

Prevalencia del síndrome del quemado y estudio de los factores asociados en los trabajadores de un hospital comarcal

G. Pera / M. Serra-Prat

Unitat de Recerca. Fundació Jaume Esperalba i Terrades del Consorci Sanitari del Maresme. Mataró. Barcelona.

Correspondencia: Mateu Serra-Prat. Unitat de Recerca. Hospital de Mataró. Ctra. de Cirera, s/n. 08304 Mataró.
Correo electrónico: mserra@csm.scs.es

Recibido: 12 de noviembre de 2001.

Aceptado: 12 de junio de 2002.

(Burnout syndrome: prevalence and associated factors among workers in a district hospital)

Resumen

Objetivo: El síndrome del quemado o de *burnout* es un tipo de estrés laboral que puede tener repercusiones psicossomáticas, conductuales, emocionales, familiares y sociales, y que puede ser motivo de absentismo laboral y de bajo rendimiento en el trabajo. El objetivo de este trabajo es conocer la prevalencia del síndrome del quemado entre los trabajadores de un hospital comarcal, así como conocer las características personales y laborales que se asocian a dicho síndrome.

Métodos: Se diseñó un estudio observacional transversal en el que se seleccionó una muestra aleatoria, estratificada por categoría profesional, de 300 trabajadores a los que se les administró el Maslach Burnout Inventory para medir el grado de *burnout*. Este cuestionario consta de tres subescalas: el cansancio emocional, la despersonalización y la realización personal.

Resultados: El 13,9% de los entrevistados presentó un grado elevado de *burnout* para el cansancio emocional, el 11,1% para la despersonalización y el 6,6% para la realización personal. Ninguno de los entrevistados obtuvo puntuaciones elevadas en las tres escalas a la vez, mientras que un 27% presentó un grado alto de *burnout* en al menos una de las tres escalas. En el análisis multivariante la categoría profesional y el sexo se asociaron de forma estadísticamente significativa con un alto grado de *burnout*.

Conclusiones: La prevalencia de síndrome del quemado en el hospital de Mataró es relativamente baja y se asocia al género y la categoría profesional.

Palabras clave: Síndrome del quemado. Estrés. Prevalencia. Factores de riesgo. Maslach Burnout Inventory.

Summary

Aim: Burnout syndrome refers to a kind of occupational stress that can have psychosomatic, behavioral, emotional, familial, and social repercussions; it can also cause absenteeism and loss of efficacy at work. The aim of this study was to determine the prevalence of burnout among staff in a district hospital, as well as the personal and working characteristics associated with the syndrome.

Methods: A cross-sectional study was designed in which a representative random sample of 300 workers, stratified according to professional group, was given the Maslach Burnout Inventory to measure the degree of burnout. This questionnaire has three subscales: emotional exhaustion (EE), depersonalization (DP) and personal achievement (PA).

Results: A high degree of burnout was found for EE in 13.9% of the staff interviewed, in 11.1% for DP and in 6.6% for PA. None of the interviewees had high scores for all three scales while 27% had a high level of burnout in at least one of the scales. In the multivariate analysis, professional category and sex were statistically significantly associated with a high level of burnout.

Conclusion: The prevalence of burnout in Mataró Hospital (Spain) is relatively low and depends mainly on sex and professional group.

Key words: Burnout. Stress. Prevalence. Risk factors. Maslach Burnout Inventory.

Introducción

El concepto de *burnout* hace referencia a un tipo de estrés laboral e institucional que ocurre en aquellos profesionales, entre ellos el personal sanitario, que precisan mantener una relación, especialmente de ayuda, constante y directa con otras personas¹. Según Maslach y Jackson², el *burnout* o sín-

drome del quemado (SQ) se puede identificar a partir de tres dimensiones interrelacionadas: el cansancio emocional, descrito como un sentimiento de agotamiento ante las exigencias de la tarea por la que no se siente atractivo alguno; la despersonalización, que supone una conducta de rechazo hacia los pacientes, refiriéndose a ellos como si fuesen objetos, y la falta de realización personal, consistente en una actitud negativa

hacia uno mismo y el trabajo, pérdida de interés por éste, irritabilidad, baja productividad y pobre autoestima. El SQ es motivo de preocupación por las repercusiones personales que comporta, ya sean emocionales, conductuales o psicosomáticas, por las repercusiones familiares y sociales, así como por las repercusiones en el ámbito laboral u organizacional, como absentismo laboral, disminución del grado de satisfacción de los profesionales y usuarios, movilidad laboral y pérdida de productividad^{3,4}.

