

## Prevalencia y factores asociados al síndrome de estar quemado (*burnout*) en los servicios de rehabilitación

JA. EXPÓSTO TIRADO<sup>a</sup>, C. ECHEVARRÍA RUIZ DE VARGAS<sup>b</sup>, R. DEL PINO ALGARRADA<sup>a</sup>, P. DÍAZ BORREGO<sup>c</sup>, M.<sup>d</sup>I. ALGARÍN FIESTAS<sup>d</sup> y A. CAYUELA DOMÍNGUEZ<sup>e</sup>

<sup>a</sup>MIR de Rehabilitación. Hospital Universitario Virgen del Rocío. <sup>b</sup>Jefa de Servicio de Rehabilitación. Hospital Universitario Virgen del Rocío.

<sup>c</sup>MIR de Rehabilitación. Hospital Virgen Macarena. <sup>d</sup>Técnico Superior en Prevención de Riesgos Laborales. Master en Epidemiología.

<sup>e</sup>Epidemiólogo Clínico de la Unidad de Investigación. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.

**Resumen.**—*Introducción.* El síndrome de “estar quemado” (*burnout*) es un cuadro definido por síntomas de agotamiento emocional, despersonalización y disminución de la realización personal, que suele aparecer en profesionales que trabajan con personas y se implican en los problemas de éstas. Las consecuencias de este síndrome pueden ser graves, tanto en el aspecto personal como en el de organización (aumento del absentismo laboral, disminución de la satisfacción tanto de los profesionales como de los pacientes, reducción del rendimiento laboral, etc.) y provocar un gran coste socioeconómico. El objetivo de este trabajo es determinar la prevalencia del síndrome de *burnout* entre los profesionales que ejercen su labor en los servicios hospitalarios de rehabilitación, así como investigar factores que pudieran relacionarse con puntuaciones altas en cada una de las tres dimensiones del *burnout*.

**Pacientes y métodos** Se realizó un estudio descriptivo transversal sobre los 195 profesionales que trabajaban en el último trimestre de 2002 en tres servicios hospitalarios de rehabilitación. Se realizó una encuesta anónima a cada trabajador compuesta de dos partes: un cuestionario general, que recogía datos sociolaborales del trabajador, y el cuestionario Maslach Burnout Inventory. Se realizó el análisis estadístico con el programa SPSS 11.01.

**Resultados** Contestaron 121 profesionales (62%), 48 varones y 73 mujeres, con una edad de  $44 \pm 10$  años. Un 28% presentaba alto desgaste profesional en cansancio emocional, un 21,5% en despersonalización y un 17% en realización personal. Un preocupante 13% presentaban niveles medio o alto en las tres dimensiones de desgaste profesional.

**Conclusiones** En nuestro trabajo se han detectado niveles elevados de desgaste profesional entre los trabajadores de los servicios de rehabilitación. Los factores relacionados con mayor nivel de *burnout* han sido estar soltero, no tener hijos, trabajar en planta y realizar guardias presenciales.

**Palabras clave:** Síndrome de *burnout*. Desgaste profesional. Prevalencia. Rehabilitación.

### PREVALENCE AND FACTORS ASSOCIATED TO THE BURNOUT SYNDROME IN THE REHABILITATION SERVICES

**Summary.**—*Introduction.* The burnout syndrome is a picture defined by emotional exhaustion, depersonalization and decrease of personal performance, that generally appears in professional who work with persons and who become involved in their problems. The consequences of this syndrome may be serious, both in the personal as well as in the organizational scope, with increase of work absenteeism, decrease of satisfaction of both the professions as well as the patients, reduction of work performance, etc., causing a high socioeconomic cost. The objective of this paper is to determine the prevalence of the burnout syndrome among professionals who carry out their work in the Rehabilitation Hospital Services as well as to investigate factors that could be related with high scores in each one of the three burnout dimensions.

