BURNOUT Y SALUD PERCIBIDOS EN UNA MUESTRA DE ENFERMERÍA DE URGENCIAS

Mª Isabel Ríos Riesquez, Carmen Godoy Fernández
Servicio de Urgencias. Hospital Morales Meseguer. Murcia

RESUMEN

Objetivo: describir el nivel de desgaste profesional y estudiar su asociación con la percepción de salud general y las características de los profesionales estudiados.

Diseño: estudio descriptivo transversal.

Emplazamiento: servicio de urgencias del hospital universitario Morales Meseguer ubicado en Murcia capital.

Método: se emplearon tres instrumentos de evaluación: una encuesta de variables sociodemográficas y laborales, el cuestionario Maslach Burnout Inventory-MBI, y el cuestionario General Health Questionnaire (GHQ-28) de Golberg.

Resultados: un 30,9% de la muestra estudiada puntúa alto en la dimensión de agotamiento emocional, un 29,1% lo hace para la dimensión de despersonalización y un 20% para la falta de realización personal en el trabajo. El 25,5% de la muestra presentó síntomas psíquicos o físicos de origen psicológico que podrían requerir atención especializada. Resultó significativa la asociación agotamiento emocional-salud general y, más concretamente con la escala B de síntomas de ansiedad.

Conclusiones: los niveles encontrados de desgaste profesional resultaron ser moderados-altos. El 9% de la muestra estudiada puntúa alto en las tres dimensiones del síndrome de burnout. Se encontraron diferencias de género en la tendencia a las actitudes de despersonalización, siendo los sujetos de género masculino los que obtienen puntuaciones más elevadas en esta dimensión del síndrome de burnout. Los profesionales de más de 15 años de experiencia muestran una vulnerabilidad mayor a padecer de agotamiento emocional relacionado con su trabajo. Los niveles de burnout y salud encontrados nos indican una elevada vulnerabilidad en la muestra estudiada y la necesidad de instaurar programas de prevención/intervención dentro de este contexto laboral.

Palabras clave: Burnout. Estrés. Personal Sanitario. Salud.

INTRODUCCIÓN

Desde sus orígenes se ha vinculado el síndrome de burnout a las profesionales asistenciales. El estrés laboral que se da en el contexto laboral sanitario es reconocido en numerosas referencias bibliográficas [22, 25, 30, etc]. En todos estos estudios, se justifica la elevada presencia del estrés y sus consecuencias aludiendo a las características específicas de las profesiones sanitarias: Atender el dolor, a la muerte, a la enfermedad terminal, situaciones de urgencia vital, las demandas y presiones laborales, conflictos de rol, los pacientes problemáticos y un largo etc.

Los datos procedentes de numerosos estudios evidencian los efectos que el estrés tiene sobre la salud física y psicológica [2, 5, 7, 9, 10, 14…]. Parece ser que existe una mayor susceptibilidad a la cirrosis, suicidio, adicción al alcohol y abuso de drogas. Así mismo, los estudios también parecen indicar niveles altos de síntomas psicológicos (ansiedad, síntomas depresivos, etc.) [8, 11, 22, 30].

Las consecuencias negativas del estrés sobre los sujetos pueden ser agrupadas en varias categorías: diversas enfermedades y patologías físicas, problemas psicosomáticos, alteraciones psicológicas y comportamentales, y problemas organizativos [8]. Dentro del primer grupo de problemas destacan los trastornos cardiovasculares: Se calcula que el 16% de las enfermedades cardiovasculares de los hombres y el 22% de las mujeres se deben al estrés relacionado con el trabajo, y se calcula que éste afecta a casi uno de cada 3 trabajadores en la comunidad europea, apuntando los datos recogidos entre la población española en la misma dirección [25]. Entre las demás enfermedades y estados de salud asociados al estrés se incluyen algunos tipos de alteraciones gastrointestinales, el descenso en la resistencia ante enfermedades infecciosas, problemas psicosomáticos como palpitaciones, dolores de espalda y cefaleas, etc. Las alteraciones psicológicas más comunes relacionadas con el estrés son la ansiedad, descenso de la autoestima, incremento de la irritabilidad, falta de motivación y depresión, así como problemas comportamentales entre los que destacan los trastornos en los hábitos de sueño y alimenticios, alcoholismo, drogadicción y tabaquismo [2, 4, 8, 9, 10…].

