

# Síndrome de burnout en médicos que trabajan en unidades de cuidados intensivos neonatales

## *Burnout syndrome in medical staff working in neonatal intensive care units*

María de Lourdes Marrero Santos<sup>1</sup> y Jorge Grau Abalo<sup>2</sup>

### RESUMEN

El presente es un estudio observacional de tipo descriptivo en el que se analizan los niveles y dimensiones del síndrome de burnout, así como las influencias que tienen en éste sus antecedentes y consecuencias. Se estudió un grupo de variables epidemiológicas y sociodemográficas que pueden ser facilitadoras o inhibidoras. A través del Cuestionario Breve de Burnout, se constató que la mayoría del personal médico no se hallaba afectado; sin embargo, la despersonalización resultó ser la dimensión más importante. El realizar trabajo institucional en el hogar se correlacionó significativamente, lo que denota el papel específico que puede tener en el desarrollo inicial del síndrome en esta profesión.

**Palabras clave:** Burnout; Cuestionario Breve de Burnout; Despersonalización; Unidades de cuidados intensivos neonatales.

### ABSTRACT

*This is an observational-descriptive study designed to analyze the levels and dimensions of the burnout syndrome, as well as the influences of the antecedents and consequences on such syndrome. A group of epidemiological and socio-demographic variables were studied, which may have facilitating or inhibitory effects. Through the Brief Questionnaire of Burnout, it was found that the most of the medical personnel was not affected; however, depersonalization resulted to be the most important dimension. To do institutional work at home was significantly linked to said situation which shows that the specific role may play in the initial development of this profession.*

**Key words:** Burnout; Brief Questionnaire of Burnout; Depersonalization; Neonatal intensive care units.

Algunos autores consideran al *burnout* como una forma particular del estrés laboral, pero la mayoría lo interpreta como una respuesta al estrés ocupacional crónico con manifestaciones específicas (Barreto, 2001; Carmona, Sanz y Marín, 2001; Gil-Monte, 2000, 2002; Hernández, 2002; Pérez, 2001). No existe una definición unánimemente aceptada de burnout sino múltiples y diversas formulaciones. La que tiene mayor consenso es la de considerarlo como una respuesta al estrés laboral crónico cuando el

---

<sup>1</sup> Instituto Nacional de Salud de los Trabajadores (INSAT). Correspondencia a María Auxiliadora 321, Apto. 9, entre Lourdes y Alegría, Reparto Vibora Park, Arroyo Naranjo, La Habana, Cuba, tel. (537)44-70-39, correos electrónicos: eduardo@infomed.sld.cu. y insatpsi@infomed.sld.cu. Artículo recibido el 16 de enero de 2004 y aceptado el 27 de enero de 2005.

<sup>2</sup> Instituto Nacional de Oncología y Radiobiología (INOR), 29 y F. Vedado, Municipio Plaza, La Habana, Cuba, C.P. 104 00, tel. (537)55-25-74, correo electrónico: psico@infomed.sld.cu.

sujeto carece de las estrategias funcionales de afrontamiento habitualmente usados, y que se comporta como una variable mediadora entre el estrés percibido y sus consecuencias. Se trata de una experiencia subjetiva interna, que agrupa sentimientos y actitudes con un cariz negativo al implicar alteraciones, problemas y disfunciones psicofisiológicas con consecuencias nocivas para la persona y la institución donde labora (Correal, Posada y Pérez, 2000; Gil-Monte y Peiró, 1997).

En sus pasados trabajos, Maslach y Leiter (1998) extendieron el concepto de burnout a otras ocupaciones, incluidas las no asistenciales, y consideraron al síndrome como un proceso. En la esencia de ese nuevo modelo, que establece la relación entre el desgaste y el compromiso en el trabajo como dos extremos de una variante bipolar, yace la relación entre el trabajador y el lugar de trabajo, la cual abarca seis áreas: cantidad de trabajo, comunidad, control, justicia, remuneración y valores. En esta extensión conceptual, los tres componentes son el *agotamiento* o *desgaste emocional*, que se define en forma genérica sin el énfasis en los aspectos emocionales; el *cinismo*, que incluye el sentimiento de indiferencia y la sospecha acerca de la importancia del trabajo, y la *reducción de la eficacia profesional*, que se refiere al sentimiento del personal de que la efectividad de su trabajo es valorada como indiferente.

