

# Situación de *burnout* de los pediatras intensivistas españoles

A. Bustinza Arriortua<sup>a</sup>, J. López-Herce Cid<sup>a</sup>, A. Carrillo Álvarez<sup>a</sup>, M.D. Vigil Escribano<sup>b</sup>, N. de Lucas García<sup>c</sup> y E. Panadero Carlavilla<sup>d</sup>

<sup>a</sup>Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos. <sup>b</sup>Servicio de Medicina Preventiva y Gestión de Calidad. Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid. <sup>c</sup>SAMUR. Protección Civil del Ayuntamiento de Madrid.

<sup>d</sup>Centro de Atención Primaria de Navalcarnero. Madrid.

(*An Esp Pediatr* 2000; 52: 418-423)

## Antecedentes y objetivos

El síndrome de *burnout* se caracteriza por cansancio emocional, despersonalización y disminución o pérdida del sentimiento de realización personal. Es frecuente en las profesiones asistenciales y de contacto interpersonal y en su génesis intervienen, entre otros, los factores laborales. Se propone determinar su prevalencia entre los pediatras intensivistas españoles.

## Métodos

Un total de 68 pediatras intensivistas de la sección de Cuidados Intensivos Pediátricos de la Asociación Española de Pediatría participaron en el estudio. Se utilizó un cuestionario que contenía preguntas generales sociodemográficas y la versión española del Maslach Burnout Inventory. Se realizó un estudio estadístico descriptivo y analítico que incluía la prueba de la t de Student y el análisis de la variancia.

## Resultados

La afectación por el *burnout* se situó en niveles medios (de  $41,9 \pm 7,5$ ), siendo destacable la mayor relevancia de la falta de realización personal ( $18,9 \pm 3,5$ ). El 55,9% achacó a los conflictos institucionales su malestar laboral y el 58,8% se planteaba dejar su puesto de trabajo en el futuro.

## Conclusiones

Destaca la importancia que tiene el *burnout* y sus dimensiones en las profesiones sanitarias y en particular en los médicos de cuidados intensivos pediátricos. Aunque las puntuaciones del *burnout* y sus componentes se sitúan en un rango intermedio, más de la mitad de la población estudiada se plantea abandonar su trabajo.

## Palabras clave:

Unidades de Cuidados Intensivos Pediátricos. Burnout. Práctica profesional. Satisfacción laboral.

## BURNOUT SITUATION OF THE SPANISH PEDIATRIC INTENSIVISTS

### Background

The burnout syndrome is characterized by emotional exhaustion, depersonalization and decrease or loss of the feeling of personal accomplishment. It is frequent in the helping professions where an intense involvement with people needing assistance occurs. In its origin, the work policy factors seem to be important.

### Methods

68 pediatric intensive care physicians of the Intensive Care Section of the Spanish Pediatric Association participate in the study. A general questionnaire and a Spanish version of the Maslach Burnout Inventory was used. The statistical analysis includes: a descriptive analysis, the Student t-test, and the analysis of the variance.

### Results

Burnout scores were in the average range ( $41,9 \pm 7,5$ ), with a more important grade in the decrease of personal accomplishment dimension ( $18,9 \pm 3,5$ ). The 55,9% of the responders attributed to the conflict with the managing policy, their work dissatisfaction and the 58,8% planned to leave the job in the future.

### Conclusions

The importance of burnout and its three dimensions in the health professions and in the hospital setting is stated. It is enhanced that even though the burnout scores were in the average range more than half of the population studied were considering to leave their work in the future.

### Key words:

Pediatric Intensive Care Units. Burnout. Professional practice. Job satisfaction.

**Correspondencia:** Dra. A. Bustinza Arriortua. Agustín Calvo, 10-2-At. B. 28043 Madrid.

Recibido en mayo de 1999.

Aceptado para su publicación en marzo de 2000.