Las causas del SQ no están bien establecidas. Factores personales como la edad⁸, el sexo^{6,7} o la personalidad del individuo⁵; factores sociales como el estado civil o el número de hijos⁸, y factores laborales^{9,10} como la sobrecarga de trabajo, las relaciones con el equipo laboral, la antigüedad^{11,12}, el turno horario o el tipo de actividad desarrollada pueden influir en la incidencia del SQ.

La presencia del SQ entre los profesionales sanitarios ha sido estudiada en España^{5,8,13-16}, sobre todo en el ámbito de la atención primaria, y en muy pocas ocasiones se ha tomado como referencia a todos los trabajadores de un hospital. El objetivo de este estudio es conocer la prevalencia del SQ entre los trabajadores del Hospital de Mataró (Barcelona), así como conocer las características laborales y personales que se asocian con dicho síndrome.

Métodos

Población

Se diseñó un estudio observacional transversal para conocer la prevalencia del SQ en los trabajadores del Hospital de Mataró. Este hospital atiende a una población de referencia de más de 220.000 habitantes, tiene 350 camas y en él trabajan 1.140 empleados.

Se seleccionó una muestra aleatoria, estratificada por estamento, de 300 trabajadores del hospital. El colectivo de médicos y enfermeras de urgencias fue sobremuestreado para disponer de más potencia estadística a fin de comparar este servicio con el resto. En 87 casos (29%) hizo falta buscar, aleatoriamente, a un sustituto del mismo grupo laboral, ya que el seleccionado estaba de baja, de vacaciones o había dejado de trabajar en el hospital.

Cuestionario, variables de interés y trabajo de campo

Para medir el grado de *burnout* se utilizó la versión española del Maslach Burnout Inventory (MBI)². Este cuestionario autoadministrado consta de 22 ítems con siete opciones de respuesta (escala de Likert de 0 a

6) y ha demostrado tener una buena validez de constructo¹⁷. La suma de las puntuaciones determina tres escalas de *burnout*: cansancio emocional (CE), despersonalización (DP) y realización personal (RP). Las primeras dos indican un mayor grado de *burnout* si la puntuación es mayor. En cambio, la escala de realización personal refleja mayores índices de *burnout* cuando las puntuaciones son menores. La puntuación de cada escala no es informativa por sí sola, pues se requiere un grupo de comparación para saber si el grado de *burnout* observado es alto o bajo. Hemos escogido como grupo de referencia una muestra de 156 médicos españoles que las autoras del cuestionario citan como referencia. Se define como *burnout* elevado aquellas puntuaciones que caen en el tercer tercil de la distribución en la muestra de referencia. Concretamente más de 31 puntos para CE, más de 13 para DP y menos de 30 para RP. En las tres escalas la puntuación mínima alcanzable es 0, mientras que la máxima es 54 para CE, 30 para DP y 48 para RP. Las tres escalas de *burnout*, tanto en su forma continua como categorizadas en alto-no alto, se usaron como variables dependientes. Aunque el MBI está especialmente pensado para ser aplicado en personas que dan ayuda a otras como sanitarios, policías o maestros, en este estudio se incluyó a un grupo de personas que no están en contacto directo con pacientes como el personal de limpieza, de cocina o de informática, identificado en este artículo como «no contacto», entendiéndose que también dan servicio a otras personas. Como variables independientes se recogieron el sexo; la edad; el estado civil; si tenían hijos y el número de éstos que vivían en casa del entrevistado; los años de convivencia con la pareja actual; el nivel de estudios máximo alcanzado; el tipo de contrato laboral; los años de profesión; la antigüedad en la empresa; el turno y horario de trabajo, y el estamento laboral al que pertenece.

Entre el 8 de marzo y el 15 de mayo de 2001, una entrevistadora ajena al hospital y previamente entrenada repartió las 300 encuestas a las personas seleccionadas. Éstas eran autocumplimentadas anónimamente y recogidas de forma anónima por la entrevistadora al cabo de unas horas de forma confidencial en un sobre cerrado. Si alguien no entendía alguna pregunta podía consultar a la entrevistadora, que intentó mantener una actitud neutral y evitar en lo posible citar los términos «*burnout*», «quemado» y «estresado».

