



**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO
INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA SALUD DE HIDALGO
ÁREA ACADÉMICA DE MEDICINA**

**SECRETARÍA DE SALUD DE HIDALGO
HOSPITAL GENERAL DE PACHUCA**

TEMA

**“PREVALENCIA DEL SÍNDROME DE BURNOUT EN EL PERSONAL
MÉDICO DE BASE ADSCRITO AL HOSPITAL GENERAL DE PACHUCA”**

**QUE PRESENTA LA MÉDICO CIRUJANO
NADIA MARLENE FRANCO LIRA**

PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA INTEGRADA

**DR. LEOPOLDO NORBERTO OLIVER VEGA
ESPECIALISTA EN CIRUGÍA GENERAL
TITULAR DE LA ESPECIALIDAD EN MEDICINA INTEGRADA**

**LIC. SANDRA LORENA ROSAS MENESES
MAESTRA EN PSICOLOGÍA
ASESOR METODOLÓGICO**

**PERÍODO DE LA ESPECIALIDAD
2009-2011**

POR LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO

**DR. JOSÉ MARÍA BUSTO VILLARREAL
DIRECTOR DEL INSTITUTO DE CIENCIAS
DE LA SALUD DE LA U.A.E.H.**

**DR. LUIS CARLOS ROMERO QUEZADA
JEFE DEL ÁREA ACADÉMICA DE MEDICINA I.C.Sa.**

**DR. ALEJANDRO GÓMEZ VERA
COORDINADOR DE ESPECIALIDADES MÉDICAS**

**DRA. LOURDES CRISTINA CARRILLO ALARCÓN
CATEDRÁTICA TITULAR DE METODOLOGÍA
DE LA INVESTIGACIÓN**

**POR EL HOSPITAL GENERAL DE PACHUCA DE A SECRETARIA
DE SALUD DE HIDALGO**

**DR. FRANCISCO JAVIER CHONG BARREIRO
DIRECTOR DEL HOSPITAL GENERAL DE PACHUCA
DE LA SECRETARÍA DE SALUD DE HIDALGO**

**DRA. MICAELA MARICELA SOTO RÍOS
SUBDIRECTORA DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN
DEL HOSPITAL GENERAL DE LA SECRETARÍA DE
SALUD DE HIDALGO**

**DR. LEOPOLDO NORBERTO OLIVER VEGA
ESPECIALISTA EN CIRUGÍA GENERAL
TITULAR DE LA ESPECIALIDAD EN MEDICINA
INTEGRADA**

**LIC. SANDRA LORENA ROSAS MENESES.
MAESTRAA EN PSICOLOGÍA
ASESOR METODOLÓGICO**

INDICE

ANTECEDENTES Y MARCO TEORICO.....	02
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	15
OBJETIVOS.....	16
GLOSARIO.....	17
METODOLOGIA.....	18
HALLAZGOS.....	19
DISCUSIÓN.....	26
CONCLUSIONES.....	29
ANEXOS.....	30
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	32

I.- ANTECEDENTES Y MARCO TEORICO

El síndrome de Burnout se refiere al tipo de stress ocupacional e institucional ocurrido en profesionales que mantienen relaciones directas y constantes con personas, particularmente quienes practican el cuidado de la salud y tienen excesivas expectativas y dedicación a sus trabajos. ¹

Históricamente el trabajo representa una fuente que genera los medios materiales para la reproducción social y por otra parte, es una actividad que permite el desarrollo de las capacidades y potencialidades de los individuos; sin embargo dicha actividad también es un medio que genera insatisfacción, desmotivación, bajo rendimiento laboral y se convierte en fuente importante de diversos trastornos.¹

La Organización Internacional del Trabajo (OTI) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) manifestaron en 1994 que los factores psicosociales relacionados con el trabajo contribuyen a una serie de daños para la salud, de carácter psicológico, comportamental o somático y condiciones de trabajo estresantes; por otra parte plantea que el trabajo integra factores psicosociales positivos, propicios para la conservación e incluso el mejoramiento de la salud y que el enfoque más común para tratar las relaciones entre medio ambiente psicológico y salud de los trabajadores ha sido la aplicación del concepto de estrés.²