**Patients and methods** A descriptive cross-sectional study on 195 professionals who worked in the last quarter of 2002 in three Hospital Rehabilitation Services was performed. An anonymous survey composed of two parts was given to each worker: a general questionnaire, that collected sociolaboral data of the worker and the Maslach Burnout Inventory questionnaire. The statistical analysis was performed with the SPSS 11.01 program.

**Results** A total of 121 (62%) answered, 48 men and 73 women, with a mean age of  $44 \pm 10$  years. 28% presented high professional physical burnout in emotional exhaustion, 21.5% in depersonalization and 17% in personal achievement. A worrisome 13% presented middle or high levels in the 3 dimensions of professional burnout.

**Conclusions** In our study, we detected high levels of professional burnout among the workers of the Rehabilitation Service. The factors related with greater burnout level have been being single, not having children, working in the ward, and performing duties.

**Key words:** Burnout syndrome. Professional burnout. Prevalence. Rehabilitation.

## INTRODUCCIÓN

Las personas que llevan a cabo su vida profesional en el campo sanitario, educativo, de seguridad y de servicios sociales se ven forzados a implicarse durante muchas horas en los problemas y preocupaciones de las personas con las que se relacionan profesionalmente. Con frecuencia en el desarrollo de estas actividades profesionales, los trabajadores/as se van a enfrentar con problemas de distinta índole (salud, higiene mental, relaciones personales o laborales, dolor, riesgos, etc.), y éstos vienen cargados con muy diversos sentimientos, como la preocupación, el miedo, el rechazo, el odio, la desesperación, etc.

Por otra parte, como no siempre es obvia la solución a estos problemas ni fácilmente alcanzable, esa interacción del profesional con el sujeto se hace ambigua y frustrante. En consecuencia, el profesional que continuamente trabaja con personas en esa labor asistencial va acumulando un estrés crónico que puede cansarle emocionalmente y, finalmente, llevarle a una situación de agotado o "estar quemado", provocando el síndrome de *burnout*.

La aparición de este síndrome no sólo tiene repercusiones sobre el profesional afectado, sino que también en el ámbito personal (familiar, social y laboral) y de organización con absentismo laboral, disminución del nivel de satisfacción tanto de profesionales como de pacientes, riesgo de conductas adictivas, alta movilidad laboral, etc.<sup>2</sup>.

Todos estos efectos producidos por la insatisfacción del profesional del sector sanitario conlleva un serio coste económico y social, debido a su efecto sobre el clima laboral, el rendimiento y la prestación de los cuidados de salud, lo que ha motivado que en estos últimos años haya aumentado el interés en estudiar la aparición de *burnout* en los distintos profesionales, así como los factores que pudieran influir en la aparición o agravamiento del mismo, con el objetivo de implantar programas o tomar medidas para prevenir y/o mitigar la aparición de este síndrome<sup>3-5</sup>.

Ante esta situación se ha realizado este estudio con el objetivo de estudiar el nivel de *burnout* de los trabajadores/as que componen un servicio hospitalario de rehabilitación, así como los factores que pudieran influir en la aparición de este cuadro, y así poder implantar las medidas preventivas necesarias para evitar o disminuir este nivel de *burnout*.

## PACIENTES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo transversal multicéntrico realizado sobre los 195 profesionales que trabajaban en el último trimestre del año 2002 en tres servicios hospitalarios de rehabilitación. La recogida de datos fue anónima.

Se entregó individualmente a cada trabajador una encuesta que se componía de dos partes:

1. Un cuestionario general, de elaboración propia para este trabajo, que hacía referencia a datos de filiación y aspectos laborales, y que recogía las siguientes variables: sexo, edad, estado civil, años con actual pareja, existencia de hijos, cuántos vivían con él/ella, nivel de estudios, profesión actual, tipo de contrato laboral, horario de trabajo (mañana/tarde/noche/turnos), realización de guardias presenciales (sí/no), tiempo en su trabajo actual y tiempo en su profesión. Por último, se daban siete propuestas para mejorar la situación laboral, invitando a los trabajadores a que marcaran tres propuestas, añadiendo, además, un apartado de sugerencias.