Dentro de la asistencia sanitaria, la labor del médico (profesional entrenado para curar y vencer las enfermedades) es una de las más difíciles, pues en ocasiones debe enfrentar lo opuesto. Son a veces paralelos los aspectos reconfortantes de su profesión y las muchas experiencias negativas de la interacción con sus pacientes y familiares. El equipo profesional que trabaja en las unidades de cuidados intensivos neonatales (UCIN en lo sucesivo) opera cotidianamente en situaciones de estrés generadas por las condiciones de trabajo que él mismo se impone y por la naturaleza de la tarea que realiza. Quienes trabajan en una UCIN deben enfrentar exigencias y sobrecargas emocionales, intelectuales y físicas muy altas. Estos acontecimientos, según Wright (1993), se traducen en la pérdida de motivos para ejercitar la tarea con compromiso, creatividad y efectividad.

Para Walker (1997), hay múltiples causas que determinan que quienes trabajan en una UCIN sufran desgaste, las que varían de un servicio a otro, pero las que se reconocen con más frecuencia son las largas horas de intensos esfuerzos en un ambiente restringido, la necesidad de adquirir y mantener destrezas técnicas complejas, la reiterada existencia de situaciones éticas de difícil solución, la exposición constante a intensas reacciones emocionales propias y de los padres, el cuidado de recién nacidos cuyas condiciones cambiantes demandan decisiones correctas inmediatas y su rápida instrumentación, y la persistente dificultad para conseguir personal y equipos en cantidad y calidad adecuados.

El personal de una UCIN necesita ser perfeccionista. Aun sin que se cometan errores, los pacientes ingresados en estas unidades tienen una alta tasa de mortalidad. Uno de los problemas que más se ha estudiado es el de la comunicación. En la UCIN se espera que el personal sea firme y objetivo, pero que a la vez transmita simpatía y calidez. A veces es posible observar una sobrevaloración de los equipos de monitoreo electrónico; en efecto, el personal se orienta hacia los equipos y percibe a los pacientes y sus padres como incapaces de comunicarse (Stechmiller y Harandi, 1993).

En el personal afectado aparecen síntomas físicos, emocionales y conductuales, según Marshall y Kasman (1992), tales como insomnio, dolores musculares, cefaleas, resfríos frecuentes, trastornos gastrointestinales, palpitaciones, depresión, frustración y desencanto, culpa, pérdida de afecto hacia pacientes y familiares —a los que se trata de forma deshumanizada, distante y hasta agresiva—, actitudes negativas que transmiten desaliento (“Para qué esforzarse si...”), oposición a los cambios (toda demanda de modificaciones a su manera de hacer las cosas se transforma en un esfuerzo inconcebible), aislamiento, sentimientos de persecución y de no ser reconocido en su trabajo y esfuerzo, e irritabilidad y susceptibilidad.

Por ende el presente estudio fue diseñado para identificar los niveles y dimensiones del burnout en médicos neonatólogos dado que no se conocen estudios en Cuba que hayan intentado estudiar el fenómeno en las UCIN del país.

## MÉTODO

### Participantes

Éste fue un estudio observacional descriptivo que tuvo el propósito de constatar la presencia del burnout en médicos que trabajan en las UCIN, así como los niveles y las dimensiones del síndrome, antecedentes y consecuencias, y la relación de los niveles del síndrome con algunas variables epidemiológicas y sociodemográficas.

Siete servicios de neonatología de la ciudad de La Habana participaron en el estudio; en ellos, 62 médicos cumplieron los criterios de inclusión para el 82% de la población estudiada. Los instrumentos de medición utilizados fueron el Cuestionario Breve de Burnout (CBB), que cuenta con los criterios de validez y confiabilidad suficientes para los objetivos de esta investigación (Moreno, 1990; Moreno, Bustos, Matallana y Miralles, 1996; Moreno y Oliver, 1992; Moreno, Oliver y Aragónés, 1994; Moreno y Peñacoba, 1995), el cual se empleó para evaluar los niveles y las dimensiones del síndrome, y el Inventario de Síntomas de Estrés.