## INTRODUCCIÓN

El concepto de *burnout* hace referencia a un tipo de estrés laboral e institucional que ocurre en aquellos profesionales que precisan mantener una relación constante y directa con otras personas, especialmente si esta relación es de ayuda<sup>1-7</sup>. Los trabajos de Maslach y Jackson han sentado las bases para estudios en diferentes colectivos y sociedades a través del instrumento de medida que idearon, el Maslach Burnout Inventory<sup>8</sup>. Las características principales del síndrome de *burnout* según estas autoras son: el cansancio emocional, que consiste en un sentimiento de agotamiento ante las exigencias de la tarea por la que no se siente atractivo alguno; la despersonalización, que implica una conducta de rechazo de los clientes, a los que se culpa de su situación, burocratizando su relación con ellos y refiriéndose a éstos como si de objetos se tratara, y la desrealización personal o falta de realización personal, que consiste en una actitud negativa hacia uno mismo y al trabajo, una pérdida del interés por éste, un aislamiento en la tarea, unas ideas de incompetencia personal hacia ella, junto con irritabilidad, baja productividad y pobre autoestima<sup>9</sup>.

La presencia de *burnout* ha sido estudiada en los diversos niveles asistenciales sanitarios<sup>10-16</sup>. En las unidades de cuidados intensivos, se ha evidenciado *burnout* en todos los estamentos profesionales: médicos, enfermeras, personal auxiliar, y de todas las especialidades, adultos, niños y neonatos<sup>17-21</sup>. En un reciente estudio en los Estados Unidos, el 50% de los intensivistas pediátricos se encontraban en riesgo de padecer *burnout*<sup>22</sup>.

Las consecuencias que ocasiona la presencia de *burnout* entre los médicos son diversas y revisten una extraordinaria importancia en la vida y en el rendimiento laboral de los mismos. Se producen trastornos emocionales, conductuales, sociales, psicossomáticos y familiares<sup>22-24</sup>. El *burnout* lleva al sujeto a experimentar un rechazo de su trabajo diario, aumenta el absentismo, se pierde eficacia, se tiende a presentar un comportamiento excesivamente profesional y burocratizado y ante el deseo de cambiar de trabajo, aumenta la rotación de puestos y el abandono profesional<sup>18,25,26</sup>.

Considerando estos antecedentes, se planteó la hipótesis de que el síndrome de *burnout* podría estar afectando al colectivo de los pediatras intensivistas españoles y se realizó este estudio con el objetivo de determinar la prevalencia del síndrome de *burnout* y de sus componentes, cansancio emocional, despersonalización y falta de la realización personal o desrealización personal.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Se trata de un estudio descriptivo, con componentes analíticos, realizado en la población diana de los pediatras intensivistas, siendo la población accesible aquella que pertenece a la Sección de Cuidados Intensivos de la

Asociación Española de Pediatría. A todos ellos se les realizó una encuesta anónima, escrita y enviada por correo entre enero y mayo de 1996.

La encuesta consta de dos partes: una primera parte que versa sobre datos sociodemográficos y una segunda parte constituida por el Maslach Burnout Inventory en su versión española<sup>9,27</sup>. El Maslach Burnout Inventory consta de 22 ítems que exploran los tres componentes del *burnout*: el cansancio emocional, la despersonalización y la realización personal. Cada ítem consiste en una frase y el encuestado debe elegir entre las cuatro opciones de frecuencia, en las que se sugiere que ocurre lo que la frase expresa, la que más se ajusta a su situación. A cada opción se le asigna un valor de 1 a 4 en la escala de Likert, y la puntuación total se obtiene sumando los valores de cada ítem. Se considera *burnout* cuando se puntúa alto en cansancio emocional y despersonalización y bajo en realización personal.

Fueron enviados 189 cuestionarios, el total de los miembros de la sección según el listado. El análisis de los datos se efectuó utilizando el paquete estadístico SPSSPC V5.0. Se realizó un estudio estadístico descriptivo que consistía en el cálculo de porcentajes, medias y desviación típica, y analítico, que incluía la prueba de la t de Student y el análisis de la variancia de una vía, utilizando como prueba *a posteriori* el test de Student-Newman-Keuls. El nivel de significación elegido fue de  $p < 0,05$ . El análisis de consistencia interna de las escalas utilizadas en el estudio se realizó a través de la prueba estadística de alfa de Cronbach ( $\alpha$ ).

## RESULTADOS

Se recibieron 68 encuestas y 19 fueron devueltas por correo, lo que representa una tasa de respuesta del 40%. Las características sociodemográficas y laborales de los encuestados se reflejan en las tablas 1-3.