Análisis estadístico

En la descripción de la muestra de estudio y de las puntuaciones de las tres escalas se ponderaron los resultados debido al sobremuestreo del servicio de urgencias. En la tabla 1 se presentan los distintos estratos considerados así como sus correspondientes pesos

Tabla 1. Estratificación y pesos de la muestra de estudio

Categoría laboral	Trabajadores		Muestra analizada		Peso asignado*
	N	%	N	%	
Enfermeras de la unidad de hospitalización	167	14,65	40	13,75	1
Enfermeras UCI	21	1,84	5	1,72	1
Enfermeras de bloque quirúrgico	37	3,25	9	3,09	1
Comadronas (incluye <i>nursery</i>)	20	1,75	5	1,72	1
Enfermeras del servicio de urgencias	42	3,68	21	7,22	0,51
Otras enfermeras (CCEE, laboratorio, etc.)	45	3,95	12	4,12	1
Auxiliares de enfermería	247	21,67	49	16,84	1,29
Camilleros	26	2,28	7	2,41	1
Administrativos (incluye telefonistas y recepcionistas)	61	5,35	16	5,50	1
Cirujanos (incluye anestesiólogos)	44	3,86	11	3,78	1
Traumatólogos	23	2,02	6	2,06	1
Internistas	25	2,19	7	2,41	1
Pediatras	16	1,40	4	1,37	1
Ginecólogos	21	1,84	6	2,06	1
Psiquiatras	13	1,14	3	1,03	1
Médicos del servicio urgencias	24	2,11	12	4,12	0,51
Otros médicos	64	5,61	17	5,84	1
Otros profesionales (farmacéuticos, químicos, fisioterapeutas, terapia ocupacional)	77	6,75	20	6,87	1
No contacto (cocina, informática, limpieza, mantenimiento, documentación, dirección, economía)	167	14,65	41	14,09	1,04
Total	1.140	100	291	100	1

*Peso asignado: porcentaje de trabajadores/porcentaje de la muestra analizada.

tanto en la población como en la muestra de estudio. En el análisis estadístico se utilizó el test de la χ^2 para comparar los grupos de *burnout* alto-no alto con el resto de variables categóricas. Se usó el test de la t de Student para comparar esta variable con las variables continuas. La comparación de las puntuaciones MBI en variables con más de dos categorías se realizó mediante el análisis de la variancia. La relación entre estas puntuaciones y el resto de variables continuas se obtuvo mediante coeficientes de correlación. Para estudiar el efecto independiente de cada variable explicativa se usó la regresión lineal múltiple (para las puntuaciones MBI) y la regresión logística (para la clasificación alto-no alto *burnout*). Sólo se incluyeron en los modelos multivariantes aquellas variables que tuvieron un valor de $p < 0,1$ en el análisis bivariado. En todos los tests estadísticos se consideró un nivel de significación estadística de 0,05.

Resultados

Se cumplimentaron un total de 291 cuestionarios (97%) ya que nueve personas se negaron a responder. Se encuestó a 208 mujeres (71,5%) y 83 varones (28,5%) con una edad media (desviación estándar [DE])

de 38,8 (9,28) años. La mayoría vivía con su pareja (62,2%) desde hacía una media de 15,6 (8,48) años. El 62,4% de los encuestados tenía hijos, y con respecto a éstos una media (DE) de 1,68 (0,86) hijos vivían en casa. La antigüedad media (DE) en la empresa fue de 10,6 (8,14) años y el tiempo en la profesión de 15 (8,74) años. En las tablas 1 y 2 se presentan otras características de la muestra de estudio.

Las puntuaciones ponderadas para las tres escalas de *burnout* se presentan en la tabla 3. Según los puntos de corte anteriormente mencionados, presentaron un grado alto de *burnout* el 13,9% de los entrevistados para CE, el 11,1% para DP y el 6,6% para RP. Ninguno de los entrevistados obtuvo puntuaciones elevadas en las tres escalas a la vez y un 27% de los encuestados tuvo un alto grado de *burnout* en al menos una de las tres escalas.