El CBB permite una medición global del burnout y está compuesto por 21 ítems que estiman siete escalas en las que se evalúan las tres dimensiones del burnout (cansancio emocional, despersonalización y falta de realización personal), e incorpora además otras escalas para valorar las características de la tarea, el tedio y el clima organizacional como variables antecedentes, así como las consecuencias o repercusiones del síndrome en la calidad de vida del sujeto, especialmente en su salud y relaciones interpersonales.

La determinación del síndrome mediante el CBB se realizó en función de las puntuaciones de

cada una de las dimensiones, tomando como referencia trabajos anteriores en poblaciones de médicos intensivistas cubanos (Almeida, 2000; Gutiérrez y Castellero, 1998; Hernández, 1995; Rivero, 1997), las cuales son, a saber: puntuación media inferior a 3 (no está afectado), puntuación media superior a 3 (moderadamente afectado) y puntuación media superior a 4 (altamente afectado). Esta escala valorativa es relevante ya que permite ubicar a la población estudiada en una determinada posición con relación al síndrome, y evaluar si un determinado trabajo conduce a un importante número de trabajadores a mostrar burnout en el trabajo que realizan.

En la muestra utilizada hubo prevalencia del sexo femenino (82%); el 77% tenía una edad entre 30 y 50 años; el 59.6% tenía pareja; el 77%, hijos; el 51.65% tenía entre diez y veinte años de experiencia, y el 63% realizaba trabajo profesional en casa. De este modo, las variables epidemiológicas y sociodemográficas a controlar fueron edad, sexo, pareja, hijos, experiencia profesional, número de pacientes atendidos diariamente y trabajo institucional en casa.

## RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Los resultados indican que en la muestra se hallaron 57 médicos sin afectación (92%) y 5 moderadamente afectados (8%). No se encontraron sujetos altamente afectados.

En efecto, la mayoría de las afectaciones correspondieron a un nivel moderado; sin embargo, a pesar de los datos obtenidos, fue necesario hacer un detallado análisis de los resultados en cada una de las dimensiones del síndrome, el que se muestra en la Tabla 1.

**Tabla 1.** Clasificación de las dimensiones del burnout en médicos.

Dimensiones	Cansancio emocional		Despersonalización		Falta de realización personal	
	n	%	n	%	n	%
No afectados	53	85	32	52	47	76
Moderadamente afectados	9	15	30	48	15	24
Altamente afectados	—	—	—	—	—	—

La mayoría de los médicos neonatólogos no manifestaron afectación en cuanto al *cansancio emocional*; puede inferirse que ellos se consideraban profesionales capaces de cumplir las exigencias de su trabajo con eficiencia y que no había pérdida de interés ni satisfacción por la tarea que realizaban; su profesión y su nivel de compromiso determinaban un nivel de satisfacción aceptable en relación con sus tareas y su repercusión social. Similar resultado demuestra la *falta de realización personal*, pues a pesar de las altas exigencias y sobrecargas emocionales, intelectuales y físicas, parece ser que el estrés generado en su trabajo y el potencial desgaste personal se veían compensados por el sentimiento de que su trabajo merecía la pena y que su competencia profesional era muy elevada, lo cual incidió en su falta de sentimientos de frustración personal en su trabajo.

