,1 (5,2)
<35	31	21,1	
35-40	67	45,6	
41-45	41	27,9	
46-50	6	4,1	
≥51	2	1,3	
Guardias al año (días)	146		100,6 (104,9)
0	22	15,1	
1-50	36	24,6	
51-100	48	32,9	
101-200	21	14,4	
>200	19	13,0	
Dispensaciones de medicamentos al día	146		72,5 (58,5)
<25	34	23,3	
26-50	45	30,8	
51-100	39	26,7	
101-150	17	11,7	
>150	11	7,5	
Dispensaciones de productos de parafarmacia al día	146		12 (12,3)
≤5	56	38,4	
6-10	47	32,2	
11-20	24	16,4	
>20	19	13,0	
Consultas de indicación a la semana	147		21,5 (27,7)
≤5	38	25,9	
6-10	34	23,1	
11-20	34	23,1	
>20	41	27,9	

Tabla 3. Análisis descriptivo de la muestra de las variables que caracterizan el trabajo en oficina de farmacia (parte II)

Variables	n	(%)	Media (DE)
Consultas sobre medicamentos a la semana	147		12,9 (21,7)
≤5	69	46,9	
6-10	30	20,4	
11-20	30	20,4	
>20	18	12,3	
Consultas relacionadas con la salud de los pacientes a la semana	147		4,6 (5,7)
≤5	107	72,8	
6-10	30	20,4	
11-20	7	4,8	
>20	3	2,0	
Relaciones profesionales con el médico	147		
Cordiales	128	87,1	
No cordiales	1	0,7	
No existen	7	4,7	
Relación familiar	11	7,5	
Cómo organizas tus vacaciones	147		
No tomo vacaciones	68	46,2	
Cierro por vacaciones	10	6,8	
Contrato a un farmacéutico sustituto	26	17,7	
Se queda un farmacéutico adjunto de plantilla	33	22,4	
Dejo solo al personal auxiliar	4	2,7	
Coordino con otras farmacias de alrededor	2	1,4	
Se queda mi hijo/a	1	0,7	
Me organizo con mi socio	1	0,7	
Fines de semana y fiestas	1	0,7	
Contrato sustituto si lo encuentro y, si no, se queda el auxiliar	1	0,7	
Facturación anual de la farmacia (€)	103		342.233,00 (245.224,70)
≤100.000	15	14,6	
100.001-200.000	24	23,3	
200.001-300.000	19	18,4	
300.001-400.000	12	11,6	
400.001-500.000	13	12,6	
500.001-800.000	11	10,7	
800.001-1.000.000	8	7,8	
>1.000.000	1	1,0	

ron y los que no, para las variables «población del municipio» y «número de farmacias».

Resultados

Análisis descriptivo de la estructura de la muestra y tasa de respuesta

De las 462 encuestas remitidas, 4 fueron devueltas por no encontrar al destinatario, recibándose correctamente cumplimentadas 147, por lo que la tasa de respuesta fue del 31,8%. En la tabla 1 se muestra la descripción de la muestra y la tasa de muestreo por comunidades autónomas. Como se puede observar, no figuran las ciudades autónomas de Ceuta y Melilla, por contar ambas con una población muy superior a 5.000 habitantes. Tras la realización de las pruebas descritas en la metodología (mediante el análisis de la varianza simple) con respecto al sesgo de no respuesta de los farmacéuticos a los que se les remitió el cuestionario y no respondieron, no se observaron diferencias significativas en las medias de las puntuaciones de las tres subescalas del MBI para los primeros 20 y los últimos 20 encuestados; los resultados fueron: para CE, medias de 13,50, 18,15 y 16,66 para los primeros 20 encuestados, los últimos 20 encuestados y el resto, respectivamente ($p=0,423 >0,05$); para DP, 5,32, 5,85 y 5,33 para los primeros 20, los últimos 20 y el resto, respectivamente ($p=0,929 >0,05$), y para RP 37,87, 34,80 y 36,18 para los primeros 20, los últimos 20 y el resto, respectivamente ($p=0,577 >0,05$). Asimismo, el resultado de la prueba de la ji al cuadrado para los elementos muestrales que respondieron al cuestionario y los que no, para la variable «comunidad autónoma», arrojó un valor de 14,197, con una $p=0,584 >0,05$. Finalmente, el resultado de la prueba de la t de Student para los farmacéuticos que respondieron y los que no, para las variables «población del municipio» y «número de farmacias», arrojó, para la primera variable, un valor de 1,481 ($p=0,139 >0,05$), mientras que para la segunda variable fue de 0,748 ($p=0,455 >0,05$). Por todo ello, se considera que no existe sesgo de no respuesta.

Análisis descriptivo de la muestra de las variables sociodemográficas

Las características sociodemográficas de los farmacéuticos que respondieron el cuestionario se exponen en la tabla 2.

