

## ORIGINALES

# Prevalencia y factores asociados al *burnout* en un área de salud

M.A. Caballero Martín, F. Bermejo Fernández, R. Nieto Gómez y F. Caballero Martínez

Centros de Salud Torreledones y San Lorenzo de El Escorial (Madrid).

**Objetivos.** *Principal:* determinar la prevalencia del síndrome de *burnout* entre trabajadores sanitarios, así como su distribución según diferentes variables sociodemográficas y laborales. *Secundario:* detectar posibles factores causales del síndrome de *burnout* potencialmente modificables.

**Diseño.** Estudio transversal, descriptivo.

**Emplazamiento.** Atención primaria.

**Participantes.** Dirigido a la totalidad (354) de médicos, enfermeras y auxiliares clínicos pertenecientes a los 22 EAP que forman el Área VI de Madrid.

**Mediciones y resultados principales.** Se envió cuestionario autoadministrado y anónimo por correo interno, compuesto por tres instrumentos; una encuesta sobre variables sociodemográficas, el cuestionario validado Maslach Burnout Inventory y un apartado abierto de opinión. Se consiguió una participación del 45%. Se detectaron considerables niveles de *burnout*: un 30,6% dentro del rango *alto* para la subescala de *cansancio emocional* y con mayores puntuaciones en los varones ( $p = 0,026$ ). Destacó también mayor afectación entre el personal pediatra en cuanto a *logros personales*. Se observa escasa relación del síndrome con las variables de tipo social.

Un 43,9% considera presentar o haber presentado algún tipo de alteración física o psíquica relacionada directamente con el desarrollo de su profesión, y el 38,3% asocia directamente su *desgaste* con el exceso de demanda soportado habitualmente en sus consultas.

**Conclusiones.** Detectamos niveles de este síndrome preocupantemente elevados entre nuestros profesionales y similares a los encontrados en otras encuestas nacionales. Los encuestados asocian su malestar con algunos factores laborales que podrían ser fácilmente modificables.

La formación recibida en cuanto a técnicas de autocontrol y manejo del estrés son claramente insuficientes.

**Palabras clave:** Profesionales sanitarios. Burnout. Atención primaria. Estrés laboral.

## PREVALENCE AND FACTORS ASSOCIATED WITH «BURNOUT» IN A HEALTH DISTRICT

**Objectives.** The main objective was to determine the prevalence of the burnout syndrome among health workers and its distribution by social, demographic and work variables. The secondary aim was to detect potentially modifiable causes.

**Design.** Descriptive cross-sectional study.

**Setting.** Primary care.

**Participants.** All the 354 doctors, nurses and clinical auxiliaries belonging to the 22 primary care teams of Area VI, Madrid.

**Measurements and main results.** A self-administered, anonymous questionnaire was sent out by internal mail. This had three instruments: a questionnaire on social and demographic variables, the validated questionnaire known as the Maslach Burnout Inventory and an open opinion section. High levels of burnout were detected: 30.6% in the *high* range on the *emotional tiredness* sub-scale, with higher scores among men ( $p = 0.026$ ). There were also more paediatric staff affected in *personal achievements*. There was scant relationship of the syndrome to social variables. 43.9% thought they suffered or had suffered from some kind of physical or psychological disorder directly related to exercising their profession. 38.3% associated directly their *burnout* with the excess demand habitually experienced in clinics.

**Conclusions.** We detected worryingly high levels of this syndrome among our professionals, similar to other surveys in Spain. The subjects of the survey linked their unease with certain work factors that could easily be modified. The training received in techniques of self-control and stress management is clearly insufficient.

**Key words:** Health workers. Burnout. Primary care. Stress.

Correspondencia: M.A. Caballero Martín.  
Avda. de Betanzos 72, 11-D. 28034 Madrid.  
Correo electrónico: marmariam@hotmail.com

Manuscrito aceptado para su publicación el 13-XII-2000.

## Introducción

El síndrome clínico de burnout fue descrito por primera vez en 1974 por el psiquiatra americano Herbert Freudenberger<sup>1</sup>. 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». Señala ya entonces un mayor riesgo en profesionales jóvenes idealistas, optimistas, que se entregan en exceso al trabajo. Se da en las llamadas profesiones de ayuda, en las cuales lo habitual es el enfrentamiento con emociones intensas de dolor o enfermedad y/o sufrimiento psíquico.