TABLA 1. Características sociodemográficas

	n	Porcentaje
Sexo		
Varón	48	70,6
Mujer	20	29,4
Edad (años)		
28-36	15	22,1
37-45	28	41,2
46-55	25	36,8
Relaciones personales		
Casado/a	59	86,8
Soltero/a	7	10,3
Separado/divorciado	2	2,9
Número de hijos		
Ninguno	11	16,2
1-2	42	61,8
> 3	15	22

n: número de intensivistas.

**TABLA 2. Aspectos laborales de los intensivistas**

	n	Porcentaje
Situación laboral		
Fijo	45	66,2
Otros	23	33,8
Antigüedad en la profesión (años)		
1-10	15	22,1
11-20	31	45,6
21-31	22	32,4
Categoría		
Jefe de Servicio	5	7,4
Jefe de Sección	14	20,6
Médico Adjunto	48	70,6
Médico Residente	1	1,5
Médicos por UCIP		
2-6	55	80,9
7-11	11	16,2
≥ 12	2	2,9
Camas por UCIP		
3-13	44	64,7
14-24	21	30,9
25-35	3	4,4
Guardias/mes		
0-3	17	25
4-6	44	64,7
7-9	7	10,3
Horas trabajadas/semana		
30-40	48	70,6
> 40	19	28
No contesta	1	1,5

n: número de intensivistas.

**TABLA 3. Aspectos de la actividad desempeñada**

	n	Porcentaje
Enfermos a su cargo		
0-10	10	80,9
11-30	5	7,4
No contesta	8	11,8
Actividad docente		
Sí	64	94,1
No	4	5,9
Patología atendida		
Neurocirugía	58	85,3
Oncohematología	46	67,6
Neonatología	36	52,9
Cirugía cardiovascular	31	45,6
Porcentaje de la jornada en interacción con los pacientes y sus familias		
< 20	14	20,6
40	24	35,3
60	15	22,1
> 80	10	14,7
No contesta	5	7,4

n: número de intensivistas.

**TABLA 4. Resultados del análisis descriptivo de las escalas**

Escalas	Media (desviación estándar)	Rango	Ítems	Puntuación máxima
<i>Burnout</i>	41,94 (7,50)	26-62	22	88
Cansancio emocional	17,20 (4,38)	9-32	9	36
Despersonalización	8,03 (2,23)	5-15	5	20
Realización personal	18,94 (3,57)	11-26	8	32

**TABLA 5. Distribución de la población según el nivel de afectación de *burnout* y sus componentes**

	Valores	n	Porcentaje
<i>Burnout</i>			
Alto	> 52	7	10
Medio	39-51	38	56
Bajo	< 38	23	34
Cansancio emocional			
Alto	> 27	3	5
Medio	18-26	30	44
Bajo	< 17	35	51
Despersonalización			
Alto	> 13	2	3
Medio	9-12	25	37
Bajo	< 8	41	60
Falta de realización personal			
Alto	> 23	12	18
Medio	17-22	38	56
Bajo	< 16	18	26

n: número de intensivistas.

Los valores obtenidos en *burnout* y sus componentes cansancio emocional, despersonalización y falta de realización personal para la población encuestada se expresan en la tabla 4. Para facilitar la interpretación de las escalas se invirtieron los valores en la de realización personal y se consideró puntuar alto en falta de realización personal como afectación.

Considerando las puntuaciones de la escala de *burnout* y de las subescalas cansancio emocional, despersonalización y falta de realización personal, la población estudiada se distribuye en tres niveles (alto, medio y bajo), tal como se representa en la tabla 5.

En cuanto a la consistencia interna de las escalas utilizadas en el estudio; las escalas de *burnout* y de cansancio emocional son las que tienen la consistencia interna o fiabilidad más alta ( $\alpha = 0,83$  y  $0,82$ , respectivamente), seguidas de la escala de falta de realización personal ( $\alpha = 0,70$ ) y de la de despersonalización ( $\alpha = 0,64$ ).