La media de edad es de 48,6 (DE= 10,3) años, predominando los que se encuentran en el segmento entre 46 y 55 años, que representan el 40,1%. De los encuestados, el 53,1% son mujeres, el 78,9% viven en pareja y tienen una media de 1,6 (DE= 1,2) hijos, predominando los que tienen 2 hijos, con un 37,4%; sin embargo, no tienen hijos el 23,8%. En cuanto al municipio donde se ubican las oficinas de farmacia hay que indicar que la población presenta una media de 1.508,5 (DE= 1.240,7) habitantes, predominando las situadas en pueblos de hasta 500 habitantes, con un 30,6%, seguidas por las de entre 501 y 1.000 habitantes, con un 24,5%. El tipo de centro médico predominante de que dispone cada municipio es el centro de salud, con un 67,4%, seguido del consultorio médico, con un 30,6%.

Análisis descriptivo de la muestra de las variables que caracterizan el trabajo en la oficina de farmacia

Las características del trabajo que realiza el farmacéutico en su oficina de farmacia se pueden observar en la tabla 3.

La media de años que lleva el farmacéutico ejerciendo su trabajo en la oficina de farmacia actual es de 17,3 (DE= 11,1), siendo más frecuentes los que se encuentran en el segmento de 20 a 29 años, que representan el 24,7% de los encuestados, seguidos del segmento entre 5 y 9 años (19,2%).

En cuanto a la cantidad de trabajo desarrollado por el farmacéutico, destaca que a la semana trabaja una media de 38,1 (DE= 5,2) horas, predominando (con el 45,6%) los que trabajan entre 35 y 40 horas; asimismo, la media del número de días de guardia realizadas al año es de 100,6 (DE= 104,9), presentando una mayor frecuencia (32,9%) los farmacéuticos que realizan entre 51 y 100 guardias. Los farmacéuticos de la muestra dispensan una media de 72,5 (DE= 58,5) medicamentos al día, predominando los que dispensan entre 26 y 50 medicamentos, con un 30,8%, seguidos por los que dispensan entre 51 y 100 medicamentos, con un 26,7%. Sin embargo, la media de dispensaciones de productos de parafarmacia al día es más baja, con un valor de 12 (DE= 12,3); predominan los que dispensan cinco o menos productos de parafarmacia al día, con un 38,4%. En cuanto a las consultas realizadas a la semana al far-

macéutico, predominan las de indicación, con una media de 21,5 (DE= 27,7), seguidas por las de medicamentos, con una media de 12,9 (DE= 21,7), y por último las consultas relacionadas con la salud de los pacientes, con una media de 4,6 (DE= 5,7). En las consultas de indicación a la semana predominan las del segmento mayor a 20 (con el 27,9%) seguidas por el segmento ≤ 5 (con el 25,9%); y tanto en las consultas sobre medicamentos como en las relacionadas con la salud de los pacientes predomina el segmento ≤ 5 , con el 46,9 y 72,8%, respectivamente.

Las relaciones profesionales de los farmacéuticos con el médico que pasa consulta en el ámbito geográfico donde ejerce su trabajo el farmacéutico son cordiales en el 87,1% de los casos; tan sólo un farmacéutico de la muestra indica que no son cordiales, lo que representa un 0,7%.

En cuanto a cómo organizan sus vacaciones los farmacéuticos, es de destacar que un 46,2% de ellos aseguran no tomar vacaciones, un 22,4% indican que se queda un farmacéutico adjunto mientras toman sus vacaciones, un 17,7% contratan a un farmacéutico sustituto y un 6,8% cierran por vacaciones.

Finalmente, la facturación media de los farmacéuticos de la muestra es de 342.233,00 (DE= 245.224,70) euros, siendo más frecuentes los que facturaron entre 100.001 y 200.000 euros, con un 23,3%, seguidos por los que facturaron entre 200.001 y 300.000 euros.

Análisis descriptivo de la muestra de las tres subescalas del MBI

En la tabla 4 se muestra el análisis descriptivo de las puntuaciones obtenidas mediante el cuestionario MBI de las tres subescalas del síndrome de *burnout* para los farmacéuticos de la muestra, así como la distribución de frecuencias para cada uno de los tres niveles (bajo, medio y alto) para cada una de las tres subescalas.