La *despersonalización*, sin embargo, no se comportó como las dimensiones anteriores; de hecho, 48% de los médicos mostró valores moderados en esta dimensión. Como se sabe, la despersonalización representa una conducta marcada por el desinterés, la pérdida de la empatía y el trato duro y cínico hacia las personas que atienden. En neonatología se atiende fundamentalmente a recién nacidos, pero también se debe interactuar cercanamente con la familia y más directamente con las madres. Por una parte, los médicos deben preservar la vida de niños recién nacidos, con los cuales no se mantiene comunicación gratificante, lo que suele devenir una relación médico-paciente especial, cargada de contacto físico afectivo y verbal. Al no disponerse de recursos de comunicación para ello, los niños pueden llegar a ser tratados como “objetos vivientes”, lo que a su vez refuerza por modelamiento las conductas que se aprenden en estos servicios entre los propios médicos y otros profesionales. Por otra parte, estos deben atender las necesidades de los niños, pero asimismo brindar apoyo a las madres; con frecuencia, por su propio déficit de recursos de comunicación y habilidades sociales, pueden mostrarse ineficientes y generarse en ellos sentimientos contradictorios consigo mismos y con los demás (Walker, 1997).

El médico suele sentirse —y ser percibido por los demás— como el responsable final de lo que ocurra. Por su formación académica y por el

clima de omnipotencia que suele vivirse en las UCIN, la muerte se transforma en algo difícil de aceptar. La pérdida de una vida o el salvarla dejando secuelas se vive como un fracaso personal generador de una profunda sensación de culpa, impotencia frustración y tristeza. En los médicos se evidencian algunas actitudes que no son más que mecanismos que adoptan ante la imposibilidad de aceptar el fracaso: evaden el contacto con los padres, adoptan una actitud fríamente profesional —muchas veces escudándose en una abundante información de tipo técnico— para evitar preguntas que reflejen sus sentimientos de culpa y negación, o manifiestan una actitud hostil. Estos comportamientos y emociones matizan la despersonalización en estos profesionales. Pfifferling (1997) expresa que los médicos tienden a poseer ciertas características que son reforzadas por la propia práctica médica, que los hace más susceptibles al burnout, como estar conscientes y comprometidos a obtener grandes triunfos, y que a menudo hacen depender su identidad personal de la profesional.

Los médicos han desarrollado un mecanismo de distanciamiento como actitud defensiva para evadir el involucramiento afectivo ante las agotadoras demandas provenientes del trabajo y el déficit de recursos para la comunicación social adecuada con niños y madres. Por ello, es necesario mantenerse alerta y comenzar a desarrollar programas preventivos, ya que ese puede ser el primer paso para la aparición del síndrome. En su modelo, Golembiewski, Munzenrider y Stevenson (1986) plantean que:

La despersonalización se daría al principio, de forma tal que se ve a los clientes como culpables de sus propios problemas y esto afecta la calidad del trabajo que se les ofrece; enseguida surgiría un descenso del sentimiento de realización personal; el individuo piensa que trabaja mal con la gente y, por tanto, evita en lo posible relaciones que puedan ponerlo más de manifiesto, produciéndose un aislamiento. Finalmente, entraría en un ciclo que lleva a un profundo cansancio emocional, en donde mientras más se intenta mejorar la situación, más se empeora.

En este modelo, la última dimensión —el cansancio emocional— sería considerada como la más característica del burnout avanzado. Se impone

entonces comenzar a involucrar a este personal en programas preventivos que frenen la posibilidad de desarrollo de las demás dimensiones y, por ende, del síndrome en general, ya que al parecer el modelo secuencial del burnout en este personal seguiría la línea despersonalización-falta de realización personal-cansancio emocional, de forma similar a como han puesto de manifiesto los estudios de Golembiewski y Munzenrider (1988) y Golembiewski, Munzenrider y Carter (1993).

Con base en la fórmula de Pearson, se halló que hay una fuerte correlación entre el síndrome, sus dimensiones, antecedentes y consecuencias, corroborando los planteamientos de Moreno y cols. (1994), Gil-Monte y Peiró (1997), Grau y Chacón (en revisión) y muchos otros autores, referidos a las variables desencadenantes y facilitadoras, las

dimensiones y las consecuencias para la salud, las relaciones interpersonales y la calidad del servicio institucional que se brinda.