2. Maslach Burnout Inventory (MBI)<sup>6</sup> (anexo 1), en su versión en castellano elaborada por TEA<sup>1</sup>, diseñado para valorar el síndrome de *burnout* o de agotamiento profesional en sus tres aspectos fundamentales. Está compuesta por 22 ítems referentes a sentimientos. Para las respuestas se utiliza una escala de frecuencias tipo Likert con puntuaciones de 0 a 6. La subescala de cansancio emocional está formada por 9 ítems y mide los sentimientos de sobrecarga emocional. La subescala de despersonalización está integrada por 5 ítems y valora los sentimientos y actitudes negativas hacia el paciente. La subescala de realización profesional consta de 8 ítems y mide sentimientos de competencia y de consecución de logros.

Las puntuaciones de cada subescala se obtienen al sumar los valores de los ítems que componen cada una de estas subescalas. Como puntos de corte se han establecido los utilizados por otros autores<sup>4,7,8</sup>. Para ello se consideró que, en la escala de cansancio emocional, puntuaciones de 27 o superiores serían indicativas de un alto nivel de *burnout*, el intervalo 19-26 correspondería a puntuaciones intermedias, y fueron las puntuaciones por debajo de 19 indicativas de niveles de *burnout* bajos o muy bajos. En la escala de despersonalización, puntuaciones superiores a 10 serían de nivel alto, 6 a 9, medio, y menos de 6, bajo grado de despersonalización. Sin embargo, la escala de realización profesional funciona en sentido opuesto a las anteriores, de forma que el intervalo de 0 a 33 puntos indicaría baja realización personal, 34-39, intermedia, y más de 40, alta sensación de logro.

Las variables en estudio fueron tratadas con el paquete estadístico SPSS 11.01. Las variables cualitativas se expresan en frecuencias absolutas y relativas; las cuantitativas se expresan mediante percentiles al no seguir una distribución normal. La comparación de variables cuantitativas según una variable cualitativa dicotómica se realizó utilizando la U de Mann-Whitney, y el test de Kruskal-Wallis cuando la variable cualitativa tenía más de dos categorías.

ANEXO 1. Cuestionario Maslach Burnout Inventory (MBI)

Frecuencia						
0 Nunca	1 Pocas veces al año o menos	2 Una vez al mes o menos	3 Unas pocas veces al mes	4 Una vez a la semana	5 Pocas veces a la semana	6 Todos los días

Frecuencia: llenar cada casilla según la numeración de la tabla superior

0-6

- 1. Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo
- 2. Me siento cansado al final de la jornada de trabajo
- 3. Me siento fatigado cuando me levanto por la mañana y tengo que enfrentarme con otro día de trabajo
- 4. Fácilmente comprendo cómo se sienten los pacientes
- 5. Creo que trato a algunos pacientes como si fueran objetos impersonales
- 6. Trabajar todo el día con mucha gente es un esfuerzo
- 7. Trato muy eficazmente los problemas de los pacientes
- 8. Me siento "quemado" por mi trabajo
- 9. Creo que estoy influyendo positivamente con mi trabajo en las vidas de otras personas
- 10. Me he vuelto más insensible con la gente desde que ejerzo esta profesión
- 11. Me preocupa el hecho de que este trabajo me esté endureciendo muy emocionalmente
- 12. Me siento muy activo
- 13. Me siento frustrado en mi trabajo
- 14. Creo que estoy trabajando demasiado
- 15. Realmente no me preocupa lo que ocurre a algunos de mis pacientes
- 16. Trabajar directamente con las personas me produce estrés
- 17. Fácilmente puedo crear una atmósfera relajada con mis pacientes
- 18. Me siento estimulado después de trabajar en contacto con mis pacientes
- 19. He conseguido muchas cosas útiles en mi profesión
- 20. Me siento acabado
- 21. En mi trabajo, trato los problemas emocionales con mucha calma
- 22. Siento que los pacientes me culpan por algunos de sus problemas

## RESULTADOS

Se entregaron 195 encuestas con una tasa de respuesta del 64,5% (126 encuestas contestadas), de las que se desecharon cinco por no estar completas o no haberse contestado de forma correcta, por lo que la muestra quedó en 121 encuestas contestadas correctamente.