La puntuación de la subescala CE presenta un rango entre 0 y 54, con una media de 16,4 (DE= 11,7), lo que indica un nivel medio, por lo que hay farmacéuticos de la muestra que presentan la puntuación máxima de esta subescala; sin embargo, el nivel es bajo en el 59,8% y alto en el 21,8%. En lo que respecta a la subescala DP, la puntuación presenta un rango entre 0 y 30, con una media de 5,4 (DE= 5,6), lo que indica un nivel medio,

Tabla 4. Análisis descriptivo de las tres subescalas del síndrome de «burnout»

Subescala	Descripción del valor	Valor	n	(%)
Cansancio emocional	Máxima puntuación	54		
	Media (DE)	16,4 (11,7)		
	Rango	0-54		
	Bajo	≤ 15	88	(59,8)
	Medio	16-24	27	(18,4)
	Alto	≥ 25	32	(21,8)
Despersonalización	Máxima puntuación	30		
	Media (DE)	5,4 (5,6)		
	Rango	0-30		
	Bajo	≤ 3	76	(51,7)
	Medio	4-8	41	(27,9)
	Alto	≥ 9	30	(20,4)
Realización personal	Máxima puntuación	48		
	Media (DE)	36,2 (9,3)		
	Rango	13-48		
	Bajo	≤ 35	60	(40,8)
	Medio	36-39	21	(14,3)
	Alto	≥ 40	66	(44,9)

por lo que hay farmacéuticos de la muestra que también presentan la puntuación máxima de esta subescala; sin embargo, el nivel es bajo en el 51,7% y alto en el 20,4%. Finalmente, para la subescala RP, la puntuación presenta un rango de entre 13 y 48, con una media de 36,2 (DE= 9,3), lo que indica un nivel medio, presentando un nivel bajo el 40,8% y alto el 44,9%. Por todo ello, para la globalidad de la muestra se puede afirmar que los farmacéuticos no se encuentran sometidos a un nivel alto de síndrome de *burnout*, aunque existe un 9,52% (n= 14) de ellos que presentan niveles altos en las subescalas de CP y DP y un nivel bajo en la de RP, lo cual indica que sí presentan el síndrome de *burnout*. Con relación a la consistencia interna de las subescalas utilizadas, la CP es la que posee la consistencia interna o la fiabilidad mayor ($\alpha = 0,89$), seguida de las escalas RP ($\alpha = 0,84$) y DP ($\alpha = 0,78$). Por otra parte, se observa una mayor correlación entre la subescala de realización personal y la de cansancio emocional que entre la de realización personal y la de despersonalización, ya que sus coeficientes de

correlación de Pearson son $-0,501$ y $-0,364$, respectivamente. Asimismo, la correlación entre las subescalas de cansancio emocional y la de despersonalización es mayor que las anteriores, con un coeficiente de correlación de Pearson de $0,654$.

Análisis de la relación entre el síndrome de «burnout» y las variables estudiadas

Al valorar mediante el análisis de la varianza simple y la *t* de Student la relación entre las puntuaciones de cada una de las tres subescalas del síndrome de *burnout* y las variables estudiadas en el presente trabajo, no se hallaron diferencias significativas en las siguientes variables para ninguna de las tres subescalas: «sexo», «edad», «número de hijos», «antigüedad en la farmacia actual», «horas trabajadas a la semana», «guardias realizadas al año», «dispensación de medicamentos al día», «consultas de indicación a la semana», «consultas sobre medicamentos a la semana», «consultas relacionadas con la salud de los pacientes a la semana» y «cómo organiza las vacaciones». Sin embargo, sí presentaron diferencias significativas con las puntuaciones de alguna de las tres subescalas las variables que se muestran en la tabla 5.

Subescala de cansancio emocional

Se encontraron diferencias significativas en las medias para la subescala CE únicamente con la variable «comunidad autónoma» (tabla 5), de forma que Aragón dispone de valores elevados, con una media de $30,56$ (DE= $14,67$), y presenta diferencias significativas frente a las comunidades de Castilla-La Mancha, con una media de $12,53$ (DE= $8,81$), y la Comunidad Valenciana, con una media de $11,70$ (DE= $11,48$). Por otra parte, la comunidad autónoma con mayor puntuación, inmediateamente por encima de Aragón, es Murcia, con una media de $39,00$ (DE= $2,12$).

Subescala de despersonalización

Resultaron diferencias estadísticamente significativas en la subescala DP con varias de las variables estudiadas (tabla 5). Así, para la variable «población del municipio», se observa cómo los farmacéuticos de los pueblos de hasta 500 habitantes presentan un nivel de despersonalización menor que los de municipios de entre 3.001 y 4.000 habitantes, presentando unas puntuaciones medias de