En 1991 Burke y Richardsen refieren la afección en más de 25 campos profesionales.³ Para el año 2000 la OMS, calificó el síndrome de Burnout como: "Riesgo Laboral", con lo cual adquiere trascendencia por el impacto que representa para la relación laboral entre el personal médico y/o paramédico y las instituciones. Tal patología se presenta como desbalance prolongado (más de 6 meses) entre demandas y recursos de afrontamiento. ²

El concepto de estrés se remonta a 1930 cuando un joven austriaco de 20 años de edad, Hans Selye estudiante de la carrera de medicina, observó que a todos los enfermos a quienes estudiaba, indistintamente de la enfermedad propia, presentaban síntomas comunes y generales como: cansancio, pérdida del apetito, baja de peso, astenia, etc. H. Selye lo llamo "síndrome de estar enfermo". Hace más de medio siglo definió el estrés ante la OMS como: "la respuesta no específica del organismo a cualquier demanda del exterior".⁵ En la década de los 80's la psicóloga Cristina Maslach de la Universidad de Berkeley California de los EUA retoma el término utilizado por Freudenberg para definir el síndrome de *Burnout* y en colaboración con el psicólogo Michel P. Leiter de la Universidad de Acadia Nova Escocia, Canadá, desarrolla un instrumento para su diagnóstico denominado cuestionario de Maslach.⁶

El Maslach Burnout Inventory (MBI) es el instrumento mas ampliamente estudiado y utilizado para evaluar el síndrome de Burnout en profesionales de servicios el cual considera 3 dimensiones

1. Cansancio Emocional: Sentimientos de agotamiento debidos a las relaciones interpersonales.
2. Despersonalización: Respuesta insensible del personal hacia los usuarios del servicio que presta.
3. Realización Personal: Sentimientos de competencia y logro de éxitos en el trabajo.⁶

De éstos al marcar puntuación alta en cansancio emocional y despersonalización se clasificará como *Burnout*.⁷

La dificultad para su diagnóstico es que no existe una definición aceptada universalmente, pero la gran mayoría de investigadores coincide en que se trata de un estrés laboral crónico. Este fue descrito por primera vez en 1974 por Hebert Freudenberger psiquiatra de la clínica libre en Nueva York para toxicómanos,

quien la describió como “la sensación de fracaso y una existencia agotada o gastada que resultaba de una sobrecarga por exigencias de energías recursos personales o fuerza espiritual del trabajador”.⁸ Actualmente la definición operacional más conocida es la propuesta por Maslach y Jackson en 1986, quienes la definieron como un “síndrome de agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal que puede ocurrir en individuos que trabajan con personas”. Esto es que el *Síndrome de Burnout* constituye una entidad multidimensional, constituida por los tres aspectos mencionados.^{9, 10, 11}

Maslach Burnout Inventory (MBI) mide el desgaste profesional. Se complementa en 10-15 minutos y mide los 3 aspectos del síndrome: Cansancio emocional, despersonalización y realización personal. Es el cuestionario más utilizado y esta escala tiene una alta consistencia interna y una fiabilidad cercana al 0,9. Se trata de un cuestionario auto administrado, constituido por 22 preguntas en forma de afirmaciones, sobre los sentimientos y actitudes del profesional en su trabajo y hacia los pacientes.

Existen tres subescalas bien definidas, que se describen a continuación:

1. **Subescala de agotamiento emocional.** Consta de 9 preguntas. Valora la vivencia de estar exhausto emocionalmente por las demandas del trabajo. Puntuación máxima 54.
2. **Subescala de despersonalización.** Esta formada por 5 preguntas. Valora el grado en que cada uno reconoce actitudes de frialdad y distanciamiento. Puntuación máxima 30.
3. **Subescala de realización personal.** Se compone de 8 preguntas. Evalúa los sentimientos de auto eficacia y realización personal en el trabajo. Puntuación máxima 48.¹¹

Gil Monte y Peiró en 1997 definen el agotamiento emocional como cansancio y fatiga que puede manifestarse tanto física como psíquicamente o como una combinación de ambas; es decir la sensación de poder dar lo mismo a los demás.