La muestra presentaba una distribución por sexo de 48 varones (40%) frente a 73 mujeres (60%). La edad media fue de  $44,7 \text{ años} \pm 10,4$  (límites, 25-64 años). Respecto al estado civil, 85 profesionales estaban casados (70%), 31 solteros (26%), y en 5 casos se encontraban separados o divorciados (4%). En cuanto a los hijos que vivían en el domicilio, en 42 casos no vivía ningún hijo en la casa, en 18 vivía un hijo, en 47 vivían dos hijos, en 11 casos tres hijos y en tres vivían más de tres hijos.

Respecto al nivel de estudio, 4 personas tenían estudios primarios, 24 bachilleratos o formación profesional, 44 diplomados, 41 licenciados y 8 doctorados. La

distribución por profesión fue de 36 fisioterapeutas (30% de la muestra), 21 auxiliares de clínica (17,5%), 17 médicos adjuntos y 17 médicos residentes (14%), 8 jefes de servicio o jefes de sección clínica, 7 terapeutas ocupacionales, 6 enfermeros, 2 logopédas y un psicólogo. Tenían la plaza en propiedad 82 trabajadores (68%), y 18 realizaban guardias presenciales (15%).

En la figura 1 se presentan las puntuaciones obtenidas en nuestra muestra de cada una de las dimensiones de este síndrome agrupadas según nivel de *burnout*: bajo, medio o alto. En la tabla 1 se muestran las puntuaciones en cada una de las dimensiones, expresadas mediante sus percentiles, según sexo y estado civil. Según el sexo no se encontraron diferencias estadísticamente significativas; sin embargo, las personas solteras presentaban mayor puntuación de despersonalización ( $p = 0,041$ ). No se ha encontrado relación con la edad.

En las tablas 2 y 3 mostramos las puntuaciones de *burnout* de aquellas variables que tenían diferencias

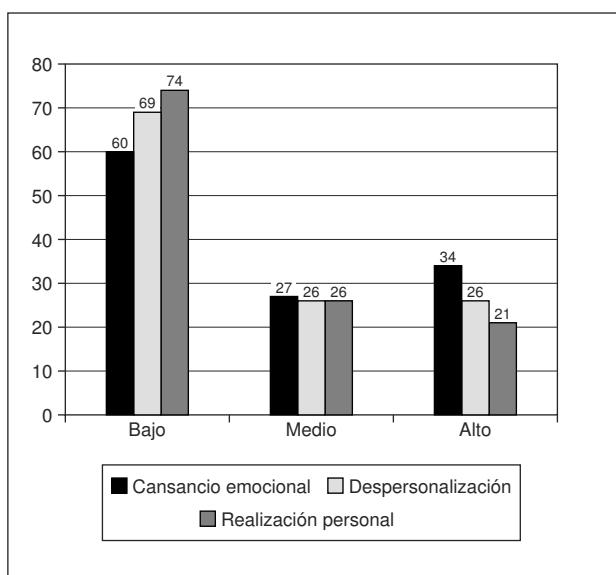


Fig. 1.—Distribución de los trabajadores según puntuaciones de las tres escalas del MBI por niveles de burnout.

estadísticamente significativas con  $p < 0,05$ . De ellas, las que mayor relación han mostrado con la “quemadura profesional” ha sido realizar guardias presenciales, mostrando mayor nivel de despersonalización y menor de realización profesional, y el trabajar en la planta de Rehabilitación, que presentaba mayor nivel de cansancio emocional y despersonalización, aunque tenía mayor grado de realización profesional.

Por último, no se encontraron diferencias entre grupos por el tipo de contrato, por el tiempo trabajado, y no pudo realizarse por la profesión, debido al poco número de trabajadores que componían algunas profesiones, lo que impedía encontrar diferencias estadísticamente significativas.