El cansancio emocional, la falta de realización personal y la despersonalización correlacionaron significativamente de forma positiva con los antecedentes y las consecuencias. En cuanto a los antecedentes, hubo correlación significativa con el nivel de burnout general y las características de la tarea y el tedio. En esta población, la organización no es semejante en todas las UCIN, lo que puede influir en el hecho de que la variable “clima organizacional” tenga los niveles más bajos de correlación y tampoco correlacione significativamente con el resto de las variables, pues hay diferentes factores en cuanto al subsistema de dirección y liderazgo, y clima y ambiente laboral (Tabla 2).

**Tabla 2.** Relación entre el burnout en médicos neonatólogos con sus antecedentes y consecuencias.

	Burnout (BO)	Cansancio emocional (CE)	Despersonalización (D)	Falta de realización personal (FRP)	Característica de la tarea (CT)	Tedio (T)	Organización (O)
<b>CE</b>	0.729						
<b>D</b>	0.736	0.282					
<b>FRP</b>	0.793	0.464	0.428				
<b>CT</b>	0.569	0.488	0.393	0.495			
<b>T</b>	0.391	0.380	0.174	0.396	0.481		
<b>O</b>	0.188	0.204	0.140	0.173	0.590	0.241	
<b>C</b>	0.486	0.540	0.326	0.293	0.314	0.288	0.216

Las consecuencias tienen una fuerte correlación con el síndrome –dimensiones y antecedentes–, lo que apunta a que se está ante el comienzo de un proceso de burnout y no manifestaciones aisladas de estrés. Suelen centrarse en quejas y sín-

tomas tales como insomnio (86%), cefaleas tensionales (95%), ganas de comer a toda hora (64%), migraña (47%) y ansiedad (91%), reflejados en el Inventario de Síntomas de Estrés.

**Tabla 3.** Relación entre la variable sexo y el burnout en médicos neonatólogos.

Sexo	No afectados		Moderadamente afectados		Altamente afectados	
	n	%	n	%	n	%
Femenino	46	90	5	10	—	—
Masculino	11	100	—	—	—	—

$$\chi^2 = 1.17, p = 0.27.$$

### Relación entre los niveles del burnout y las variables epidemiológicas y sociodemográficas estudiadas

Para conocer la asociación entre las variables estudiadas y los niveles del síndrome, se utilizó la distribución de frecuencia de cada una apli-

cando chi cuadrada. No obstante, las asociaciones no fueron significativas –como se puede apreciar en las tablas 4 a 9– entre los valores globales del síndrome y las variables sociodemográficas de sexo, edad, estado civil, tenencia de hijos, experiencia profesional y número de pacientes atendidos diariamente.

**Tabla 4.** Relación entre edad y burnout.

Edad	No afectados		Moderadamente afectados		Altamente afectados	
	n	%	n	%	n	%
22-32	1	50	1	50	—	—
33-43	35	95	2	5	—	—
44-54	17	94	1	6	—	—
55-65	4	80	1	20	—	—

$\chi^2 = 1.00, p = 0.78.$

**Tabla 5.** Relación entre tenencia de hijos y burnout.

Tenencia de hijos	No afectados		Moderadamente afectados		Altamente afectados	
	n	%	n	%	n	%
Sí	44	92	4	8	—	—
No	13	93	1	7	—	—

$\chi^2 = 1.02, p = 0.85.$

**Tabla 6.** Relación entre estado civil y burnout.

Estado civil	No afectados		Moderadamente afectados		Altamente afectados	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
Con pareja	38	88	5	12	—	—
Sin pareja	19	100	—	—	—	—

$\chi^2 = 2.40, p = 0.72.$

**Tabla 7.** Relación entre años de experiencia laboral y burnout.

Años de experiencia	No afectados		Moderadamente afectados		Altamente afectados	
	n	%	n	%	n	%
1-5	9	100	—	—	—	—
6-10	8	80	2	20	—	—
11-15	16	94	1	6	—	—
16-20	15	100	—	—	—	—
21-30	9	88	2	12	—	—

$\chi^2 = 1.90, p = 0.66.$

**Tabla 8.** Relación entre número de pacientes atendidos y burnout.

Número de pacientes	No afectados		Moderadamente afectados		Altamente afectados	
	n	%	n	%	n	%
0-10	20	100	—	—	—	—
11-20	33	87	5	13	—	—
21-30	4	100	—	—	—	—