El análisis bivariado muestra que el estamento, el sexo, el estado civil, el nivel de estudios y el tipo de contrato laboral son variables que se asocian de forma estadísticamente significativa con un alto *burnout* en alguna de las tres escalas del MBI (tabla 4). En las tres escalas del MBI, se observa un elevado porcentaje de *burnout* de los administrativos y un bajo porcentaje en las enfermeras. Para las escalas CE y DP, los resultados evidencian el mayor porcentaje de *burnout* alto en

**Tabla 2. Descripción de la muestra (n = 291).
Datos no ponderados**

	N	%
Estado civil	262	
Soltero	70	26,7
Casado	163	62,2
Divorciado	20	7,6
Viudo	9	3,4
Nivel de estudios	271	
Inferior a primaria	7	2,6
Primaria	35	12,9
FP I/secundaria incompleta	12	4,4
FP II/bachillerato	49	18,1
Diplomado	91	33,6
Licenciado/doctor	77	28,4
Horario	213	
Mañana	63	29,6
Tarde	22	10,3
Noche	33	15,5
Partido	80	37,6
Otros	15	7,0
Tipo contrato	271	
Fijo	205	75,4
Eventual	67	24,6

los varones y en los que tienen contrato fijo y sólo para la escala CE se observa un elevado porcentaje de *burnout* alto en los viudos. La edad se correlacionó débilmente con la escala CE ($r = 0,17$), aunque de forma estadísticamente significativa ($p = 0,01$), siendo los de mayor edad los que tuvieron índices superiores de *burnout*. Los que tenían hijos presentaron puntuaciones medias más elevadas en la escala CE (19,6 puntos) respecto a los que no los tenían (16,5 puntos) ($p < 0,05$), aunque no influyó el número de hijos residentes en la casa del encuestado. El resto de variables estudiadas, como los años de convivencia con la pareja actual, años de profesión, antigüedad en la empresa y turno horario; no se relacionó con cambios en las escalas del MBI.

Las asociaciones anteriores podían ser debidas a un efecto de confusión entre diversas variables ya que muchas de ellas están interrelacionadas. Para evitar este efecto se diseñaron tres modelos de regresión logística en los que se tomó como variable dependiente el

indicador de *burnout* alto para CE, DP y RP, permitiendo evaluar el efecto de cada una de las variables independientes estudiadas sobre el *burnout* de forma independiente. En la tabla 5 se presentan los resultados del análisis de regresión logística de los tres modelos analizados. El estamento de enfermería tiene un efecto protector sobre el *burnout* alto tanto para la escala CE como para la RP. Se observa también un efecto independiente y positivo de la viudedad y el tipo de contrato fijo con el *burnout* alto en la escala CE, aunque este efecto no llega al nivel de significación estadística de 0,05. Referente al *burnout* alto para la escala DP, el sexo masculino y el estamento de los administrativos demuestran ser factores de riesgo independientes y estadísticamente significativos.

Si comparamos el servicio de urgencias con el resto del hospital no se observan diferencias en ninguna de las escalas ni en la media de sus puntuaciones ni en el porcentaje de *burnout* alto (tabla 6).

Discusión

El grado de *burnout* observado en nuestro hospital es relativamente bajo en comparación con la bibliografía existente^{5,8,16,18,19} y con la referencia utilizada². Por otro lado, el grado de respuesta observado es muy elevado, lo que podría interpretarse en el sentido de que los trabajadores seleccionados podrían haberse sentido obligados a contestar y, en consecuencia, que las respuestas obtenidas pudieran estar sesgadas. El cuestionario era anónimo y la entrevistadora, ajena al hospital y debidamente identificada, dejaba las encuestas en cada unidad y las recogía al cabo de unas horas. Creemos que este procedimiento minimizó la posibilidad del citado sesgo. El nuevo edificio del hospital de Mataró se inauguró en abril de 1999. Después de un proceso adaptativo, es posible que el disponer de un edificio moderno y de una reestructuración de las labores asistenciales y paraasistenciales haya permitido reducir el grado de estrés laboral, suponiendo que éste fuera más elevado, dato imposible de contrastar al no haberse realizado encuestas de este tipo previamente.