En cuanto a las sugerencias que presentaron los trabajadores para mejorar la situación laboral (fig. 2), destacaron las cuatro más frecuentes: mejora de las condiciones de trabajo (73%), incremento salarial (60%), trabajo en equipo (40%) y disminución de la presión asistencial (40%).

## DISCUSIÓN

El síndrome de “estar quemado” (*burnout*) fue descrito por primera vez en 1974 por el psicoanalista americano Freudenberger<sup>9</sup>, que lo definió como “un estado de fatiga o frustración que se produce por la dedicación a una causa, forma de vida o relación que no produce el esperado refuerzo”.

Pero fue Maslach<sup>10</sup> quien publicó el primer estudio empírico sobre el síndrome de *burnout* en 1976<sup>10</sup>, en el que describió un conjunto de síntomas y signos que constituyen un cuadro bien estructurado con identidad propia, caracterizado por tres dimensiones interrelacionadas:

A. *Cansancio emocional (emotional exhaustion)*. En el sentido de desgaste, pérdida de energía, agotamiento y fatiga.

B. *Despersonalización (depersonalization)*. Actitudes negativas hacia otras personas, en una actitud deshumanizada, sobre todo con las que trabaja, junto a la irritabilidad y la pérdida de motivación.

C. *Realización personal (personal accomplishment)*. Actitud negativa hacia sí mismo y hacia su trabajo con moral baja, baja productividad laboral, poca autoestima e incapacidad para soportar el estrés.

Este síndrome clínico provoca consecuencias tanto en el ámbito personal (alteraciones emocionales, conductuales, psicosomáticas, sociales y familiares) como en el ámbito organizacional (aumento del absentismo laboral, disminución de la satisfacción tanto de profesionales como de pacientes, reducciones importantes del rendimiento, excesivo movimiento o rotación laboral, ingesta de psicofármacos, etc.) que originan un gran coste económico y social.

El profesional sanitario es especialmente vulnerable a presentar este síndrome ya que diariamente trata en su trabajo con aspectos emocionales muy intensos del ser humano (sufrimiento, miedo y muerte). Esto le lleva a estar en una situación de estrés crónico, y va a conducirle a un estado de agotamiento tanto físico como emocional, que se va a reflejar irreversiblemente sobre la empresa en la que trabaje, hacia los pacientes, hacia sus compañeros y hacia sí mismo<sup>11</sup>. Dentro del sector sanitario, hay ciertas

TABLA 1. Diferencias en las puntuaciones del Maslach Burnout Inventory (MBI) entre sexo y estado civil

	$P_{50}(P_{25}-P_{75})$		$p$	$P_{50}(P_{25}-P_{75})$			$p$
	Varones (n= 48)	Mujeres (n= 73)		Casados (n= 85)	Separados/divorciados (n= 5)	Solteros (n= 31)	
Cansancio emocional	19 (12,2-24,7)	18 (10-27,5)	NS	19 (12-27,5)	18 (6-23,5)	18 (10-26)	NS
Despersonalización	5 (2-9,7)	4 (1-7,5)	NS	4 (1-7)	4 (1,5-14)	7 (2-11)	0,041
Realización personal	41 (37-45)	41 (35-46,5)	NS	42 (37-46,5)	38 (33-48)	41 (33-43)	NS

NS: no significativa.

TABLA 2. Diferencias en las puntuaciones de MBI entre tener hijos o no, y trabajar en planta o no

Subescala	$P_{50} (P_{25-75})$		$p$	$P_{50} (P_{25-75})$		$p$
	Nº hijos (n= 37)	Hijos (n= 84)		No planta (n= 108)	Planta (n= 13)	
Cansancio emocional	18 (10-27,5)	19 (12-27)	NS	18 (10-26,7)	27 (19,5-32)	0,009
Despersonalización	7 (2-11)	4 (1-7)	0,009	4 (1-8)	6 (4,5-13)	0,038
Realización personal	41 (33,5-43)	42 (37-46,7)	NS	41 (35-45)	45 (39-47,5)	0,042

MBI: Maslach Burnout Inventory; NS: no significativa.

especialidades que se han relacionado con mayor vulnerabilidad de sufrir este síndrome, entre ellas la oncología, la pediatría, los cuidados intensivos, la medicina de familia o la anestesiología<sup>12-17</sup>.