La despersonalización la describen como el desarrollo de sentimientos, actitudes y respuestas negativas, distantes y frías hacia otras personas, específicamente a los beneficiarios del propio trabajo, se acompaña habitualmente de un incremento en la irritabilidad y una pérdida de motivación al trabajo. El sentimiento de bajo logro personal para estos autores, surgiría cuando se verifica que las demandas que se le hacen exceden su capacidad para entenderlas en forma competente.^{12, 13}

Existen aproximaciones teóricas para explicar este síndrome de quemarse por el trabajo y pueden ser clasificados en 3 grupos. El primero incluye modelos desarrollados en el marco de la **teoría socio cognitiva del yo** y se caracterizan por otorgar a las variables del SELF (autoconfianza, auto concepto, autoeficacia, etc.) un papel central para explicar el desarrollo de dicho síndrome.¹⁴

Las profesiones que otorgan servicios de ayuda con trabajadores que inician sumamente motivados y con un sentido de altruismo alto, los cuales al enfrentarse a factores de ayuda (buena capacitación profesional, disponibilidad, disposición de recursos etc.) aumentarán la eficacia del individuo así como sus expectativas y de barrera (disfunción del rol, ausencia o escases de recursos, sobrecarga laboral, conflictos interpersonales, etc.) que dificultan el alcance de objetivos, disminuye la autoeficacia y con el tiempo desarrollan el síndrome.¹⁴

El segundo grupo representado por las **teorías del intercambio social**, por lo que estos modelos consideran que la etiología, recae en las percepciones de falta de equidad o de ganancia que desarrollan los individuos como resultado del proceso de comparación social cuando establecen relaciones interpersonales.¹⁴

El tercer grupo hace referencia a la **teoría organizacional**, estos modelos incluyen como antecedente del síndrome, las disfunciones del rol, la falta de salud organizacional, la estructura, la cultura y el clima organizacional. Son modelos que se caracteriza por que enfatizan la importancia de los estresores del contexto de la organización y de las estrategias de afrontamiento empleadas ante la experiencia

de quemarse. Los antecedentes del síndrome varían dependiendo del tipo de estructura organizacional y de la institucionalización del apoyo social. En las burocracias mecánicas, el síndrome de quemarse por el trabajo es causado por el agotamiento emocional diario, consecuencia de la rutina por la monotonía y por la falta de control derivada de la estructura. Pero en las burocracias profesionalizadas (centros de salud, hospitales) el síndrome esta causado por la relativa laxitud de la estructura organizacional que conlleva una confrontación continua con los demás miembros de la organización, y que origina disfunciones en el rol y conflictos interpersonales. ¹⁴

El *síndrome de Burnout*, como objeto tridimensional permite clasificar como sujetos quemados a quienes pueden tener características diferentes por puntuaciones distintas en las dimensiones. A su vez evaluarlo de forma unidimensional, supone perder la perspectiva del síndrome. Se han identificado algunos factores sociodemograficos de riesgo para el desarrollo de la patología, entre los cuales se encuentran personas jóvenes, género femenino, solteros o sin pareja estable, estado civil, numero de hijos, rasgos de personalidad tales como personas idealistas, optimistas, con expectativas altruistas elevadas, deseo de prestigio y mayores ingresos económicos y por supuesto la sobrecarga de trabajo.

15

Además entre los profesionales sanitarios, en especial personal médico y de enfermería, se han hallado diferencias en la intensidad del síndrome entre las distintas profesiones y en el seno de una misma profesión hay variabilidad según contextos sociales, culturales, económicos y políticos, a pesar de ello también existen repercusiones en otros grupos como fisioterapeutas, psicólogos y trabajadores sociales, que forman parte de la atención integral al usuario. Algunos autores han observado que la sociedad occidental, generadora de competitividad y materialismos, predispone a experimentar *Burnout*. ¹⁶ Dentro de las variables socio demográficas, como las mencionadas anteriormente y se valoran en diversos estudios destacan la edad y el sexo. ¹⁷