$4,33$ (DE= $5,14$) y $9,75$ (DE= $10,40$), respectivamente. En cuanto a la variable «tipo de centro médico del municipio», resulta un nivel de despersonalización mayor en los farmacéuticos que ejercen en municipios con consultorio médico, con un valor medio de $7,27$ (DE= $7,01$), que en quienes lo hacen en municipios con centro de salud, con un valor medio de $4,50$ (DE= $4,68$). Asimismo, para la variable «dispensaciones de productos de parafarmacia al día», presentan un mayor nivel de despersonalización, con un valor medio de $9,71$ (DE= $9,37$), los farmacéuticos que realizaron más de 20 dispensaciones, presentando diferencias significativas con respecto a los que realizaron hasta 5 dispensaciones, con una media de $4,15$ (DE= $4,54$), y los que realizaron entre 6 y 10 dispensaciones, con una media de $5,07$ (DE= $4,34$). De igual modo, la variable «facturación anual de la farmacia» presenta diferencias significativas con respecto al nivel de despersonalización; así, los farmacéuticos con una facturación anual entre 400.001 y 500.000 euros presentan una puntuación media de despersonalización de $7,85$ (DE= $9,49$), significativamente más elevada que las de los farmacéuticos con una facturación anual de hasta 100.000 euros, entre 100.001 y 200.000 euros y entre 200.001 y 300.000 euros, que arrojan puntuaciones medias de despersonalización de $2,40$ (DE= $4,27$), $4,31$ (DE= $4,45$) y $3,24$ (DE= $2,46$), respectivamente. Asimismo, también existen diferencias significativas en la puntuación de despersonalización entre los farmacéuticos con una facturación de hasta 100.000 euros y los que facturan entre 300.001 y 400.000 euros, presentando estos últimos una puntuación media de $6,88$ (DE= $5,21$).

Subescala de realización personal

Resultaron diferencias estadísticamente significativas en la subescala RP con dos de las variables estudiadas (tabla 5). En cuanto a la variable «relaciones personales», los farmacéuticos que viven en pareja presentan niveles mayores de realización personal que los que no lo hacen; así, los primeros presentan una puntuación media de $37,02$ (DE= $8,69$), mientras que en los segundos es de $33,24$ (DE= $10,77$). Finalmente, también la relación del farmacéutico con el médico es significativa, de forma que existen diferencias significativas en los niveles medios de realización personal entre los farmacéuticos que afirman que tienen unas relaciones cor-

Tabla 5. Relación entre las subescalas del síndrome de «burnout» y las variables estudiadas

VARIABLES	Cansancio emocional	Despersonalización	Realización personal
Comunidad autónoma			
Andalucía	15,87 (8,93)		
Aragón	30,56 (14,67)*,a,b		
Asturias	18,75 (7,98)		
Baleares	14,25 (5,30)		
Canarias			
Cantabria	11,10 (5,77)		
Castilla-León	16,45 (11,63)		
Castilla-La Mancha	12,53 (8,81)*,a		
Cataluña	19,20 (13,70)		
Comunidad Valenciana	11,70 (11,48)*,b		
Extremadura	14,55 (12,73)		
Galicia	18,21 (10,23)		
Madrid	2,00 (-)		
Murcia	39,00 (2,12)		
Navarra	13,71 (9,06)		
País Vasco	14,14 (13,07)		
La Rioja	18,00 (-)		
Relaciones personales			
Vives solo (soltero, divorciado, viudo)			33,24 (10,77)***,a
Vives en pareja			37,02 (8,69)***,a
Población del municipio (habitantes)			
≤500		4,33 (5,14)*,a	
501-1.000		4,75 (3,98)	
1.001-2.000		5,06 (5,21)	
2.001-3.000		5,52 (3,94)	
3.001-4.000		9,75 (10,40)*,a	
4.001-5.000		8,00 (5,97)	
Tipo de centro médico del municipio			
Centro de salud		4,50 (4,68)*,a	
Consultorio médico		7,27 (7,01)*,a	
Dispensario		7,00 (6,06)	
Dispensaciones de productos de parafarmacia al día			
≤5		4,15 (4,54)*,a	
6-10		5,07 (4,34)*,b	
11-20		5,63 (5,09)	
>20		9,71 (9,37)*,a,b	
Relaciones profesionales con el médico			
Cordiales			36,63 (8,91)*,a
No cordiales			39,00 (-)
No existen			22,50 (5,34)*,a,b
Relación familiar			39,95 (8,80)*,b
Facturación anual de la farmacia (€)			
≤100.000		2,40 (4,27)*,a	
100.001-200.000		4,31 (4,45)*,b	
200.001-300.000		3,24 (2,46)*,c	
300.001-400.000		6,88 (5,21)*,a	
400.001-500.000		7,85 (9,49)*,a,b,c	
500.001-800.000		6,27 (3,06)	
800.001-1.000.000		4,50 (5,13)	
>1.000.000		12,00 (-)	

Letras iguales en distintos factores indican diferencias de medias significativas estadísticamente.

Nivel de significación para las diferencias de medias con el test *post hoc* de Bonferroni: *p <0,05.

Nivel de significación para las diferencias de medias con la t de Student: **p <0,05.

diales con el médico (36,63; DE= 8,91) y los que indican que dicha relación no existe (22,50; DE= 5,34). Asimismo, también hay diferencias significativas entre los farmacéuticos que afirman que no existe relación con el médico y los que afirman que tienen relaciones familiares con él, presentando estos últimos una puntuación media más alta, de 39,95 (DE= 8,80).

Discusión

La tasa de respuesta del muestreo realizado es del orden de la obtenida en otros trabajos (30-35%)^{22,26,29}, y el sesgo de no respuesta similar al que se obtuvo en una encuesta postal realizada a farmacéuticos de oficina de farmacia en Estados Unidos²⁶.