Con respecto al factor más común que causa malestar en la vida profesional de los participantes es el de conflictos institucionales (55,9%), seguido por los de sobrecarga en el trabajo (32,4%). Por el contrario, los que me-

TABLA 6. Relación entre *burnout* y sus componentes y las variables sociodemográficas con significación estadística

VARIABLES	<i>Burnout</i>	Cansancio emocional	Despersonalización	Falta de realización personal
Sexo				
Varones			8,37 (2,34)*	
Mujeres			7,2 (1,7)*	
Número de camas/unidad				
3-13			7,81 (2,09)**, <sup>a</sup>	19,31 (3,4)**
14-24			8,04 (1,74)**	17,61 (3,61)**
25-35			11 (5,2)**	22,66 (2,08)**
Cambio de trabajo				
Nunca	39,77 (7,91)**, <sup>b</sup>	15,66 (4,2)**, <sup>b</sup>		
En unos años	41,9 (6,77)**	16,86 (3,23)**		
Cuanto antes	47,60 (6,29)**	22,30 (4,66)**		
Consecuencias psíquicas				
Sí	44,02 (7,94)*	18,66 (4,54)*		
No	40,48 (6,21)*	16,08 (3,42)*		
Sentimiento de incompetencia				
Sí		19,92 (3,14)*		
No		16,97 (4,36)*		

Datos expresados en media (DE). \*t de Student  $p < 0,05$ . \*\*Anova (1 factor)  $p < 0,05$ .

<sup>a</sup>Diferencias entre el primer grupo y el tercero y entre el segundo y el tercero (Student-Newman-Keuls,  $p < 0,05$ ).

<sup>b</sup>Diferencias entre el primer grupo y el tercero y entre el primero y el segundo (Student-Newman-Keuls,  $p < 0,05$ ).

nos malestar producen son los de mala remuneración (19,1%) y el estrés derivado de la relación con los pacientes y familiares (23,5%). Asimismo, parece ser que las alteraciones psíquicas (52,9%) y la falta de tiempo libre y de calidad de vida (41,2%) son las consecuencias más comunes derivadas del malestar en el trabajo.

Cerca de la mitad de los participantes se han planteado cambiar de trabajo después de unos años (44,1%), y sólo un 14,7% dice querer cambiar de trabajo cuanto antes.

Al analizar la relación entre el síndrome de *burnout* y sus componentes y las variables sociodemográficas (tabla 6) no se hallaron diferencias significativas en las siguientes variables: edad, relaciones personales, número de hijos, antigüedad en la profesión y en el puesto y situación laboral. Tampoco hubo diferencias según el número de médicos por unidad.

Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la dimensión de despersonalización: en cuanto al sexo, los varones presentan un mayor nivel de despersonalización (8,37 [DE: 2,34]) que las mujeres (7,20 [1,7]); en cuanto al número de camas por unidad, en las unidades con menor número de camas (de 3 a 13 y 14 a 24) aparece un nivel de despersonalización menor (7,81 [2,09] y 8,04 [1,74], respectivamente), que en aquellas con 25 a 35 camas (11 [5,2]).

De igual modo, se hallaron diferencias estadísticamente significativas en falta de realización personal en función del número de camas por unidad, aunque en la prueba *a posteriori* no se encontraron diferencias significativas entre los grupos.

Resultaron estadísticamente significativas las diferencias en el nivel de *burnout* y de cansancio emocional en función del planteamiento de cambio de trabajo: los sujetos que dicen querer cambiar de trabajo cuanto antes

o después de unos años presentan niveles más altos de *burnout* (47,60 [6,29] y 41,9 [6,77], respectivamente) y de cansancio emocional (22,30 [4,66] y 16,86 [3,23], respectivamente) que los que no piensan cambiar nunca de trabajo (*burnout* 39,77 [7,91] y cansancio emocional 15,66 [4,2]).

No se hallaron relaciones significativas entre el síndrome de *burnout* y sus componentes y los factores que causan malestar en el trabajo, como son la sobrecarga, los conflictos institucionales, los conflictos de relación con los compañeros, el progreso de la carrera profesional, las guardias y el estrés derivado de la relación con los pacientes y sus familiares.

En cuanto a las consecuencias derivadas del malestar en el trabajo existe una diferencia significativa en *burnout* y en cansancio emocional en función de las alteraciones psíquicas: los que tienen alteraciones psíquicas como consecuencia del malestar en el trabajo presentan niveles más altos de *burnout* (44,02 [7,94]) y de cansancio emocional (18,66 [4,54]).

Asimismo, se encontraron diferencias significativas en cansancio emocional en función del sentimiento de incompetencia: aquellos sujetos que consideran el sentimiento de incompetencia como consecuencia del malestar en el trabajo tienen más cansancio emocional (19,92 [3,14]).