Por otro lado, los costes económicos para la organización son igualmente importantes. Dentro de las consecuencias que podríamos denominar de carácter organizativo destacan la disminución del rendimiento, incremento de la accidentalidad, rotación y absentismo [8]. Concretamente, del 50 al 60% del absentismo ha sido relacionado con el estrés laboral, cifrándose el coste anual para la Unión Europea en torno a los 20.000 millones de euros [25].

Por lo que respecta a la prevalencia de este problema en el contexto sanitario, la mayoría de los estudios consultados refieren obtener unos niveles moderados de burnout en las muestras estudiadas [5, 16, 17, 20, 27…]. Los porcentajes que presentan una puntuación alta en este síndrome son variables, entre un 6% [17] y un 21,6% [19], si bien hay que matizar que en algunas muestras se encuentran niveles bastante elevados en alguna de las tres dimensiones que configuran el síndrome. Así, destacan sobre todo los niveles elevados en agotamiento emocional de algunos estudios: un 54,3% en [24] ó un 62,3% en [17]; y en la dimensión de despersonalización: un 80% en [17] ó un 54,3% en [24]. Por otro lado, si concretamos y nos

centramos en el personal sanitario de enfermería, existen datos de una prevalencia importante del síndrome. Así, el 43,7% de las enfermeras estaría en la primera fase del síndrome de desgaste profesional según los resultados obtenidos por un reciente estudio [3].

La prevalencia de este síndrome y la importancia de las consecuencias que éste conlleva justifica la necesidad de estudios que, como paso previo a la intervención y/o prevención de las consecuencias del estrés laboral, traten de identificar los niveles de burnout existentes en los distintos contextos laborales y organizaciones de la salud.

OBJETIVOS

Como objetivo general, esta investigación pretende analizar el síndrome de quemarse por el trabajo (burnout o desgaste laboral) y su relación con determinadas variables personales y de salud en una muestra de profesionales de enfermería.

MATERIAL Y MÉTODO

Tipo de diseño: Se trata de un estudio descriptivo de corte transversal.

Muestra: La población objeto de estudio la constituye el personal de enfermería de urgencias de un hospital general universitario ubicado en Murcia Capital: Hospital Morales Meseguer. La población está compuesta por 69 sujetos, que se distribuyen, a su vez, en dos niveles o categorías profesionales: Enfermería y auxiliar de enfermería.

Instrumentos de evaluación: Se pasaron dos cuestionarios validados y una encuesta de variables sociodemográficas y laborales diseñada ad-hoc para esta investigación. A continuación se describen brevemente los instrumentos validados utilizados:

MBI: Maslach Burnout Inventory, 1986: Este cuestionario mide la frecuencia e intensidad del “burnout” o síndrome de quemarse por el trabajo. Consta de 22 ítems, y en él se pueden diferenciar tres subescalas que miden, a su vez, las tres dimensiones que conforman el síndrome:

1. Agotamiento emocional (AE). Esta subescala está formada por 9 ítems que describen sentimientos de estar abrumado y agotado emocionalmente por el trabajo.

2. Despersonalización (DP). Esta subescala está formada por 5 ítems que describen una respuesta impersonal y falta de sentimientos hacia los sujetos objeto de atención.

3. Realización personal en el trabajo (RP). Compuesta por ítems que describen sentimientos de competencia y realización exitosa en el trabajo hacia los demás.

GHQ-28 (Goldberg, 1970): El GHQ-28 consta de 28 ítems agrupados en 4 subescalas de 7 ítems cada una:

Subescala A: Síntomas somáticos de origen psicológico, como cansancio, fatiga, dolores de cabeza, malestar general, etc.

Subescala B: Síntomas relacionados con la ansiedad tales como problemas para conciliar el sueño, despertares frecuentes, irritabilidad, tensión psíquica, etc.

Subescala C: Síntomas relacionados con la “disfunción social” tales como capacidad para tomar decisiones, desarrollo organizado del trabajo, etc.

Subescala D: Síntomas que se relacionan con el estado de ánimo, evaluando de esta manera rasgos depresivos. Se trata de una escala que se plantea de forma muy “dura”, pues pregunta sobre distintos síntomas depresivos graves que incluyen hasta la ideación suicida.

Cada ítem tiene cuatro posibles respuestas, progresivamente peores. El sujeto debe subrayar la respuesta elegida, siendo esencial que se limite a su situación de salud en las últimas semanas y no en su pasado.