El presente estudio es de gran relevancia, ya que no se ha encontrado ningún otro que haya analizado la relación de la actividad profesional del farmacéutico comunitario en España en el medio rural y su posible afección por el síndrome de *burnout*. Tan sólo existe un trabajo que estudia la prevalencia del *burnout* en farmacéuticos de atención primaria del Servicio Gallego de Salud (SERGAS)²², pero no en oficina de farmacia. Las características del perfil medio del farmacéutico rural de la muestra son las siguientes: farmacéuticos de ambos sexos, aunque hay un porcentaje mayor de mujeres (53,1 frente a 46,9%), con una media de edad de 48,6 años, que viven en pareja y con una media de 1,6 hijos, en pueblos de menos de 1.000 habitantes que disponen de centro de salud en el 67,4% de los casos, y que facturan al año una media de 342.233,00 euros. En cuanto al trabajo que desarrollan, en su actual puesto de trabajo llevan una media de 17,3 años, trabajan una media de 38,1 horas a la semana, realizan una media de 100,6 días de guardia al año, y dispensan una media diaria de 72,5 y 12,0 medicamentos y productos de parafarmacia, respectivamente. Son farmacéuticos que aseguran disponer de unas cordiales relaciones profesionales con el médico en el 87,1% de los casos. Este perfil del farmacéutico que ejerce en oficina de farmacia rural en España se diferencia en muchas de las variables del perfil de los farmacéuticos que ejercen en oficina de farmacia en Estados Unidos^{25,26} y en Turquía²⁷, debido a las características sociodemográficas y al régimen de regulación de las oficinas de farmacia distintos

entre estos dos países y España. En cuanto al perfil de los farmacéuticos de atención primaria del SERGAS²², éstos son más jóvenes, ya que presentan una media de edad de 34,4 años, y además predominan las mujeres (85,7%) y presentan una vinculación media con la sanidad pública de 5,4 años; por tanto, los perfiles de los farmacéuticos de atención primaria tampoco son parecidos a los de los incluidos en el presente estudio.

En cuanto al síndrome de *burnout* y sus tres subescalas, cansancio emocional, despersonalización y realización personal, los resultados se sitúan en valores medios para las tres, con medias de 16,4, 5,4 y 36,2, respectivamente. Realizando la comparación con otros estudios análogos sobre farmacéuticos, hay que destacar que presentan menor cansancio emocional y despersonalización que los farmacéuticos de atención primaria del SERGAS²², con valores medios de 17,2 y 8,0, respectivamente, y tienen una realización personal mucho mayor que estos últimos, que presentan un valor de 18,4. Sin embargo, cuando se compara el presente estudio con trabajos de ejercicio en oficina de farmacia en Ankara (Turquía)²⁷, los valores medios de las dos primeras dimensiones son muy parecidos a los obtenidos en el presente estudio, con puntuaciones medias de 17,23 para el cansancio emocional y de 4,38 para la despersonalización, aunque es inferior en cuanto a la realización personal: se encuentran menos realizados, con una puntuación de 22,68, valor bastante inferior al obtenido en este trabajo. Por otra parte, si se lleva a cabo la comparación con el ejercicio en oficina de farmacia en Estados Unidos²⁶ se obtienen niveles superiores para las tres subescalas; así, en CE presentan una puntuación media de 19,42, en DP de 7,55 y en RP de 39,66, por lo que se encuentran más «quemados» para las dos primeras subescalas pero presentan una mayor realización personal. Hay que resaltar que, tanto para los resultados del presente trabajo como para los de otros autores^{22,26,27}, el síndrome de *burnout* en farmacéuticos es inferior al observado en otros estudios con otros profesionales sanitarios como los médicos¹¹⁻¹³, si bien en otros casos se observan niveles parecidos a los de los farmacéuticos en dentistas y estomatólogos¹⁴ y médicos de atención primaria¹⁵, e incluso más bajos, como en los pediatras intensivistas españoles¹⁶. Sin embargo, en general se observa una mayor realización personal en los

farmacéuticos que en el resto de profesionales sanitarios revisados. Asimismo, hay que destacar que presentan el síndrome de *burnout* el 9,52% de los encuestados (que mostraron niveles altos en las dos primeras subescalas, CE y DP, y bajo en RP), dato inferior al obtenido para otros trabajadores del sector sanitario²⁸, en los que se ha llegado a cifrar en el 37,4%.