## DISCUSIÓN

Nuestra tasa de respuesta es del 40%, similar a la de otros autores que han utilizado encuestas postales y cuyas tasas son del 30 o 35%<sup>28</sup>.

Del análisis de los datos sociodemográficos se deduce que el grupo es bastante homogéneo en cuanto a su situación laboral. Se trata de profesionales de una media

de edad de 42 años que trabajan como médicos adjuntos (el 70%), en un puesto laboral fijo (el 66%). Pertenecen a unidades de tamaño intermedio. Trabajan un promedio de 35 h a la semana y realizan una guardia de presencia física de 24 h por semana. Asimismo su actividad profesional les exige una media de 10 h semanales de trabajo en su domicilio. Hay un predominio de varones, el 70%. Este perfil es acorde a la sociología de los profesionales de otras áreas de atención y tiene mucho que ver con el desarrollo de la red pública de hospitales y de las especialidades médicas en España<sup>10,29</sup>.

El 56% manifiesta que los conflictos institucionales son responsables de su descontento. Datos similares se recogen en la bibliografía, tanto en otros profesionales sanitarios españoles<sup>10</sup>, como en los británicos<sup>23</sup>. Las consecuencias que experimentan estos profesionales en sus vidas debido al malestar laboral son principalmente las alteraciones psíquicas (el aumento del nerviosismo, el insomnio, el estrés) y, en segundo lugar, el empobrecimiento de la calidad de vida por la falta de tiempo libre, coincidente con otras opiniones expresadas en la bibliografía<sup>17,24,26</sup>.

En cuanto al *burnout* y sus dimensiones de cansancio emocional, despersonalización y falta de realización personal, los resultados se sitúan en valores medios en referencia a la escala de Likert empleada de 1 a 4 y a la puntuación máxima posible que obtener (tabla 4). La clasificación de los niveles de *burnout* continúa siendo un tema controvertido y sin resolver, como indica Schaufeli<sup>30</sup>. La distribución de los niveles de *burnout* (en alto, moderado y bajo) en el manual del cuestionario original de Maslach y Jackson se ha hecho en función de normas estadísticas arbitrarias<sup>9</sup>. La falta de puntos de corte validados en las diferentes versiones impide la utilización del Maslach Burnout Inventory para el diagnóstico del síndrome de *burnout* en los casos individuales, y tan sólo permite un análisis global de la muestra<sup>30</sup>. En nuestro estudio es llamativo que los valores obtenidos en falta de realización personal, con una media de 18,94 y un 74% de los participantes incluidos entre los niveles medio y superior de la subescala, se encuentran en el mismo rango que los de los otros componentes, incluso en cierta medida proporcionalmente más altos, coincidiendo con los resultados de Guntupalli en su estudio de los intensivistas internistas<sup>20</sup>. Por el contrario, Deckard, en sus estudios en especialistas en enfermedades infecciosas y en los de asistencia primaria, encuentra que la realización personal es muy elevada, en contraste con el cansancio emocional, que suele ser lo más afectado de la valoración<sup>11,31</sup>. Hidalgo, en la muestra de médicos españoles, encuentra menor realización personal en las categorías de adjunto y mayor afectación en todas las dimensiones del *burnout* con respecto a los valores manejados en los estudios de los EE.UU.<sup>10</sup>. Estos resultados pueden obedecer a diferencias culturales, ya que los

puntos de corte de las escalas pueden ser diferentes para cada cultura y población<sup>30</sup>. Por otro lado, también podría considerarse que las condiciones laborales de los médicos en nuestro país pueden ser un factor que influya en estas diferencias. En nuestro estudio, el 56% de los encuestados está insatisfecho con la institución para la que trabaja y tan sólo el 23% considera como causa de malestar laboral el contacto con los pacientes y sus familias, que en los estudios realizados en los EE.UU. se consideran más responsables del estado de *burnout*<sup>5,9</sup>. La reforma sanitaria emprendida en España en los años ochenta se ha hecho sentir sobremedida en el ámbito hospitalario, los profesionales se han sentido excluidos de los órganos de decisión y en muchos casos los estamentos directivos se han nombrado siguiendo criterios gerenciales y no asistenciales<sup>10,32</sup>. Además, los profesionales clínicos han sido excluidos de los mecanismos de promoción<sup>32</sup>. En otros trabajos se ha atribuido una responsabilidad en la disminución de la autoestima médica, a la imposición por parte de los gestores de una práctica médica basada en los resultados, en la efectividad y en la dinámica de la contención del gasto<sup>10,12,15,16,32</sup>.