RESULTADOS

Estadística descriptiva:

De un total de 69 cuestionarios, se recibieron 55 correctamente contestados, lo que representa una tasa de respuesta de un 79,7%.

La media de edad de la muestra ha sido 36,76±7,94, predominando el sexo femenino (76,4%) frente al masculino (23,6%). Para el estado civil, la muestra se distribuyó en un 56,4% casados, un 38,2% solteros, un 3,6% divorciados/separados y un 1,8% viudos. En este sentido, el mayor porcentaje de la muestra convive con alguien (80%) frente a un 20% que vive sólo. La

media de hijos ha llegado a ser de uno por persona (0,85) destacando que un 52,7% de la muestra no tiene ninguno.

Por lo que respecta a las variables laborales, se registraron un 29,1% de auxiliares de enfermería y un 70,9% de enfermeras/os, siguiendo la variable "estudios" una frecuencia similar, para estudios de FP y diplomaturas. Al tratarse de una muestra relativamente joven, un 83,6% de los encuestados poseen menos de 15 años de experiencia profesional, frente a un 16,4% de sujetos que tienen más de 15 años de experiencia laboral. Si analizamos el tiempo medio en el desempeño del empleo dentro de su actual unidad de trabajo, se puede observar que éste es de 4,56±2,66 años. En cuanto al tipo de contrato, el 27,3% de los profesionales encuestados tiene plaza en propiedad, frente a un 54,5% de interinos y un 18,2% de contratados.

El 32,7% llevan un turno fijo o de refuerzo, frente a un 67,3% que llevan un turno rodado. Del total de encuestados, un 76,4% tiene dedicación exclusiva frente a un 23,6% que desarrolla otros trabajos o jornadas adicionales. Así mismo, un 54,5% refieren realizar otros estudios o formación académica extralaboral, frente a un 45,5% que refiere no realizarla.

La media de burnout total ha sido de 65,96±15,59. Los valores medios para cada una de las dimensiones del síndrome se pueden observar en la tabla 1. Si analizamos las puntuaciones obtenidas y las comparamos con los puntos de corte que, a nivel estadístico, designan diferentes grados o niveles del síndrome, obtenemos que un 30,9% de la muestra puntúa alto en la dimensión de agotamiento emocional, un 29,1% lo hace para la dimensión de despersonalización y un 23,6% para la falta de realización personal en el trabajo (ver gráficos 1, 2 y 3).

Para la evaluación del grado de bienestar o salud percibido, se obtuvo una media de 4,22 (dt=4,92 y rango=0-19), y para cada una de las subescalas se pueden observar los estadísticos en la tabla 2.

Considerando las puntuaciones totales de los sujetos en el GHQ-28, podemos clasificar a éstos en "sujetos normales" y "sujetos con probables problemas psíquicos", tomando como punto de corte la puntuación 6/7 (6= no caso y 7= caso) por su mayor especifidad, tal y como proponen Lobo y cols. (1986). Los resultados obtenidos señalan la existencia de un 25,5% de la muestra que presenta malestar psíquico, siendo la escala de síntomas somáticos de origen psicológico (escala A) la que obtiene una mayor puntuación media, mientras que la escala de síntomas depresivos (escala D) es la que presenta una media menor.

Estadística Inferencial:

Para el análisis bivariante se ha utilizado la prueba chi cuadrado para variables cualitativas y correlaciones para las cuantitativas. Para una variable cualitativa y otra cuantitativa se ha empleado la "t" de Student si la variable cualitativa era dicotómica y el ANOVA cuando ésta era politómica.

Del análisis bivariante realizado entre las variables sociodemográficas y laborales, y las medidas de burnout y salud, se desprenden los siguientes resultados:

- No se han encontrado diferencias significativas considerando como variables independientes las variables sociodemográficas de edad, estado civil, convivencia e hijos.
- Un resultado significativo lo ha supuesto la variable género, en cuanto que el género masculino es más propenso a la "despersonalización", puntuando en ésta de forma más elevada que el género femenino: T= 3,081; g.l=53 (significación bilateral=0,003)
- Si consideramos las variables laborales (tipo de contrato, turnos, estudios, trabajo o formación adicional) como variables independientes, tampoco se encuentran diferencias significativas. El único resultado estadísticamente significativo lo encontramos en la variable "experiencia profesional". Concretamente, los profesionales de más de 15 años de experiencia laboral, son los que más agotamiento emocional refieren en la evaluación del síndrome de estar quemado por el trabajo (F=3.808; p=0.029).