La convivencia mejora la realización personal de los farmacéuticos de la muestra, ya que los que viven en pareja presentan una puntuación media en esta subescala de 37,02, superior a los que no viven en pareja (33,24), y estas diferencias presentan significación estadística. Resultado que no coincide con el trabajo de Gupchup et al.²⁶. Sin embargo, el cansancio emocional y la despersonalización, sin significación estadística, son mayores en los farmacéuticos que no viven en pareja que en los que sí lo hacen, lo que esta vez sí coincide con el trabajo de Gupchup et al.²⁶. Esta mayor satisfacción laboral en farmacéuticos que viven en pareja, comparado con los que no lo hacen, se ha constatado en varios trabajos además del de Gupchup et al.²⁶, y afecta tanto a farmacéuticos²² como a otros campos de los profesionales de la salud^{17,18}. Igualmente, la convivencia con hijos implica una mayor realización personal y una menor puntuación en las subescalas CE y DP frente a los que no tienen hijos, aunque no se ha encontrado significación estadística entre las puntuaciones medias de ninguna de las tres subescalas y el número de hijos^{18,19}. Esta relación se observa en farmacéuticos de oficina de farmacia en Estados Unidos²⁷ y de atención primaria en el SERGAS²². La existencia de hijos contribuye a que el individuo pueda ser más resistente al síndrome de *burnout*, lo que según Atance¹⁸ puede deberse a que quienes son padres tienden a ser personas más maduras y estables en general, así como a presentar una mayor capacidad para afrontar problemas personales y conflictos emocionales. Asimismo, las relaciones del farmacéutico con el médico refuerzan la realización personal del primero, ya que los farmacéuticos que afirman tener una relación familiar o cordial con el médico presentan mayores puntuaciones que quienes indican que no existen dichas relaciones, y estas diferencias son estadísticamente significativas. La misma tendencia se observa, aunque sin significación estadística, con respecto a las otras dos escalas, de modo que una mejor relación con el médico conlleva un menor agotamiento emocional y una menor despersonalización.

En cuanto al sexo, no se han encontrado diferencias significativas en ninguna de las tres subescalas, aunque las mujeres están menos «quemadas» que los hombres, al igual que los farmacéuticos de atención primaria del SERGAS²²; sin embargo, sucede lo contrario con los farmacéuticos de HMO en Estados Unidos²⁶.

Cuando se analiza el entorno geográfico donde se ejerce la profesión, se han observado diferencias significativas solamente en las puntuaciones de la escala CE entre los que lo hacen en la comunidad autónoma de Aragón, que presentan puntuaciones altas, y los que lo hacen en Castilla-La Mancha y la Comunidad Valenciana. En lo relativo a la población del municipio donde se emplaza la oficina de farmacia, se han encontrado diferencias significativas solamente con la subescala de despersonalización entre los pueblos de hasta 500 habitantes (con la puntuación más pequeña) y los pueblos de entre 3.001 y 4.000 habitantes (que presentan la puntuación máxima). Sin embargo, para las otras dos escalas no hay una tendencia clara, aunque suelen ser los pueblos de entre 4.001 y 5.000 y los de hasta 500 habitantes los que presentan menor cansancio emocional y mayor realización personal, lo que muestra que los farmacéuticos de los pueblos más pequeños están menos «quemados», ya que llevan en general menos años de ejercicio y conservan todavía las expectativas de promocionarse a otro pueblo más grande, y los farmacéuticos de los pueblos de mayor tamaño ya se encuentran estabilizados, llevan muchos más años de ejercicio en dicho municipio y han fijado su vida en él, ya que sí se han determinado diferencias significativas entre el número de años de ejercicio y el tamaño del municipio. En sentido contrario, varios autores consideran que los años de ejercicio condicionan mucho la vida de los profesionales, de forma que existe un periodo de sensibilización durante los primeros años de ejercicio profesional que sería especialmente vulnerable, por ser el periodo en el que se produce la transición de las expectativas idealistas hacia la práctica del día a día¹⁸. En nuestro trabajo no se han observado diferencias significativas entre los años de ejercicio con ninguna de las tres subescalas, pero para CE y DP ha resultado que se encuentran más «quemados» los farmacéuticos que llevan menos años y los de los grupos que llevan más, y sin embargo los que llevan más años