Fue posteriormente, en 1982, cuando la psicóloga Maslach realizó los primeros estudios de campo y desarrolló un cuestionario compuesto de 22 ítems<sup>2</sup>, basado en las respuestas de los trabajadores ante diferentes situaciones en su vida cotidiana laboral, que pretende objetivar y valorar las tres características básicas del síndrome: el agotamiento emocional, sensación de cansancio con manifestaciones tanto psíquicas (ansiedad, angustia, disfunciones sexuales, fatiga crónica...) como físicas (colon irritable, dispepsias, cefaleas, mialgias...); la despersonalización, trastornos conductuales de aislamiento, insensibilidad, deshumanización, negativismo, distanciamiento hacia los compañeros e incluso cinismo hacia los pacientes, y la baja realización personal, que consiste en sentimientos de insatisfacción por los

logros profesionales alcanzados y deseo de abandono.

Está aceptado que el desgaste profesional es el resultado de un proceso dinámico de maladaptación a una situación de estrés crónico que es el trabajo en sí mismo. Hasta llegar al agotamiento emocional, el profesional desarrolla diferentes fases<sup>3</sup>. De una primera de entusiasmo y altas expectativas, de idealización, se pasa a una fase de estancamiento, después de frustración, en la que se cuestiona incluso la utilidad de su trabajo, destacándose todas las dificultades o aspectos negativos de éste (horas de guardia, bajo sueldo, recursos limitados del sistema...) y se presentan los problemas emocionales y conductuales. Al fin se alcanza un estado de apatía o indiferencia hacia el trabajo<sup>4</sup>. Esta desmotivación como consecuencia de las condiciones de trabajo, y que está afectando incluso a los más jóvenes<sup>5,6</sup>, repercute negativamente en la calidad de vida del trabajador y, por tanto, también en la calidad asistencial.

Son pocos los estudios que se han realizado en nuestro país sobre este síndrome entre los profesionales sanitarios de atención primaria<sup>7-11</sup>. Algunos se centran en especialidades médicas de su puesto alto riesgo<sup>12-15</sup>. El objetivo de nuestro trabajo es determinar la prevalencia y distribución del *burnout* entre los trabajadores de nuestra área de salud (médicos, pediatras, enfermeros y auxiliares de clínica) y la posible asociación en nuestro medio con alguna variable sociodemográfica o laboral, potencialmente modificable, que permita desarrollar intervenciones orientadas a su reducción, y así mejorar la calidad de vida laboral de nuestros compañeros.

## Material y métodos

Se trata de un estudio transversal, descriptivo, realizado sobre la totalidad (354) del personal sanitario (médicos, enfermeras y auxiliares) del Área 6 de Madrid, pertenecientes a 22 EAP (7 ur-

TABLA 1. Puntos de corte para las puntuaciones del inventario de Maslach en el sector sanitario

	Bajo	Medio	Alto
Cansancio emocional	≤ 18	19-26	≥ 27
Despersonalización	≤ 5	6-9	≥ 10
Logros personales	≥ 40	34-39	≤ 33

banos, 6 periurbanos y 9 rurales).

El área tiene a su cargo una población de unos 410.000 habitantes, de distribución semiurbana en su mayoría y con un nivel socioeconómico medio-alto.

Se utilizó un cuestionario autoadministrado, enviado por correo interno, acompañado de una breve información acerca de los objetivos generales del estudio y resaltando su carácter anónimo.

El cuestionario se compone de 3 instrumentos:

1. Una encuesta de variables sociodemográficas, de elaboración propia, referida a datos de filiación y aspectos laborales: sexo, estado civil, número de hijos, categoría profesional, lugar de trabajo, turno, realización de guardias, frecuencia de sábados, antigüedad en la profesión y en el puesto actual, antecedentes de baja laboral y/o accidentes.

2. Cuestionario Maslach Burnout Inventory (MBI), que valora mediante 3 subescalas (cansancio emocional [CE], despersonalización [DP] y logros personales [LP]) independientes de tipo Likert, de 7 puntos (0-6), aspectos fundamentales del desgaste profesional (síntomatología y actitudes del profesional en su trabajo diario). Altas puntuaciones en las subescalas de CE (de 9 ítems) y DP (5 ítems) y bajas en la de LP (8 ítems) reflejan un nivel alto de *burnout*. Así, el desgaste profesional se entiende como una variable continua que ordena a los individuos en un nivel bajo, moderado o alto grado según la puntuación (tabla 1).