El estudio examinó el grado de *burnout* en todos los

Tabla 3. Puntuaciones en las tres escalas del Maslach Burnout Inventory Syndrome. Datos ponderados

	N	Media	(Desviación estándar)	Rango		Porcentaje bajo	Porcentaje medio	Porcentaje alto
				Mínimo	Máximo			
Cansancio emocional	288	18,59	(10,59)	1	50	66,4	19,6	13,9
Despersonalización	289	6,83	(5,27)	0	25	53,2	35,7	11,1
Realización personal	284	40,58	(6,49)	18	48	77,5	15,9	6,6

Tabla 4. Porcentaje de alto *burnout* según diversas variables. Datos ponderados

	Cansancio emocional	Despersonalización	Realización personal
Estamento	**	*	**
No contacto	19,0%	2,3 %	14,3 %
Administrativos	18,8%	31,3 %	18,8 %
Auxiliar de clínica	15,7%	10,0 %	1,4 %
Enfermería	3,8%	7,4 %	3,8 %
Médicos	20,3%	16,7 %	8,9 %
Otros	15,0%	15,0 %	5,0 %
Sexo	**	**	NS
Varones	21,5%	20,8%	6,6%
Mujeres	11,1%	7,6%	6,8%
Estado civil	*	NS	NS
Soltero	5,6%	6,9%	5,6%
Casado	14,7%	14,5%	6,4%
Divorciado	14,3%	10%	4,8%
Viudo	44,4%	11,1%	0%
Estudios	*	NS	NS
Inferior a primaria	14,3%	0%	14,3%
Primaria	20,5%	15,4%	10,3%
FP I/secundaria incompleta	20%	7,1%	0%
FP II/bachillerato	11,8%	10,2%	6%
Diplomado	5,9%	10,5%	4,7%
Licenciado/doctor	20%	14,1%	7,5%
Contrato	*	*	NS
Fijo	17,2%	12,3%	7,0%
Eventual	4,5%	7,6%	4,5%

Sólo se incluyen las variables con alguna diferencia estadísticamente significativa en alguna escala.

NS: no significativo ($p > 0,05$).

* $p < 0,05$.

** $p < 0,01$.

colectivos presentes en el hospital, mientras que los estudios existentes solamente se refieren al estamento médico, especialidades de éste y enfermería. Además, la mayoría de los estudios publicados en España se centran en el ámbito de la atención primaria^{5,8,16}. La inclusión en la muestra de un grupo de «no contacto» con los pacientes podría ser motivo de discusión. A pesar de ello, reanalizando los datos excluyendo a este colectivo los resultados obtenidos son análogos.

Otro aspecto discutible sería la clasificación del *burnout* en bajo-medio-alto. Probablemente la muestra de referencia seleccionada tenga un umbral de *burnout* alto bastante elevado. Aun así, creemos que es la mejor referencia posible, al tratarse de un estudio llevado a cabo en profesionales sanitarios españoles². Otros estudios utilizan como referencia los valores del estudio global llevado a cabo por Maslach y Jackson en los EE.UU.², con colectivos laborales tan diversos como profesionales docentes, sanitarios y policiales. Con independencia del

Tabla 5. Resultados de la regresión logística. Datos ponderados

	Odds ratio	(IC del 95%)	p
Cansancio emocional			
Estamento			
No contacto	1	-	-
Administrativos	1,51	(0,28-8,07)	0,63
Auxiliar de clínica	0,57	(0,15-2,15)	0,41
Enfermería	0,22	(0,06-0,88)	0,03
Médicos	1,35	(0,42-4,38)	0,62
Otros	0,64	(0,16-2,53)	0,52
Estado civil			
Soltero	1	-	-
Divorciado	1,63	(0,24-10,87)	0,61
Casado	1,44	(0,35-5,88)	0,61
Viudo	6,17	(0,82-46,28)	0,08
Tipo de contrato			
Fijo	1	-	-
Eventual	0,21	(0,04-1,21)	0,08
Despersonalización			
Estamento			
No contacto	1	-	-
Administrativos	19,18	(1,87-197,08)	0,01
Auxiliar de clínica	6,07	(0,62-59,21)	0,12
Enfermería	4,79	(0,48-47,81)	0,18
Médicos	4,81	(0,60-38,41)	0,14
Otros	6,62	(0,61-71,86)	0,12
Sexo			
Varones	1	-	-
Mujeres	0,29	(0,12-0,68)	0,004
Realización personal			
Estamento			
No contacto	1	-	-
Administrativos	1,35	(0,29-6,20)	0,70
Auxiliar de clínica	0,08	(0,01-0,73)	0,03
Enfermería	0,23	(0,05-0,97)	0,04
Médicos	0,52	(0,14-1,86)	0,32
Otros	0,31	(0,03-2,75)	0,29