de ejercicio presentan mayor realización personal, de forma que esto último se contradice con lo que han detectado otros autores para médicos de atención primaria¹³. El resultado del presente trabajo no coincide con el de los farmacéuticos de Estados Unidos²⁶, ya que en su trabajo se observa con menos cansancio emocional y menos despersonalización a los farmacéuticos con menos años de ejercicio, y una mayor realización personal de éstos junto con los que llevan mayor cantidad de años. En cuanto a la infraestructura sanitaria del municipio donde se emplaza la oficina de farmacia, se han encontrado diferencias significativas en la despersonalización, de forma que es inferior si existe un centro de salud, que suele estar asociado a pueblos más grandes, y mayor si se trata de un consultorio médico o dispensario, que se asocian con pueblos pequeños y medianos. Las dispensaciones de medicamentos y de productos de parafarmacia al día, así como las consultas semanales que recibe (número de consultas de indicación, número de consultas sobre medicamentos y número de consultas relacionadas con la salud de los pacientes), son buenos indicadores del trabajo desarrollado por el farmacéutico. Así, de las variables que miden dicha cantidad de trabajo, solamente ha presentado significación el número de productos de parafarmacia dispensados al día con la subescala DP, de forma que quienes han dispensado menos veces (<10) presentan menor despersonalización que quienes lo han hecho más veces (>20). Resultado que coincide con el estudio de los farmacéuticos en Estados Unidos²⁶, en el que se mide el porcentaje de tiempo en contacto directo con los pacientes, de forma que hay menos despersonalización cuanto menor es dicho porcentaje, aunque sin significación estadística. También coincide este resultado con el de otras profesiones sanitarias, como los pediatras intensivistas en España¹⁶, ya que se obtiene que la despersonalización es menor y la realización personal es mayor si el pediatra trabaja en unidades con menor número de camas. Todos estos datos pueden estar relacionados con la menor sobrecarga que conlleva dispensar menos fármacos, estar menos tiempo en contacto con pacientes o que su número sea menor, como se ha descrito clásicamente²⁰. También se ha encontrado significación entre la facturación de los farmacéuticos y la despersonalización, de forma que esta última aumenta al hacerlo la facturación hasta 500.000

euros; y a partir de este valor, para facturaciones mayores disminuye la despersonalización. Esta misma tendencia se observa en el cansancio emocional, pero sin significación. Este resultado está correlacionado parcialmente con el anterior, ya que al aumentar la facturación aumenta normalmente la carga de trabajo; pero cuando se alcanza un nivel de facturación es posible contratar más trabajadores y el farmacéutico titular se descarga de trabajo. Sin embargo, en Estados Unidos²⁶ se obtiene, con significación estadística, que la despersonalización disminuye al aumentar el salario del farmacéutico, lo cual se achaca a la teoría de Herzberg^{30,31}. Según esta teoría, cuando las necesidades de nivel superior o motivadoras (como es la oportunidad de utilizar activamente una formación sanitaria) se ven insatisfechas, se produce una situación de frustración y estrés, y en esta situación el individuo puede poner más énfasis en las necesidades de menor nivel, como es el sueldo que cobra; y si además éste es bajo, puede perder el interés por el trabajo.

Conclusiones

En el presente estudio se han obtenido relaciones entre las características sociodemográficas y de prestación farmacéutica de los farmacéuticos comunitarios que ejercen en pueblos rurales de hasta 5.000 habitantes de España y los niveles de síndrome de *burnout* que presentan, así como con cada una de sus tres subescalas. En general, los participantes muestran un nivel medio de grado de «quemado», ya que las tres subescalas presentan este nivel. Así, se obtuvieron diferencias significativas para la subescala de cansancio emocional entre algunas comunidades autónomas donde se ejerce la profesión en España, sobresaliendo los farmacéuticos de Aragón como los más quemados. En la subescala de despersonalización presentaron diferencias significativas cuatro variables, de forma que se encuentran más despersonalizados los farmacéuticos que ejercen en pueblos con mayor número de habitantes, en los que existe consultorio médico o dispensario frente a centro de salud, los que realizan un mayor número de dispensaciones de productos de parafarmacia al día y los que facturan anualmente entre 300.001 y 500.000 euros. Finalmente, para la subescala de realización personal se han obtenido diferencias significativas para dos variables, de forma que se encuentran más rea-

lizados los farmacéuticos que viven en pareja frente a los que no, y los que afirman disponer de unas relaciones cordiales o familiares con el médico que ejerce en su ámbito geográfico.

Es necesario que las autoridades competentes desarrollen un marco donde se regule específicamente el ejercicio del farmacéutico comunitario de oficina de farmacia rural en España, que permita mejorar sus condiciones de trabajo y una mayor remuneración (sobre todo en el caso de los pueblos con menor número de habitantes) y facilite sus posibilidades de promoción. Entre tanto, una medida importante para paliar este síndrome sería fomentar la formación en técnicas de autocontrol y gestión del estrés que permitan reforzar el optimismo y la autoestima, así como las habilidades de comunicación con el paciente.

Agradecimientos

Los autores del presente trabajo quieren agradecer a todos los farmacéuticos comunitarios que ejercen como titulares en oficina de farmacia en España su inestimable colaboración en la contestación y remisión de los cuestionarios.