3. Apartado de opinión, abierto, donde proponemos a nuestros profesionales que expresen libremente lo que para ellos es la «causa sentida» de su desgaste profesional y las posibles soluciones al respecto<sup>16</sup>.

La distribución y recogida de cuestionarios se realizó con el concurso de los coordinadores y responsables de enfermería de cada centro durante un período de estudio de 4 semanas.

El procesamiento estadístico de las variables se ha realizado mediante el paquete estadístico SPSS, realizándose una descripción estadística de cada va-

riable, con sus medidas de centralización y dispersión. Para la comparación de variables cuantitativas se ha utilizado la prueba t de Student o U de Mann-Whitney, y para las cuantitativas el test Z de comparación de proporciones.

## Resultados

De las 354 encuestas enviadas fueron recibidas y contestadas correctamente 157, lo que supone una tasa de respuesta del 44,3%. Un 35,8% era de sexo masculino, frente al 64,2% de femenino. En la tabla 2 se describe la muestra según algunas variables sociodemográficas y laborales. El tiempo medio de ejercicio en la plaza actual fue de 5,91 años, con una media de antigüedad en la profesión de 14,54 años. Casi un 40% de nuestros encuestados tarda más de 20 minutos en llegar a su puesto de trabajo. Respecto a las cargas familiares, el 29,9% no tiene ningún hijo; el 54,2%, 1 o 2 hijos, y sólo un 15,3% tiene 3 o más hijos. La media de tiempo casado o con pareja estable era de 15,6 años.

En cuanto a la pregunta sobre si consideraban haber presentado alguna alteración física o psíquica a lo largo de su vida laboral en relación directa con el desempeño de su profesión, un 43,9% de respuestas fueron positivas. Entre los síntomas o patologías que nuestros encuestados reconocían haber presentado en algún momento, destacan los trastornos de ansiedad (20,8%), depresión (6,9%), astenia/apatía (9,7%), insomnio (8,3%) y cefaleas tensionales (4,8%). También fueron nombrados como síntomas relacionados con el trabajo, contracturas musculares, taquicardias, sensación de falta de li-

**TABLA 2. Descripción de la muestra según variables sociodemográficas y laborales**

	Frecuencia	%
<b>Sexo</b>		
Varón	54	35,8
Mujer	97	64,2
<b>Estado civil</b>		
Soltero	26	17,2
Casado/pareja estable	117	77,5
Separado	5	3,3
Divorciado	3	2,0
<b>Categoría profesional</b>		
Médico	76	50,7
Enfermera	52	34,7
Pediatra	19	12,7
Auxiliar clínico	3	2,0
<b>Lugar de trabajo</b>		
Centro cabecera	122	80,8
Consultorio periférico	29	19,2
<b>Tipo de contrato</b>		
Propietario	98	64,5
Interino	40	26,3
Eventual	14	9,2
<b>Guardias</b>		
Días laborables	33	73,3
Fin de semana	7	15,6
Ambos	5	11,1

**TABLA 3. Distribución de los participantes según escalas del MBI**

	Bajo	Medio	Alto
Cansancio emocional	36,3%	24,8%	30,6%
Despersonalización	41,4%	27,4%	31,2%
Logros personales	50,3%	25,5%	24,2%

bertad, pérdida de concentración, despersonalización o eccemas cutáneos.

Respecto a si su vida laboral pudiese estar influyendo negativamente en la esfera personal o familiar, las respuestas fueron: mucho, 2 (1,4%); bastante, 15 (10,2%); moderadamente, 29 (19,7%); algo, 56 (38,1%), y en absoluto, 45 (30,6%).