Se han correlacionado las puntuaciones totales de cada una de las variables principales (puntuaciones del MBI y del GHQ-28), además de la edad y la antigüedad laboral en el servicio. Los resultados obtenidos nos indican que el burnout se relaciona de forma significativa con el malestar psíquico, pero con ciertas matizaciones: es la dimensión de agotamiento emocional la que resulta estar asociada de forma significativa a un mayor nivel de malestar general (puntuación GHQ; r=0.283; p=0.036), siendo la escala B (síntomas de ansiedad) la que resulta estar relacionada más significativamente con dicha dimensión del burnout.

Por otro lado, ni la edad ni la antigüedad laboral en el servicio, muestran correlaciones significativas con las puntuaciones de burnout y salud obtenidas en la muestra.

DISCUSIÓN

De acuerdo con la tasa de respuesta obtenida (79,7%), se puede considerar que la muestra resultante es representativa de la población diana que se pretende analizar, dado el alto índice de participación, que es comparable al obtenido por otros estudios similares [18, 20, 24…].

Los valores obtenidos en el síndrome de burnout por la muestra estudiada nos muestran niveles moderados-altos, especialmente para la dimensión de agotamiento emocional, ya que un 31% de los encuestados puntúan alto en este factor constitutivo del síndrome. Por otro lado, también es de destacar el elevado porcentaje de sujetos que puntúan alto en la dimensión de despersonalización: un 29% de la muestra estudiada. Estos resultados vienen a ser similares a los obtenidos por algunos estudios que analizan el síndrome de estar quemado por el trabajo en el personal sanitario [3, 18, 20, 24, 28…], y de manera coincidente con estos estudios previos, es la dimensión de agotamiento emocional la que aglutina la mayor

frecuencia/incidencia entre las tres dimensiones que configuran el cuadro sintomático del burnout.

Si comparamos los resultados obtenidos con los datos normativos ofrecidos por Gil-Monte y cols. (2000) [12] para la población ocupacional específica de enfermería, observamos que nuestra muestra se sitúa en torno a los valores promedio para cada una de las dimensiones del síndrome de burnout, excepto para la dimensión de despersonalización, en la que nuestra muestra obtiene una media superior, aproximándose más a la puntuación media ofrecida por la versión comercial del MBI en España [26].

En el análisis del perfil epidemiológico del síndrome de estar quemado por el trabajo, encontramos tan sólo como variables significativas las referentes al género y a la experiencia profesional.

En cuanto a la variable "género", coincidimos con aquellas referencias bibliográficas [11, 12, 21…] que ponen de manifiesto una mayor tendencia a adoptar actitudes de despersonalización entre el género masculino, aludiendo a los diferentes patrones de socialización recibidos por hombres y mujeres, que podrían justificar las diferencias encontradas para esta dimensión.

En cambio, no encontramos diferencias significativas en el análisis del resto de variables sociodemográficas (edad, estado civil, hijos, convivencia) coincidiendo en ello con multitud de estudios que expresan la falta de consenso a la hora de configurar el perfil epidemiológico del síndrome de burnout [9, 11, 15, 22…].

Por lo que respecta a las variables laborales, se obtiene significación estadística para la "experiencia profesional". Coincidiendo con algunos estudios [1, 28], en nuestra muestra se obtiene la tendencia a encontrar una mayor vulnerabilidad al agotamiento emocional en aquellos profesionales con más de 15 años de experiencia laboral.

Si analizamos los valores obtenidos en la evaluación de la salud percibida, mediante el GHQ-28, observamos que los resultados son similares a los que obtienen otros estudios con personal sanitario [9]. En concreto, nuestro estudio obtiene que un 25,5% de los sujetos encuestados presenta malestar psíquico, con una mayor incidencia de los síntomas de ansiedad e insomnio (Escala B del GHQ-28).