Bibliografía

- Freudenberger M. Staff Burn-out. *J Soc Issues*. 1974; 30: 159-166.
- Maslach C. Burned out. *Hum Behaviour*. 1976; 59: 16-22.
- Maslach C. Burnout: a social psychological analysis. En: Jones JW, ed. *The burnout syndrome*. California: Berkeley University of California, 1981.
- Maslach C, Jackson SE. *Manual Maslach Burnout Inventory, 2.ª ed.* Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press, 1981; 1-17.
- Llaneza FJ. *Ergonomía y psicología aplicada. Manual para la formación del especialista*, 10.ª ed. Valladolid: Editorial Lex Nova, 2008.
- Barry PD. *Psychosocial nursing assessment and intervention*. Filadelfia: J.B. Lippincott Company, 1984.
- Beemsterboer J, Baum BH. "Burnout": definitions and health care management. *Soc Work Health Care*. 1984; 10: 97-109.
- Duxbury ML, Armstrong GD, Drew DJ, Henly SJ. Head nurse leadership style with staff nurse burnout and job satisfaction in neonatal intensive care units. *Nurs Res*. 1984; 33: 97-101.
- Dignam JT, Barrera M, West SG. Occupational stress, social support, and burnout among correctional officers. *Am J Community Psychol*. 1986; 14: 177-193.
- Maslach C, Jackson SE. Burnout in organizational settings. *Appl Soc Psychol Annu*. 1984; 5: 133-135.
- Prieto L, Roble E, Salzar LM, Daniel E. Burnout en médicos de atención primaria de la provincia de Cáceres. *Aten Primaria*. 2002; 29: 294-302.
- Martínez de la Casa A, del Castillo C, Magaña E, Bru I, Franco A, Segura A. Estudio sobre la prevalencia del burnout en los médicos del Área Sanitaria de Talavera de la Reina. *Aten Primaria*. 2003; 32: 343-348.
- Rodríguez FJ, Blanco MA, Issa S, Romero L, Gayoso P. Relación de la calidad de vida profesional y el burnout en médicos de atención primaria. *Aten Primaria*. 2005; 36: 442-447.
- Varela-Centelles PI, Fontao LF, Martínez AM, Pita A, Valin MC. Professional burnout in dentists and stomatologists of the Galician Health Service. *Aten Primaria*. 2005; 35: 301-305.
- Matía AC, Cordero J, Mediavilla J, Pereda MJ. Prevalence of burnout and linked variables in primary care doctors in Burgos. *Aten Primaria*. 2006; 38: 58-59.
- Bustanza A, López-Herce J, Carrillo A, Vigil MD, De Lucas N, Panadero E. Situación de burnout de los pediatras intensivistas españoles. *An Esp Pediatr*. 2000; 52: 418-423.
- Sobrequés J, Cebriá J, Segura J, Rodríguez C, García M, Juncosa S. La satisfacción laboral y el desgaste profesional de los médicos de Atención Primaria. *Aten Primaria*. 2003; 31: 227-233.
- Atance JC. Aspectos epidemiológicos del síndrome de burnout en personal sanitario. *Rev Esp Salud Publica*. 1997; 71: 293-303.
- Naisberg JL, Fenning S. Personality characteristics and propeness to burnout: a study among psychiatrists. *Stress Med*. 1991; 7: 201-205.
- Fields AI, Cuerdon TT, Brasseux CO, Getson PR, Thompson AE, Orłowski JP, et al. Physician burnout in pediatric critical care medicine. *Crit Care Med*. 1995; 23: 1.425-1.429.
- Gil-Monte PR. Factorial validity of the Maslach Burnout Inventory (MBI-HSS) among Spanish professionals. *Rev Saude Publica*. 2005; 39: 1-8.
- Pérez T, Díaz C. Prevalencia del burnout en farmacéuticos de atención primaria. *Farm Aten Primaria*. 2007; 5: 2-7.
- Lahoz MR, Mason HL. Maslach Burnout Inventory: factor structures and norms for USA pharmacists. *Psychol Rep*. 1989; 64: 1.059-1.063.
- Lahoz MR, Mason HL. Burnout among pharmacists. *Am Pharm*. 1990; NS30: 460-464.
- Gupchup GV, Lively BT, Holiday-Goodman M, Siganga WW, Black CD. Maslach Burnout Inventory: factor structures for pharmacists in health maintenance organizations and comparison with normative data for USA pharmacists. *Psychol Rep*. 1994; 74: 891-895.
- Gupchup GV, Singhal PK, Dole EJ, Lively BT. Burnout in a sample of HMO pharmacists using the Maslach Burnout Inventory. *J Managed Care Pharm*. 1998; 4: 495-503.
- Calgan Z, Yegenoglu S, Aslan D, Geyik PO. Community pharmacists' burnout levels and influencing factors in Ankara, Turkey: preliminary findings of a community based study. *Eur J Pharm Sci*. 2007; 32 (1 Supl): S15.
- Gil-Monte PR, Marucco MA. Prevalencia del «síndrome de quemarse por el trabajo» (burnout) en pediatras de hospitales generales. *Rev Saude Publica*. 2008; 42: 450-456.
- Health Services Research Group. A guide to direct measures of patient satisfaction in clinical practice. *Can Med Assoc J*. 1992; 146: 1.727-1.731.
- Herzberg F. *The motivation to work*, 2.ª ed. Nueva York: John Wiley and Sons, 1959.
- Wolfgang AP, Kirk KW, Shepherd MD. Job stress in pharmacy practice: implications for managers. *Am Pharm*. 1985; NS25: 446-449.