Sin embargo, nuestra especialidad asiste fundamentalmente, y más en los servicios hospitalarios, a personas con grandes discapacidades, entre ellos traumatismos craneoencefálicos (TCE), lesionados medulares, amputados, pacientes con secuelas de accidentes cerebrovasculares (ACV), paralíticos cerebrales, etc., y de ellos, un alto porcentaje son personas jóvenes, lo que va a suponer un afrontamiento continuo de situaciones de estrés, reivindicaciones y, en muchos casos, frustraciones debidas a los propios límites de los resultados que desearíamos obtener. Esto hace que opinemos que nuestra especialidad es una especialidad con alto riesgo de padecer este síndrome, como apuntan los resultados de nuestro estudio, coincidiendo con otros trabajos publicados<sup>5</sup>.

La muestra de participantes estuvo formada por 121 trabajadores, lo que representaba algo más del 60% de los profesionales, es decir, una más que aceptable colaboración, similar e incluso mayor a la obtenida en otros estudios<sup>5,11,18,19</sup>. Los resultados obtenidos en nuestro trabajo (fig. 2) muestran cómo el 30% de los trabajadores presentan puntuaciones altas en cansancio emocional y

TABLA 3. Diferencias en las puntuaciones de MBI entre trabajadores que no realizan guardias presenciales y quien las hace

Subescala	$P_{50} (P_{25-75})$		$p$
	No guardias (n= 103)	Guardias (n= 18)	
Cansancio emocional	19 (12-27)	17,5 (9,7-23,2)	NS
Despersonalización	4 (1-8)	7 (2-11,7)	0,044
Realización personal	42 (37-46)	36 (32-41,2)	0,009

MBI: Maslach Burnout Inventory; NS: no significativa.

más del 20% en despersonalización, cifras similares a las obtenidas en otros estudios. Caballero et al<sup>20</sup>, en su trabajo realizado sobre 157 médicos, enfermeros y auxiliares clínicos de atención primaria, presentaban un 30% de puntuaciones de *burnout* alto en cansancio emocional, un 31% en despersonalización y un 24% en realización personal. Hasta el 13% de los trabajadores de nuestra muestra presentaban niveles intermedios o altos en las tres dimensiones que definen al *burnout*. Estos niveles son preocupantes debido a las consecuencias tan graves que conllevan para quienes padecen este síndrome.