En relación al apartado de opinión, de libre respuesta, sobre los principales motivos de insatisfacción o estrés laboral, tras su análisis encontramos que, para nues-

tros profesionales, es la sobrecarga asistencial o exceso de demanda la causa principal de estrés (56, 38,9%), seguido de 21 quejas por realización de labores excesivamente rutinarias o burocráticas (14,8%), 13 quejas de falta de reconocimiento laboral y de promoción profesional (9,1%) y 12 de falta de formación continuada de calidad (8,3%). Otras circunstancias que se relacionan con insatisfacción laboral son, por orden descendente en frecuencia, la falta de educación sanitaria de los pacientes, en exceso hiperdemandantes

o hiperfrecuentadores, la incompreensión o falta de apoyo desde las esferas directivas, inestabilidad del puesto, realización de labores impropias de su categoría profesional, descoordinación entre niveles asistenciales y exceso de demora para la asistencia especializada y falta de reconocimiento social. Tan sólo 4 de los encuestados presentan quejas de bajo sueldo y 2 sobre falta de medios materiales<sup>17</sup>.

Respecto a las soluciones o sugerencias que se dan, destacan: limitar el número de tarjetas por médico con aumento de plantillas y sustitución al 100% (el 32,6%), mayor inversión en cursos de formación (6,9%), desarrollo de la carrera profesional (4,8%), seguido de mejoría en la relación entre niveles asistenciales, informatización de todos los equipos, campañas educativas sobre la población incluidos ticket-moderador, reglamento de funcionamiento interno en los EAP, mayor apoyo desde la Administración, libranza de guardias, rotaciones liberadas temporales por servicios hospitalarios, mayor incentivación y mejora en la gestión de recursos.

Hemos detectado con nuestro estudio niveles considerablemente altos de *burnout* entre nuestros profesionales, con un 30,6% de puntuaciones de *burnout* alto en cansancio emocional, un 31,2% en despersonalización y un 24% en logros personales (tabla 3).

Del análisis realizado entre las variables sociodemográficas y las distintas escalas del cuestionario MBI, observamos diferencias estadísticamente significativas de mayor puntuación en la escala de CE en varones (promedio, 25,1) respecto a mujeres (promedio, 21,08) ( $t = 2,2$ ;  $p = 0,026$ ). Igual tendencia existe en la subescala DP ( $p = 0,054$ ).

No detectamos diferencias por lo que atañe al estado civil. Sin embargo, hay mayor cansancio emocional en los individuos con menor número de hijos (1 o 2) (pro-

medio, 24,93), que con la familia más numerosa (3-4 hijos) (promedio, 19,27) de forma significativa ( $p < 0,001$ ). No así en despersonalización ni en logros personales.

Respecto a la categoría profesional, existen diferencias significativas en el promedio de puntuación en las escalas de CE y LP. Del análisis posterior de las diferencias apreciadas destaca un bajo nivel de satisfacción de los logros alcanzados en el profesional pediatra respecto a médicos y enfermeras.

No encontramos diferencias significativas de puntuación respecto al lugar de trabajo (centro cabecera o consultorio periférico), ni tampoco respecto a tipo de turno (mañana o tarde), ni a la realización de guardias, pero sí en relación al tipo de contrato, siendo significativamente mayor ( $p = 0,009$ ) el promedio de puntuación en la subescala de cansancio emocional entre el personal propietario de plaza (promedio, 24,01) respecto al personal eventual (promedio, 15,14)). No así en otras subescalas del MBI.

En nuestra muestra no se detectan diferencias tampoco en relación a los años de antigüedad en la plaza ni en la profesión. Por último, se aprecia una relación significativa entre valores altos en la escala de CE en aquellos sujetos que referían presentar alteraciones físicas o psíquicas relacionadas con el trabajo.

## Discusión

La tasa de respuesta obtenida (44,3%) puede ser debida a la forma de administración de la encuesta (correo interno), ya que la no necesidad de inmediatez en la respuesta favorecería el retraso (y olvido posterior). La cifra es similar a la de otros estudios de encuestas a profesionales.

Nuestro trabajo detecta un grado moderado-alto de *burnout*. Al comparar nuestros resultados con

otras muestras nacionales, observamos que el nivel de *burnout* en nuestra área es similar a otros estudios<sup>8,18</sup>. De las Cuevas<sup>9</sup> informa de un 27,6% de puntuación elevada en la escala de cansancio emocional y de un 30,1% en despersonalización.

Respecto a las posibles causas de estos altos niveles de *burnout* en nuestra área, entendemos que podrían estar favorecidos por el desajuste entre las expectativas creadas por los profesionales al comenzar a trabajar en un área donde muchos de los centros son nuevos o renovados, bien equipados, espaciosos e incluso informatizados, con población joven y alto nivel cultural, y que, sin embargo, el rápido crecimiento poblacional y consecuente aumento de la demanda hace que los profesionales se vean desbordados, y esas mejoras estructurales no sean lo suficientemente sentidas por el trabajador.