En cuanto a las diferencias encontradas con respecto al sexo, los niveles de despersonalización son más acusados en los varones. Esta apreciación es coincidente con otros estudios, tanto en médicos como en otros grupos profesionales<sup>10,23</sup>. Sin embargo, otros autores encuentran más afectadas a las mujeres en *burnout* global y cansancio emocional<sup>23,30</sup>.

Con respecto a las condiciones laborales se constata que en las unidades con menor número de camas, el nivel de despersonalización es menor y mayor la realización personal. Estos datos pueden estar relacionados con la menor sobrecarga, al ocuparse de un menor número de pacientes, como se ha descrito clásicamente<sup>22</sup>, o con las características personales de los encuestados que se sienten más próximos al apoyo y reconocimiento de los compañeros en las unidades pequeñas<sup>33</sup>.

Especial importancia merece comentar los deseos de cambio de trabajo entre los encuestados y su relación con el *burnout*. El 58,8% de los encuestados manifiesta desear cambiar de trabajo. De éstos, el 14,7% cuanto antes y éstos son los que presentan significativamente mayor *burnout* y cansancio emocional. Estos datos son de especial relevancia por lo que tienen de repercusión en la calidad asistencial y en las pérdidas económicas que ocasionan. Que especialistas formados y rentables en su dedicación y rendimiento abandonen su puesto y sean sustituidos por otros con menor experiencia puede ser un indicador de mal funcionamiento del sistema<sup>18,22</sup>.

Los encuestados que consideran que las alteraciones psíquicas son consecuencia de su malestar laboral tienen mayor *burnout* y cansancio emocional, lo que coincide con lo que describen otros autores<sup>17,33</sup>. La misma consideración merece la relación del sentimiento de in-

competencia como consecuencia del malestar en el trabajo y el mayor *burnout* y cansancio emocional. Los encuestados que no manifiestan tener consecuencias derivadas del malestar en el trabajo o bien representan personalidades perfectamente ajustadas en su trabajo, que saben manejar las situaciones sin verse afectadas por el *burnout*<sup>24,33</sup>, o son profesionales afectados de lo que se ha llamado el síndrome del trabajador sano, es decir, que los trabajadores en activo pueden no estar afectados y que los que han dejado su puesto por padecer *burnout* no han sido investigados<sup>30</sup>.

En resumen, los pediatras intensivistas españoles de esta muestra manifiestan unos niveles de agotamiento profesional o de *burnout* que explica que el 58,8% se planteen dejar su trabajo actual, con los consiguientes perjuicios que conlleva para la calidad asistencial y para los resultados económicos.

Estos datos sugieren la necesidad de profundizar en las causas de este fenómeno, de forma que se puedan diseñar mecanismos de intervención, que corrijan estas tendencias, y redunden en una mejora de la calidad asistencial de las unidades de cuidados intensivos pediátricos y de su rentabilidad.