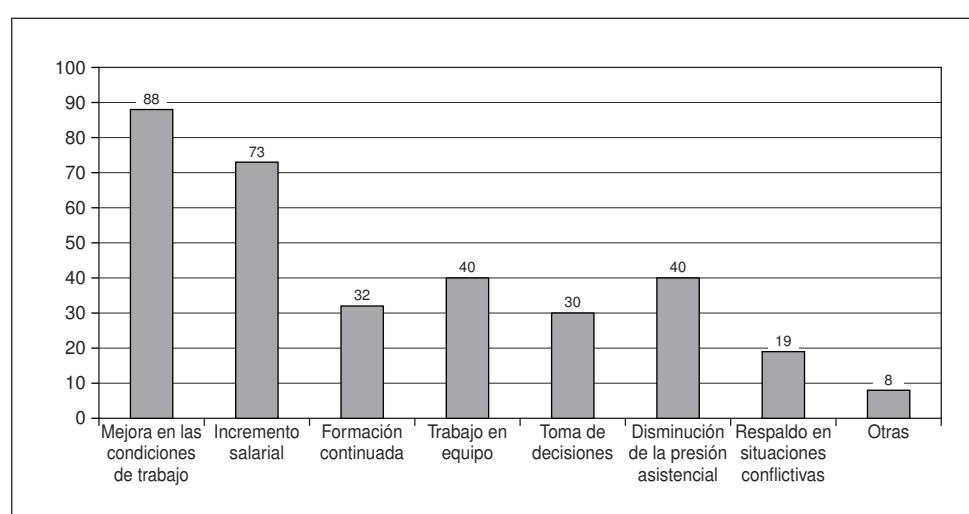


Fig. 2.—Propuestas para prevenir y/o mitigar el síndrome de burnout.

En nuestro trabajo no hemos encontrado diferencias según el sexo al igual que en el trabajo de Belloch et al<sup>21</sup>, y como apuntan Maslach et al<sup>4</sup> en su revisión sobre el cuadro. En cuanto al estado civil, sí se encontraron diferencias. Las personas que se encontraban solteras presentaban puntuaciones mayores en la dimensión de despersonalización frente a las casadas, al igual que aquellos que no tenían hijos, en ambos casos con  $p < 0,05$ . Esto coincide con la mayoría de trabajos<sup>4,11,19</sup>, donde se detecta un factor de protección en personas casadas y con hijos, donde una vida familiar rica podría actuar como amortiguador de las situaciones emocionales estresantes en el trabajo, y permite un mejor afrontamiento de conflictos laborales.

Sin embargo, las variables que se han relacionado más fuertemente en nuestro estudio con el nivel de *burnout* han sido dos variables relacionadas con la situación laboral. Una fue el trabajar en una unidad de hospitalización donde se atienden a personas que han sufrido un TCE, lesión medular o ACV. Los trabajadores que trabajaban en planta presentaban mayor nivel de *burnout* en cansancio emocional y en despersonalización ( $p < 0,05$ ), y por el contrario, presentaron mayor nivel de realización personal. Esto se explica por la importante sobrecarga laboral que presentan estos profesionales, y porque tratan a los pacientes en su fase aguda y/o subaguda, lo que supone una mayor situación de estrés y carga emocional, así como tenerse que enfrentar a numerosas reivindicaciones de los pacientes y familiares, y situaciones conflictivas frecuentes, sin contar con el apoyo de personal cualificado como serían psicólogos y neuropsicólogos. Todo esto va a influir de manera negativa en los trabajadores de estas unidades de hospitalización.

La otra variable que influyó de forma directa en los niveles de “quemadera” fue el realizar guardias presenciales, presentando estos profesionales mayor nivel de despersonalización y menor realización personal, tal como se refleja en la tabla 3. Esta variable, al igual que la anterior, refleja la relación entre sobrecarga laboral y situaciones estresantes con grados elevados de *burnout*, como recogen Olivar et al<sup>11</sup> en su trabajo, donde reflejaban que “las situaciones del trabajo diario que generaban mayor insatisfacción en los trabajadores fueron el hecho de realizar guardias, el soportar una alta presión asistencial, y la dedicación excesiva de tiempo a labores burocráticas”.

En las propuestas para prevenir y/o mitigar el síndrome de *burnout*, las opciones elegidas mayoritariamente fueron “mejora de las condiciones de trabajo” (73 %), “incremento salarial” (60 %), “fomentar el trabajo en equipo” (40 %) y “disminuir la presión asistencial” (40 %). Otras sugerencias que dieron las personas que participaron en este trabajo fueron “facilidad para labor de investigación”, “reconocimiento por parte de la empresa” y “mayor dotación de equipos y materiales”.

Estos resultados reflejan la elevada prevalencia del síndrome de *burnout* o “desgaste profesional” en el personal que ejerce su actividad laboral en los servicios hospitalarios de rehabilitación y que, probablemente, sea causante de muchos problemas en nuestro ámbito, tanto por el malestar psicofísico del trabajador como por sus consecuencias (empeoramiento de la relación médico-paciente, falta de interés por actividades docentes, aumento de absentismo laboral).