Observamos también la ausencia casi total de formación específica en lo que se refiere a técnicas de autocontrol emocional, meditación o manejo del estrés en general, así como del manejo del paciente psiquiátrico<sup>19</sup> (altamente estresante si se carecen de ciertas habilidades).

A pesar de que no parece haber excesiva relación entre el fenómeno *burnout* y las variables sociodemográficas, sí detectamos una mayor vulnerabilidad en el varón respecto a la mujer, quizás causado por unas expectativas profesionales mayores al inicio de su carrera que no se ven satisfechas con el paso del tiempo. Así, también, el mayor nivel de *burnout* en lo que a logros personales se refiere en el pediatra respecto a médicos y enfermeras podría verse favorecido por haber recibido aquéllos una formación eminentemente hospitalaria donde el trabajo diario poco tiene que ver con la consulta habitual de atención primaria, con abundante patología banal y pocos medios diagnósticos.

Al igual que otros estudios, detectamos un factor de protección en la familia numerosa. Sin duda una vida familiar rica puede actuar como amortiguador emocional sobre un trabajador estresado. En cuanto a la posible causa de mayor cansancio emocional en los propietarios de plaza respecto a interinos (resultado que ha llamado nuestra atención), pensamos que puede estar en relación con la falta de expectativas de mejora (ausencia de carrera profesional), así como el trato de forma continua con los mismos pacientes con lo que supone de aumento inevitable en la involuación emocional con ellos.

Algunos autores concluyen que los altos niveles de *burnout* que encontramos actualmente sólo pueden ser aliviados de forma individual<sup>13,20</sup> basándose en cambios de actitudes personales (técnicas de autocontrol, de relajación o de comunicación asertiva) dirigidas a un mejor manejo de las situaciones de estrés diarios inherentes a nuestra profesión. Este componente personal puede ser mejorado, sin duda, con un cambio de postura del profesional, basado en un mejor adiestramiento pre y posgrado en manejo de situaciones conflictivas con enfermos y familiares, ante la enfermedad en sí misma y, por qué no, ante nuestra propia impotencia.

Sin embargo, aunque estos cambios personales son fundamentales, consideramos muy oportunos y realistas cambios también en la organización del trabajo. Apuntados ya por nuestros encuestados estaría la disminución de la demanda<sup>21</sup>, gracias a la reducción de tarjetas/médico, pero también a través de modificaciones en la distribución de la consulta (detectando pacientes hiperfrecuentados que se derivarían a programada, mayor uso de consulta de enfermería en caso de pacientes crónicos). Una buena organización en la consulta y del centro disminuye no sólo la demanda, sino muchas

situaciones conflictivas interpersonales, muy perjudiciales para el correcto funcionamiento del centro. También la calidad de los cursos de formación impartidos y, sobre todo, la accesibilidad y la aplicación práctica de ellos parecería ser un factor de mejora en la satisfacción laboral, así como la posibilidad de realización de rotaciones externas opcionales, incluso hospitalarias. Éstas parecen ser un factor de protección importante, sobre todo en aquellos en los que ya son perceptibles los síntomas de estrés<sup>3</sup>. La inflexibilidad de nuestro sistema, por el momento, no favorece la posibilidad de este beneficioso cambio de aires.

Otros factores apuntados, como la falta de reconocimiento social, son de origen mucho más complejo y por tanto difícil de resolver a corto plazo. Y en cuanto a factores puramente biológicos, apenas ha habido investigación al respecto a pesar del gran interés que despierta este síndrome<sup>22</sup>.

Hemos visto que el *burnout* no es, en absoluto, un síndrome exótico que apenas nos afecte. Es, muy al contrario, una patología con elevada prevalencia en nuestro medio y que, probablemente, esté detrás de muchos de los problemas que aqueja nuestro sistema sanitario, no sólo en lo que se refiere a malestar psíquico o físico del trabajador, sino a sus consecuencias (empeoramiento de la relación medico-paciente, falta de interés por actividades docentes, incumplimiento de horarios, entre otros)<sup>23</sup>. Así, muchas de las medidas de gestión encaminadas a mejorar la calidad asistencial se ven, desgraciadamente, frenadas en sus resultados por no tener en cuenta también en su lu-

cha los altos niveles de *burnout* existentes.