Los factores desencadenantes o estresores laborales según Gil Monte y Péiro se pueden organizar en 4 categorías:

1. Ambiente físico de trabajo y contenidos del puesto (ruido, iluminación, temperatura, higiene, toxicidad, disponibilidad de espacio, sobrecarga, turnos rotativos, entre otros).
2. Estrés por desempeño de roles, relaciones interpersonales y desarrollo de la carrera (ambigüedad y conflicto de rol, relaciones con jefes, compañeros y subordinados, falta de cohesión del grupo, desarrollo profesional).
3. Estresores relacionados con nuevas tecnologías y otros aspectos organizacionales (cambio en habilidades requeridas, ritmo de trabajo, grado de participación y autonomía, supervisión).
4. Fuentes extra organizacionales de estrés laboral: relaciones trabajo-familia.¹⁸

El Síndrome de Quemarse por el Trabajo como lo denomina Gil Monte y Péiro en el 2000 tiene efectos sobre la salud del trabajador y puede variar debido a la influencia del sexo de los trabajadores.¹⁹ Así mismo debido a los altos niveles de agotamiento emocional no es extraño que su progreso se asocie a problemas de salud que deterioran el sistema cardiovascular de los trabajadores.²⁰

Múltiples estudios se han realizado sobre esta patología que permite reflejar una diversidad de factores influyentes. En algunas profesiones como médicos y enfermeras del área hemato-oncológica en las que el prestador de servicios se expone diariamente al sufrimiento e incluso la pérdida humana, repercute experimentando emociones fuertes como sentimientos de dolor, frustración, sensación de fracaso, el deseo para evitar el deceso, entre otras, facilitando la evolución al *Burnout*.

Por otra parte la práctica de la medicina pública y privada son en sí factores de riesgo para sufrir estrés crónico y persistente por múltiples razones:

- a) La naturaleza y complejidad de la acción médica en la conservación de la salud de los pacientes.
- b) Los problemas de tiempo por sobrecarga de trabajo con disminución e incluso pérdida de posibilidad de participación en vida social y familiar, con desequilibrio entre carrera, familia y crecimiento personal.
- c) El desarrollo de una sociedad y de medios de comunicación que facilitan que el médico sea visto fluctuando entre la virtud y la ignominia, entre la competencia, la efectividad y la duda de su reputación profesional, lo que genera sensación de falta de reconocimiento y en muchas ocasiones de falta de retribución adecuada a su trabajo.²¹

Existen varios tipos de manifestaciones como signos de alarma y algunos como parte ya del cuadro clínico:

- **Negación:** la persona afectada es la última en aceptar que tiene el problema.
- **Aislamiento:** es frecuente que la persona afectada se retire de la familia sus colegas y amigos.
- **Ansiedad:** la sensación persistente que tiene el profesional de que algo malo va a suceder
- **Miedo:** una sensación poderosa de temor de acudir al trabajo.
- **Depresión:** Estado de ánimo bajo o triste.
- **Ira:** pérdida de control de impulsos, manifestado por enojo exagerado.
- **Fuga o anulación:** muestra desinterés en el trabajo, llega tarde.
- **Adicciones:** Se inicia o aumenta el empleo de sustancias prohibidas o no.
- **Aliño:** Abandono de sí mismo en el arreglo personal.
- **Pérdida de la memoria y desorganización:** Dificultad para concentrarse y aprender, de igual forma para ejecutar lo previamente establecido.
- **Trastornos del sueño:** insomnio o hipersomnias.²²

Las jornadas extenuantes provocan privación del sueño, que deteriora el rendimiento laboral, trastornos del carácter e incrementan la posibilidad de error. Los problemas fisiológicos por rotación de turnos o jornadas de trabajo prolongadas son trastornos del sueño, estrés, ansiedad, depresión y síndrome de *Burnout*. Por lo que se ha visto *síndrome de Burnout* en profesionales médicos, el cual es más frecuente entre las edades de 30 a 60 años; suele presentarse en el hombre y su prevalencia se ha descrito de forma variable a nivel mundial de un 3 hasta 60%. En el médico y en general, en el profesionista de la salud, se describen algunas características psicológicas, más o menos constantes, como son la presencia de dudas, sentido exagerado de la responsabilidad y sentimientos de culpa que facilitan las alteraciones emocionales que pueden llegar hasta depresión severa (12.8%), e incluso suicidio.²³