IC: intervalo de confianza.

umbral escogido, las puntuaciones crudas de las tres escalas del MBI siguen siendo bajas en comparación con las de otros estudios.

El análisis multivariado reflejó que las variables asociadas de forma independiente y estadísticamente significativa con el *burnout* fueron el colectivo laboral y el sexo. Probablemente, el efecto independiente del tipo de contrato y el estado civil no llegó al nivel de significación estadística establecido por falta de potencia estadística. Diversos estudios han encontrado que los varones son más susceptibles de sufrir SQ^{8,16,19,20} aunque otros no hallan esta asociación⁵. El personal fijo podría ser más susceptible de sufrir este síndrome, quizá porque no existen tantas expectativas de mejora laboral en los fijos respecto a los contratados. Esta asociación

Tabla 6. Comparación del *burnout* en el servicio de urgencias y el resto del hospital. Datos no ponderados

	Urgencias	Resto
Cansancio emocional		
Media (desviación estándar)	18,90 (2,81)	18,57 (0,64)
Porcentaje alto de <i>burnout</i>	12,5%	14%
Despersonalización		
Media (desviación estándar)	7,48 (1,55)	6,79 (0,32)
Porcentaje alto de <i>burnout</i>	16,7%	10,7%
Realización personal		
Media (desviación estándar)	40,94 (1,27)	40,56 (0,40)
Porcentaje alto de <i>burnout</i>	5,9%	6,7%

Ninguna diferencia es estadísticamente significativa.

también coincide con la bibliografía disponible¹⁶. Contrariamente, no hemos encontrado evidencias en la bibliografía de que el SQ se asocie con el estado civil, por lo que la asociación encontrada en este estudio entre *burnout* alto para cansancio emocional y viudedad debe interpretarse con cautela. En cuanto al mayor *burnout* observado en personal administrativo no tenemos constancia de que haya sido estudiado en ninguna ocasión. Es posible que un mayor grado de trabajo rutinario y la sensación de una menor implicación y reconocimiento respecto a otros profesionales hospitalarios que actúan directamente sobre el paciente afecten a los administrativos del hospital. Aunque existe la idea de que el personal de enfermería presenta un alto riesgo de padecer el SQ, los resultados de nuestro estudio evidencian un bajo grado de *burnout* en el personal de enfermería y auxiliares de clínica.

Recientemente se han publicado algunos estudios que también presentan grados de *burnout* moderadamente bajos en el personal de enfermería^{21,22}. En cuanto a los médicos del hospital, los valores de *burnout* encontrados son superiores a los del personal de enfermería del mismo centro, aunque algo más bajos que los publicados por otros autores²³ en otros contextos. En comparación con los médicos de atención primaria españoles, los resultados son similares⁵, pero son claramente más bajos que los encontrados en los médicos de atención primaria de otros países²⁴, lo que indica que el contexto cultural, económico u organizacional²⁵ debe desempeñar un papel importante en la aparición del SQ.

Como en otros estudios^{16,26} no encontramos relación con el turno horario, la antigüedad y los años de profesión. Otros estudios encuentran una relación con la edad y el número de hijos⁸ que nosotros no encontramos al ajustar por el resto de variables.

Por último, la creencia, no documentada, de que en el servicio de urgencias el nivel de *burnout* es superior al de otros servicios hospitalarios no se justifica según los datos de este estudio.

En conclusión, los valores de *burnout* observados en el Hospital de Mataró son relativamente bajos y las principales variables asociadas con este síndrome son el sexo y el estamento laboral.