$\chi^2 = 1.25, p = 0.09.$

**Tabla 9.** Relación entre el trabajo institucional en casa y burnout.

Trabajo institucional	No afectados		Moderadamente afectados		Altamente afectados	
	n	%	n	%	n	%
Sí	46	98	1	2	—	—
No	11	74	4	27	—	—

$\chi^2 = 9.23, p = 0.02.$

El trabajo institucional en casa (Tabla 9) fue la variable sociodemográfica más significativa asociada al síndrome; algunos médicos invierten mucho tiempo libre en su profesión, no tienen un equilibrio entre el tiempo invertido en el trabajo y fuera de él, se llevan a casa las preocupaciones por sus pacientes y los familiares de éstos, y viven pendientes de la evolución de la enfermedad y lo adecuado del tratamiento. Hayden (1982) plantea que el tiempo que es posible trabajar y ser útiles tiene un límite, y que es necesario encontrar otras fuentes de gratificación y fijarse límites y objetivos razonables. Dutch, Ruiz de Porras, Gimeno e Iglesias (1999) señalan: “La escasa formación para soportar el estrés asistencial, la autofrustración y el nulo entrenamiento para el autocontrol emocional son también características propias de todos los planes de estudio de las carreras sanitarias; el desarrollo exponencial de la medicina y de la tecnología de la comunicación pueden crear la permanente sensación de no poder asumirlo todo y de no ser capaz de mantenerse al día”. Cabe destacar que esta variable es significa-

tiva sólo en la población médica, pues en trabajos con poblaciones de enfermeras neonatólogas se halló que el trabajo institucional en casa no fue significativo (Marrero, 2003).

En conclusión, los médicos neonatólogos que laboran en las Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales de La Habana no están, en su mayoría, afectados por el síndrome de burnout. La dimensión más afectada en el personal de médicos fue la despersonalización, lo que hace suponer que en el proceso de desarrollo secuencial del síndrome sea ésta una de las afectaciones más tempranas.

Las puntuaciones globales de burnout mostraron correlaciones positivas con las dimensiones, antecedentes y consecuencias, lo que confirma la naturaleza del fenómeno sometido a estudio como un verdadero proceso de burnout.

Se encontró asociación significativa entre los valores globales del síndrome de burnout con la variable “trabajo institucional en casa”, lo cual apunta al papel específico que puede tener dicha variable en el desarrollo inicial del síndrome en esta profesión.

## REFERENCIAS

- Almeida, C.J. (2000). *El síndrome de burnout en el Servicio de Nefrología del Hospital Clínico-Quirúrgico Hermanos Ameijeiras*. La Habana: Universidad de La Habana.
- Barreto S. (2001). El síndrome de burnout. RIMA (Red Informativa de Mujeres de Argentina), Diario *La Voz del Interior*, Córdoba, Argentina. Disponible en red: <http://www.emprendedorasenred.com>.
- Carmona, F.J., Sanz, L.J. y Marín, D. (2001). Síndrome de burnout y enfermería: factores modulares”. *Interpsiquis*, 2. Disponible en línea: <http://www.intersalud.es>.
- Correal, M., Posada, M. y Pérez, L. (2000). *El síndrome de burnout: conceptualización, evaluación, prevención*. Monografía para optar por el título de psicólogo en la Facultad de Psicología. Bogotá: Universidad Católica de Colombia.
- Dutch, F.R., Ruiz de Porras, L., Gimeno, D. e Iglesias, M. (1999, mayo): Síndrome de burnout en atención primaria. *Salud Rural*, 8, 1.
- Gil-Monte, P.R. y Peiró, J.M.(1997). *Desgaste psíquico en el trabajo: el síndrome de quemarse*. Madrid: Síntesis.
- Gil-Monte, P.R. (2000). Aproximaciones psicosociales y estudios diagnósticos sobre el síndrome de quemarse por el trabajo (burnout). *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 16(2), 101-102.
- Gil-Monte, P.R. (2002). Validez factorial de la adaptación al español del Maslach Burnout Inventory-General Survey. *Salud Pública de México*, 44(2), 33-40.
- Golembiewski, R.T., Munzenrider, R. y Carter, D. (1993). Phases of progressive burnout and their work site covariants: Critical issues in OD research and praxis. *Journal of Applied Behavioral Science*, 19(4), 461-481.
- Golembiewski, R.T., Munzenrider, R. y Stevenson, J.G. (1986). *Stress in organizations: toward a phase model of burnout*. New York: Praeger.
- Golembiewski, R.T. y Munzenrider, R. (1988). *Phases of burnout: development in concepts and applications*. New York: Praeger.
- Grau A., J.A. y Chacón, M. (en revisión). Burnout en los equipos de salud: la disección de un mito. *Psicología y Salud*.
- Gutiérrez, I. y Castellero, Y. (1998). *Síndrome de burnout en personal médico y de enfermería del CIMEQ*. Ponencia presentada en PSICOCIMEQ, La Habana.