Cuando consideramos las correlaciones entre el síndrome de burnout y el grado de bienestar o salud percibido, nuestros resultados van en la línea de otros estudios previos [2, 5, 7, 9, 10…], en el sentido de encontrar una relación significativa entre el síndrome de estar quemado por el trabajo y la falta de salud o bienestar. No obstante, la magnitud de las correlaciones obtenidas difiere bastante de la obtenida por algunos de estos estudios previos [5, 6, 9], los cuales suelen encontrar una asociación significativa entre la mayoría de las escalas del GHQ-28 y cada una de las dimensiones que configuran el síndrome de burnout medido mediante el MBI. Es posible que un tamaño muestral inferior al de estos estudios pueda explicar en parte estas diferencias encontradas. A pesar de ello, concluimos como otros autores [4, 5, 10], que es la dimensión de agotamiento emocional la escala que muestra correlaciones más intensas con la falta de salud o bienestar, y de ello se puede deducir el papel relevante que toman las emociones en el contexto laboral, como variable a tener en cuenta en el desarrollo del síndrome de estar quemado por el trabajo y sus potenciales consecuencias sobre la salud o bienestar de los profesionales.

En síntesis, este estudio pone de manifiesto que un 9,09% de los profesionales de enfermería de la muestra estudiada, puntúa alto en las tres dimensiones del síndrome de estar quemado por el trabajo. Si analizamos por dimensiones, es la dimensión de agotamiento emocional la que mayor relevancia demuestra, con un 31% de los sujetos que puntúan alto en esta escala. A ello hay que unir el hecho de que un 25,5% de la muestra manifiesta un elevado nivel de malestar psíquico, porcentaje que parece estar en sintonía con el nivel de agotamiento emocional referido anteriormente. De este análisis se desprende una prevalencia moderada-alta del síndrome de burnout en el colectivo profesional considerado. Además, dicha prevalencia se encuentra asociada de forma significativa al grado de bienestar o salud percibido, lo que concuerda con multitud de estudios previos [2, 5, 6, 7, 9, 29…]. Dada la prevalencia de este síndrome y la importancia de las consecuencias que éste conlleva, tanto para la organización [13, 23, 25…] como para la salud de los profesionales [2, 4, 8, 9…], se justifica la necesidad de estudios que, como la presente investigación, traten de identificar los niveles de burnout existentes, como paso previo a la intervención y/o prevención de las consecuencias del estrés laboral en estos contextos sanitarios. La finalidad última de todo ello sería "cuidar a los cuidadores" para obtener una mejor calidad y humanización de los sistemas de salud, tal y como propone el informe de la OMS (2000) [23].

BIBLIOGRAFÍA

1. Atance, J.C. (1997). Aspectos epidemiológicos del síndrome de burnout en personal sanitario. Rev. Española de salud pública; 71: 293-303

2. Boada i Grau, J, Agulló E., De Diego, R. (2004). El burnout y las manifestaciones psicosomáticas como consecuentes del clima organizacional y de la motivación laboral. Psicothema, 16(1), 125-131

3. Boletín Colegial Enfermería Región de Murcia. "El 43,7% de las enfermeras estaría en la primera fase del síndrome de desgaste profesional". Boletín nº 6. Marzo 2006.

4. Fernández G. (2000). Burnout y trastornos psicosomáticos. Revista de psicología del trabajo y de las organizaciones, 16 (2): 229-235.

5. Fernández, O. (1998). Estudio de la satisfacción laboral y el síndrome de burnout entre los profesionales sanitarios de un

hospital general. Tesis doctoral. Universidad de Zaragoza.

6. Fornés J, y cols. (2005). Burnout en profesionales sanitarios en formación del hospital universitario Son Dureta. Psiquiatria.Com, 9(4).

7. García, M. (1991). Burnout en profesionales de enfermería de centros hospitalarios. Revista de psicología del trabajo y de las organizaciones; 7(18): 3-12. García, M. (1995). La escala EPB para la medida del B.O: estudio de fiabilidad, validez y estructura empírica. Ansiedad y Estrés, 1(2-3), 219-229.

8. García Izquierdo,M.,(1999). Estrés laboral, en Psicología del trabajo y de las organizaciones. Diego Marín, Cap. 13, págs. 229- 49.

9. García Izquierdo, M, Sáez Navarro, M.C. y Llor Esteban, B. (2000). Burnout, satisfacción laboral y bienestar en personal sanitario de salud mental. Revista de psicología del trabajo y de las organizaciones, 16 (2), pp. 215-228.

10. Gil-Monte, P. (1996). La incidencia del ´sindrome de burnout sobre la salud: un estudio correlacional en profesionales de enfermería. Psiquis, 16(4), 37-42.