Agradecimiento

Queremos expresar nuestro agradecimiento a Teresa

Bibliografía

- Maslach C, Pines A. Burnout: the loss of human caring. In: Pines A, Maslach C, editors. *Experiencing social psychology*. New York: AA Knopf, 1979; p. 246-52.
- Maslach C, Jackson SE. MBI. Inventario *burnout* de Maslach. Síndrome del «quemado» por estrés laboral asistencial. Publicaciones de Psicología Aplicada. Serie menor, núm. 211. Madrid: TEA Ediciones, 1997.
- De la Fuente L, De la Fuente E. *Burnout* y satisfacción laboral. Indicadores de salud laboral en el ámbito sanitario. *Clínica y Salud* 1997;8:481-94.
- Anónimo. Burnished or burn-out: the delights and dangers of working in health [editorial]. *Lancet* 1994;344:1583-4.
- Cebrià J, Segura J, Corbella S, Sos P, Comas O, García M, et al. Rasgos de personalidad y *burnout* en médicos de familia. *Aten Primaria* 2001;27:459-68.
- Thomson S. Stress and the female doctor. *Occup Health* 1995;344:345.
- Byone G. Stress in women doctors. *Br J Hosp Med* 1994; 51:267-8.
- Olivar C, González S, Martínez MM. Factores relacionados con la satisfacción laboral y el desgaste profesional en los médicos de atención primaria de Asturias. *Aten Primaria* 1999;24:352-9.
- Orozco P, García E. Factores que influyen en el nivel de cansancio laboral de los médicos de atención primaria. *Aten Primaria* 1993;12:135-8.
- Mira J, Vitaller J, Buil J. Satisfacción y estrés laboral en médicos generalistas del sistema público de salud. *Aten Primaria* 1994;14:1135-40.
- Luecken L, Edward C. Stress in employed women: impact of marital status and children at home on neurohormone output and home strain. *Psychosomat Med* 1997;59:352-9.
- Swanson V, Power K, Simpson R. Occupational stress and family life. A comparison of male and female doctors. *J Occupation Organization Psychol* 1998;71:237-60.
- Artázcoz L, Cruz JL, Moncada S, Sánchez A. Estrés y tensión laboral en enfermeras y auxiliares de clínica de hospital. *Gac Sanit* 1996;10:282-92.
- Fernández G. Satisfacción laboral y salud psíquica en el mundo sanitario, ¿un lujo? *Todo Hospital* 1995;118:29-36.
- Gil-Monte PR, Peiró JM, Valcárcel P, Gran R. La incidencia del síndrome de *burnout* sobre la salud: un estudio correlacional en profesionales de enfermería. *Psiquis* 1996;17: 190-5.

16. Caballero MA, Bermejo F, Nieto R, Caballero F. Prevalencia y factores asociados al *burnout* en un área de salud. *Aten Primaria* 2001;27:313-7.
 17. Reime B, Steiner I. Burned-out or depressive? An empirical study regarding the construct validity of burnout in contrast to depression. *Psychoter Psychosom Med Psychol* 2001;51:304-7.
 18. Belloch SL, Renovell V, Calabuig JR, Gómez L. Síndrome de agotamiento profesional en médicos residentes de especialidades médicas hospitalarias. *An Med Interna* 2000;17:118-22.
 19. Bustinza 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;52:418-23.
 20. Hidalgo I, Díaz 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;103:408-12.
 21. Hall L. Burnout: results of an empirical study of New Zealand nurses. *Contemp Nurse* 2001;11:71-83.
 22. Chen SM, McMurray A. Burnout in intensive care nurses. *J Nurs Res* 2001;9:152-64.
 23. Campbell DA, Sonnad SS, Eckhauser FE, Campbell KK, Greenfield LJ. Burnout among American surgeons. *Surgery* 2001;130:696-702.
 24. Thommasen HV, Lavanchy M, Connelly I, Berkowitz J, Grzybowski S. Mental health, job, satisfaction, and intention to relocate. Opinions of physicians in rural British Columbia. *Can Fam Physician* 2001;47:737-44.
 25. Bohle A, Baumgartel M, Gotz ML, Muller EH, Jocham D. Burnout of urologists in the country of Schleswig-Holstein, Germany: a comparison of hospital and private practice urologists. *J Urol* 2001;165:1158-61.
 26. Lert F, Chastang JF, Castano I. Psychological stress among hospital doctors caring for HIV patients in the late nineties. *AIDS Care* 2001;13:763-78.
-