## CONCLUSIONES

En nuestro trabajo hemos detectado niveles preocupantes de desgaste profesional entre los trabajadores de los servicios hospitalarios de rehabilitación. Los factores que se han relacionado con mayor nivel de *burnout* han sido estar soltero, no tener hijos, trabajar en planta de rehabilitación y realizar guardias presenciales.

Estos resultados hacen necesario que se tomen medidas de forma urgente, teniendo en cuenta la opinión de los trabajadores/as, para paliar los efectos del síndrome de agotamiento profesional, con implantación de medidas preventivas, tanto en el plano organizativo como en el individual.

## AGRADECIMIENTOS

Agradecemos al Prof. José Pérez Castilla y al Dr. Fernando Madrazo Osuna, Jefes de Servicio del Hospital Virgen Macarena y del Hospital Nuestra Señora de Valme de Sevilla, respectivamente, su colaboración para realizar este trabajo, así como a todos los trabajadores/as que han participado en este estudio.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Seisdedos N. Manual MBI Inventory Burnout de Maslach. Publicaciones de psicología aplicada. Serie menor número 211. Madrid, 1997.
2. Cebriá J, Corbella S, Sos P, Segura J, Comas O, García M, et al. Rasgos de personalidad y *burnout* en médicos de familia. Aten Primaria 2001;27:459-68.
3. Atance JC. Aspectos epidemiológicos del síndrome de *burnout* en personal sanitario. Rev Esp Salud Pública 1997;71:293-303.
4. Maslach C, Schaufeli W, Leiter M. Job burnout. Ann Rev Psychol 2001;52:397-422.
5. Donohoe E, Nawawi A, Wilder L, Schindler T, Jette D U. Factors associated with Burnout of physical therapists in Massachusetts rehabilitation hospitals. Phys Ther 1993; 73:750-6.
6. Maslach C, Jackson SE. Maslach *burnout* Inventory. 2nd ed. Palo Alto: Consulting Psychologist Press, 1986.

7. De las Cuevas C. El desgaste profesional en atención primaria: presencia y distribución del síndrome de Burnout. Madrid: Laboratorios Servier, 1994.
8. 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.
9. Freudenberger H. Staff burnout. *J Soc Issues* 1974;30: 159-65.
10. Maslach C. Burned-out. *Hum Behav* 1976;5:16-22.
11. 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.
12. Barreto L, Yates P. Oncology/hematology nurses: a study of job satisfaction, Burnout, and intention to leave the specialty. *Aust Health Rev* 2002;25:109-21.
13. Lyckholm L. Dealing with stress, burnout, and grief in the practice of oncology. *Lancet Oncol* 2001;2:750-5.
14. Chen SM, McMurray A. Burnout in intensive care nurses. *J Nurs Res* 2001;9:152-64.
15. Nyssen AS, Hansez I, Baele P, Lamy M, De Keyser V. Occupational stress and burnout in anaesthesia. *Br J Anaesth* 2003;90:333-7.
16. Graham J, Ramírez A. Improving the working lives of cancer clinicians. *Eur J Cancer Care* 2002;11:188-92.
17. Penson R, Dignan F, Canellos F, Picard C, Lynch T. Burnout: caring for the caregivers. *The Oncologist* 2000;5:425-34.
18. De Pablo R, Superviola J. Prevalencia del síndrome de burnout o desgaste profesional en los médicos de atención primaria. *Aten Primaria* 1998;22:580-4.
19. Bohle A, Baumgartel M, Gotz ML, Muller EH, Jocham D. Burnout of urologists in the county of Schleswig-Holstein, Germany: a comparison of hospital and private practice urologists. *J Urol* 2001;165:1158-61.
20. 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.
21. 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.

*Correspondencia:*

José Antonio Expósito Tirado  
Servicio de Rehabilitación  
Hospital Universitario Virgen del Rocío  
Avda. Manuel Siurot, s/n. 41013 Sevilla  
Correo electrónico: joseexma@supercable.es