11. Gil-Monte, P., Peiró, J.M. (1997). Desgaste Psíquico en el trabajo: el síndrome de quemarse. Síntesis, S. A.

12. Gil-Monte P.R., Peiró, J. (2000). Un estudio comparativo sobre criterios normativos y diferenciales para el diagnóstico del síndrome de quemarse por el trabajo (burnout) según el MBI-HSS en España. Revista de psicología del trabajo y de las organizaciones; Vol. 16(2): 135-149.

13. Gil-Monte, P.R. (2000). Aproximaciones psicosociales y estudios diagnósticos sobre el síndrome de quemarse por el trabajo (burnout). Monográfico, Revista de Psicología del trabajo y de las organizaciones; 16(2): 101-102.

14. Golembiewsky, R.T. et al. (1986). Stress in organizations:Toward a phase model of burnout. New York: Praeger

15. Hidalgo, I., Díaz, R. B. (1994). 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 Avila. Med. Clinica (Barc); 103: 408- 12.

16. Ibáñez, N., y cols. (2004). Prevalencia del síndrome de burnout y el estado general de salud en un grupo de enfermeras de un hospital de Barcelona. Enfermería Clínica; Vol. 14 (3): 142-151.

17. Jiménez, C., Morales, J. L., Martinez, C. (2002). Estudio del síndrome de “Burnout” en cirujanos pediatras españoles. Cir Pediatria; 15 (2): 73-78.

18. López-Soriano, F., Bernal, L. (2002). Prevalencia y factores asociados con el síndrome de burnout en enfermeria de atención hospitalaria. Calidad asistencial; Vol. 17(4): 201-205.

19. Matía A.C., Cordero J., Mediavilla, J, Pereda M.J. Prevalencia del burnout y variables asociadas en los médicos de atención primaria de Burgos. Atención Primaria, 2006; 38 (1): 58-60.

20. Máximo, J., Avalos, F., Jiménez, I. (2005). Burnout en enfermería de atención hospitalaria. Enfermeria Clínica. Sep; 15(5).

21. Mc. Cranie, E.W., et al. (1987). Work stress, hardiness, and burnout among hospital staff nurses. Nursing Research; 36: 374-378.

22. Moreno, B., Peñacoba, C. (1999). El estrés asistencial en los servicios de salud, en Manual de psicología de la salud: Fundamentos, metodología y aplicaciones. Biblioteca Nueva, S. L. Madrid (1999). Cap. 24: 739-759.

23. O.M.S. (2000). The World Health Report 2000. Health systems: Improving performance. Web: .

24. Rodríguez, F. J., Blanco, MA., Pérez, SI., Romero, L., Gayoso, P. (2005). Relación de la calidad de vida profesional y el burnout en médicos de atención primaria. Atención primaria. Nov; 36(8): 442-447.

25. Sebastián, O. (2002). Los riesgos psicosociales y su prevención: mobbing, estrés y otros problemas. Ponencia presentada en la Jornada Técnica de Actualización de “Los riesgos psicosociales y su prevención: mobbing, estrés y otros problemas”. Madrid, 10 de diciembre de 2002.

26. Seisdedos, N. (1997). MBI. Inventario “burnout” de Maslach: manual. Madrid: TEA.

27. Solano, M. C., Hernández, P., Vizcaya, M.F., Reig, A. (2002). Síndrome de Burnout en profesionales de enfermería de

cuidados críticos. Enfermería Intensiva; Vol. 13 (1): 9-16.

28. Sos, P., Sobreques, J., Segura, J., Manzano, E.,... y cols. (2002). Desgaste profesional en los médicos de Atención primaria de Barcelona. Medifam; 12: 513-519.

29. Toppinen-Tanner, S., Ojajärvi, A., Väänänen, A. Et al. (2005). Burnout as a predictor of medically certified sick-leave absences and their diagnosed causes. Behavioral medicine, 31(1): 18-27. Usha Rout (2002). Estrés laboral en profesionales de la salud, en Empleo, estrés y salud de Buendía J. Y Ramos (2002). Madrid: Pirámide. Cap. 5: 93-108.

30. Usha Rout (2002). Estrés laboral en profesionales de la salud, en Empleo, estrés y salud de Buendía J. Y Ramos (2002). Madrid: Pirámide. Cap. 5: 93-108.