## BIBLIOGRAFÍA

- Freudenberger HJ. Staff burn-out. *J Soc Issues* 1974; 30: 159-165.
- Maslach C. Burned-out. *Human Behav* 1976; 5: 16-22.
- Pines A, Kafry D. Occupational tedium in the social services. *Soc work* 1978; 23: 499-507.
- Cherniss C. Staff Burnout: Job stress in human services. Beverly Hills, CA: Sage; 1980.
- Maslach C, Pines A. Burnout: the loss of human caring. En: Pines A, Maslach C, editores. *Experiencing social psychology*. Nueva York: A.A.Knopf, 1979; 246-252.
- Golembiewski RT, Muzenrider R, Carter D. Phases of progressive *burnout* and their work-site covariants. *J Appl Behav Sci* 1983; 13: 461-482.
- Moreno B, Oliver C, Aragonese A. El *burnout* una forma específica de estrés laboral. En: Carballo VE y Buela Casal G, editores. *Manual de psicología clínica aplicada*. Madrid: Siglo XXI, 1991; 271-284.
- Maslach C. Understanding *burnout* definitional issues in analyzing a complex phenomenon. En: Paine WS, editor. *Job stress and Burnout*. Beverly Hills, CA: Sage, 1982.
- Maslach C, Jackson SE. *Maslach burnout Inventory Manual* (2.ª ed.). Palo Alto, CA: Consulting Psychologist Press Inc., 1986.
- Hidalgo Rodrigo I, Díaz González RJ. Estudio de la influencia de los factores laborales y sociodemográficos en el desarrollo del síndrome de agotamiento profesional en el área de medicina especializada del Insalud de Ávila. *Med Clin (Barc)* 1994; 103: 408-412.
- Deckard GJ, Hicks LL, Hamory BH. The occurrence and distribution of *burnout* among infectious diseases physicians. *J Infect Dis* 1992; 165: 224-228.
- Tanenbaum SJ. Sounding board What physicians know. *N Engl J Med* 1993; 329: 1268-1271.
- Creagan ET. Stress among medical oncologists: the phenomenon of *burnout* and a call to action. *Mayo Clin Proc* 1993; 68: 614-615.
- Van Servellen G, Leake B. *burnout* in hospital nurses: a comparison of acquired immunodeficiency syndrome, oncology, general medical and intensive care unit nurses samples. *J Prof Nurs* 1993; 9: 169-177.
- Lee RT, Ashforth BE. A meta-analytic examination of the correlates of the three dimensions of job Burnout. *J Appl Psychol* 1996; 81: 123-133.
- Turnipseed DL. Anxiety and *burnout* in the health care work environment. *Psychol Rep* 1998; 82: 627-642.
- Orlowski JP, Gullede D. Critical care stress and burnout. *Crit Care Clin* 1986; 2: 173-181.
- Ackerman AD. Retention of Critical Care Staff. *Crit Care Med* 1993; 21 (Supl): 394-395.
- Cano Peregrina MA, García Córdoba C, García Ruiz E, López Abellán M, Parera Duarri N. ¿Está "quemada" la enfermería?: síndrome de *burn-out*. *Enfermería Intensiva* 1996; 7: 138-146.
- Guntupalli KK, Fromm RE Jr. *burnout* in the internist-intensivist. *Intensive Care Med* 1996; 22: 625-630.
- Kennedy D, Barloon LF. Managing *burnout* in pediatric critical care: the human care commitment. *Crit Care Nurs Q* 1997; 20: 63-71.
- Fields AI, Cuerdon TT, Brasseux CO et al. Physician *burnout* in pediatric critical care medicine. *Crit Care Med* 1995; 23: 1425-1429.
- Burnished or burn-out: the delights and dangers of working in health. *Lancet* 1994; 344: 1583-1584.
- Goldberg R, Boss RW, Chan L et al. *burnout* and its correlates in emergency physicians: four years' experience with a wellness booth. *Acad Emerg Med* 1996; 3: 1156-1164.
- Larocque D. L'absentéisme. *Can Nurse* 1996; 92: 42-46.
- Firth-Cozens J, Greenhalgh J. Doctors' perceptions of the links between stress and lowered clinical care. *Soc Sci Med* 1997; 44: 1017-1022.
- Oliver C, Pastor JC, Aragonese A, Moreno B. Una teoría y una medida de estrés laboral asistencial. II Congreso Social de Psicología. Valencia, 1990.
- Health Services Research Group. A guide to direct measures of patient satisfaction in clinical practice. *Can Med Assoc J* 1992; 146: 1727-1731.
- Atance Martínez JC. Aspectos epidemiológicos del síndrome de *burnout* en personal sanitario. *Rev Esp Salud Pública* 1997; 71: 293-303.
- Schaufeli WB. A cautionary note about the cross national and clinical validity of cut-off points for the Maslach *burnout* Inventory. *Psychol Rep* 1995; 76: 1083-1090.
- Deckard G, Meterko M, Field A. Physician burnout: an examination of personal, professional and organizational relationships. *Med Care* 1994; 32: 745-754.
- Gervás J, Hernández-Monsalve LM. La autoestima de los médicos y la reforma sanitaria. *Med Clin (Barc)* 1994; 103: 421-422.
- Piedmont RL. A longitudinal analysis of *burnout* in the health care setting: the role of personal dispositions. *J Pers Assess* 1993; 61: 457-473.