- Hayden, W. (1982). *Psychological and psychoterapeutic support of staff and parents in an intensive care baby unit*. Davis, CA: St. Martin Press.
- Hernández, L. (1995). *El síndrome de burnout en médicos y enfermeros que laboran en el INOR*. Tesis de Maestría en Psicología de la Salud. La Habana: Universidad de La Habana.
- Hernández, P. (2002). Estudio descriptivo del síndrome de burnout en personal de salud del Hospital Militar de Bogotá. *Acta Colombiana de Psicología*, 7, 71-83.
- Marrero, M.L. (2003). Burnout en enfermeros que laboran en los servicios de neonatología. *Revista Cubana de Salud y Trabajo*, 4(1-2), 33-38.
- Marshall, R.E. y Kasman, C. (1992). Burnout in the neonatal intensive care unit. *Pediatrics*, 65, 1161-1173.
- Maslach, C. y Leiter, M.P. (1998). Burnout. *Encyclopedia of Mental Health*. New York: Academy Press, vol. 1, 347-357.
- Moreno, B. (1990). El burnout, una forma específica de estrés laboral. En V.E. Caballo y G. Buéla-Casal (Comps.): *Manual de psicología clínica*. Madrid: Siglo XXI.
- Moreno, B. y Oliver, C. (1992). *El MBI como escala de estrés en profesiones asistenciales: adaptación y nuevas versiones*. Ponencia en el I Congreso Iberoamericano de Psicología, Madrid.
- Moreno, B., Oliver, C. y Aragonés, A. (1994). *El burnout*. Conferencia magistral inédita. Madrid: Universidad Autónoma de Madrid.
- Moreno, B. y Peñacoba, C. (1995). *Manual de psicología de la salud*. Madrid: Siglo XXI.
- Moreno, B., Bustos, R., Matallana, A. y Miralles, T. (1996). *La evaluación del burnout: problemas y alternativas. El CBB como evaluación de los elementos del proceso*. Madrid: Universidad Autónoma de Madrid.
- Pérez, J.M.I. (2001, marzo). El síndrome de burnout (quemarse en el trabajo) en los profesionales de la salud. *Publicación Virtual de la Facultad de Psicología y Psicopedagogía de la USAL*, 2(5).
- Pfifferling, J.H. (1997). How close are you to burnout? *Family Practice Management*. Disponible en red: <http://www.cpw.org/about-director.htm>.
- Rivero, A.M. (1997). *Presencia del síndrome de burnout en médicos del Hospital Clínico-Quirúrgico Hermanos Ameijeiras* (Documento interno). La Habana: Hospital Clínico-Quirúrgico Hermanos Ameijeiras.
- Stechmiller, J.K. y Harandi, H.N. (1993). Predictors of burnout in critical care nurses. *Heart & Lung*, 22(6), 534-541.
- Walker, C.H.M. (1997). Neonatal intensive care and stress. *Archives of Disabled Children*, 57(4), 85-93.
- Wright, T.F. (1993). Hardiness, stress and burnout among intensive care nurses. *Journal of Burn Care Rehabilitation*, 14(3), 376-381.