## Bibliografía

1. Freudenberger H. Staff burnout. *J Soc Issues* 1974; 30: 159-165.
2. Maslach Burnout Inventory (2.ª ed.). Palo Alto: Consulting Psychologists Press, 1986.
3. Edelwich J, Brodsky A. Burnout: stages of disillusionment in helping professions. Nueva York: Human Services Press, 1980.
4. Freudenberger H. Staff burnout. *J Soc Issues* 1974; 30: 159-165.
5. Pujol Fariols R. Médicos residentes (MIR) insatisfechos. *Med Clin (Barc)* 1997; 109: 623-624.
6. Belloch García SL, Renovell Farré V, Calabuig Alborch JR, Gómez Salinas L. Síndrome de agotamiento profesional en médicos residentes de especialidades médicas hospitalarias. *An Med Interna* 2000; 17: 118-122.
7. De Pablo González R, Superviola González JF. Prevalencia del síndrome de burnout o desgaste profesional en los médicos de atención primaria. *Aten Primaria* 1998; 22: 580-584.
8. Olivar Castrillón C, González Moran S, Martínez Suárez. Factores relacionados con la satisfacción laboral y el desgaste profesional en los médicos de atención primaria de Asturias. *Aten Primaria* 1999; 24: 352-359.
9. De las Cuevas Castresana C. El desgaste profesional en atención primaria: presencia y distribución del síndrome de burnout. Monografía. Lab Servier. Danval.
10. Duch Campodarbe FR, Ruiz de Perras Roselló L, Gimeno Ruiz D, Iglesias Pros M. Síndrome de burnout en atención primaria. *Salud Rural* 1999; 8: 41-52.
11. Winefield HR, Anstey TJ. Job stress in general practice: practitioner age, sex, and attitudes as predictors. *Fam Prac* 1991; 8: 140-144.
12. De la Gándara Martín JJ, De Ríos Francos. Estudio de la morbilidad psiquiátrica en personal sanitario. *Actas Luso Esp Neurol Psiquiatr Cienc Afines* 1994; 22: 71-76.
13. Livianos Aldana. El desgaste profesional del psiquiatra: resultados de una encuesta entre profesionales. *Actas Esp Psiquiatr* 1999; 27: 305-309.
14. Da Silva Sobral de Matos M, Daniel Vega E, Pérez Urdániz A. A study of the burnout syndrome in medical personnel of a general hospital. *Actas Esp Psiquiatr* 1999; 27: 310-320.
15. Bustinza Arriortua A, López-Herce Cid J, Carrillo Álvarez A, Vigil Escribano MD, De Lucas García N, Panadero Carlavilla E. Situación de burnout de los pediatras intensivistas españoles. *An Esp Pediatr* 2000; 52: 418-423.
16. Monnickendam SM, Borkan JM, Matalan A, Zalewski S. Trials and tribulations of country doctors: a qualitative study of doctor-patient relationships in rural Israel. *Irs J Med Sci* 1996; 32: 239-245.
17. Sutherland VJ, Cooper CL. Identifying distress among general practitioners: predictors of psychological ill-health and job dissatisfaction. *Soc Sci Med* 1993; 37: 575-581.
18. Atance Martínez JC. Aspectos epidemiológicos del síndrome de burnout en personal sanitario. *Rev Esp Salud Publica* 1997; 71: 293-303.
19. Jones RL, Knopke HJ. Educating family physicians to care for the chronically mentally ill. *Fam Pract* 1987; 24: 177-183.
20. Manual de psicología preventiva. Teoría y práctica. Madrid: Siglo XXI de España, 1994.
21. Morrell DC, Evans ME, Roland MO. The five minute consultation: effect of time constraint on clinical content and patient satisfaction. *BMJ* 1986; 292: 870-873.
22. Melamed S, Ugarten U, Shiron A. Chronic burnout, somatic arousal and elevated salivary cortisol levels. *Psychosom Res* 1999; 46: 591-598.
23. Ramos F, De Castro R, Galindo D. Síndrome de desgaste profesional (burnout). *Mapfre Medicina* 1998; 9: 189-196.