Se puede presentar síntomas físicos y emocionales como ansiedad, insomnio, angustia, fatiga crónica, cefalea, mialgias, problemas gastrointestinales o abuso de sustancias, entre otros; así como actividades negativas, cínicas o insensibles hacia los demás y disminución de la productividad, ausentismo e intención de abandonar el trabajo dado por un alto nivel de *Burnout*, los cuales pueden ser causa de consultas frecuentes al médico de manera aislada sin obtener resultados satisfactorios.²³

En los últimos 10 años en Estados Unidos y Canadá, se han elaborado nuevas guías para evitar jornadas de trabajo con las que se acumulen 100 a 120 horas semanales, aún frecuentes para los residentes de ambos países. En México, la Ley Federal del trabajo en su artículo 123 establece jornadas laborales de 8 horas, con la finalidad de garantizar la integridad física y mental del trabajador y mejorar su desempeño.²⁴

En una encuesta a más de 3600 médicos residentes en Estados Unidos, se observó que trabajar más de 24 horas continuas, se relacionaba con mayor riesgo de sufrir accidentes de tránsito, así como el estrés generado por extenuantes

jornadas de trabajo aumentaba la tendencia a cometer errores médicos; además de cambios fisiológicos (dominancia del sistema nervioso que regula las funciones vitales básicas, y relativamente autónomas). Se demostró que tras una guardia el 58% de los médicos mostraba deshidratación. En los ciclos del sueño se evidenció que los niveles de somnolencia diurna en los médicos residentes son miliares e incluso similares a los de pacientes con narcolepsia o apnea del sueño y que padecen privación crónica parcial del sueño. La falta de sueño produce efectos sobre la práctica de tareas muy similares a los de la intoxicación alcohólica: 24 horas continuadas de vigilia equivale a una concentración sanguínea de alcohol de 0.1%, que provoca el descenso en la capacidad de atención visual, en la velocidad de reacción y en la memoria visual y el pensamiento creativo.²⁴ Aunque los residentes no es parte del objeto de estudio demuestra parte de los factores influyentes en la patología.

En residentes de Medicina Interna en Washington, se encontró alta prevalencia (76%) de desgaste profesional y en 84% la pérdida de sueño y la fatiga influyeron en las capacidades para realizar el trabajo de forma óptima.²⁴

En cuanto al mayor Burnout observado en personal administrativo no hay estudios que lo evalúen con frecuencia, sin embargo en un estudio seleccionando de manera aleatoria una muestra de 300 trabajadores, muestra que en éste grupo existe el síndrome (18.8% cansancio emocional, 31.3% despersonalización y 18.8% realización personal).²⁵

En otro estudio realizado en la ciudad de Guadalajara en instituciones públicas donde se encontraran laborando, con un año mínimo de antigüedad los 303 médicos evaluados, siendo sexo femenino 165 (54.5%) y del sexo masculino 138 (45.5%). Aplicando escala de agotamiento emocional y cuestionario para datos demográficos y laborales, encontrando la edad media para esta patología 33.87 años, 46.2% solteros, el 48.5% casados y el resto en unión libre, divorciado o viudo, el 54.2% tenía de uno año a tres laborando para la institución, el 24% entre

cuatro a diez años laborados, el 12.5% entre 10 y 30 años de antigüedad y 9 médicos señalaron tener más de 30 años laborando; el 42.6 trabaja en el turno matutino, el 45.5% en labora turno mixto, se concluye 1.3% tiene nivel alto de agotamiento emocional laboral el cual es mínimo comparado con otros estudios utilizando MBI (40-44).²⁶

En un estudio descriptivo transversal con el objeto de analizar la prevalencia de los componentes del síndrome y los factores de riesgo socio demográficos en médicos familiares, de los cuales participaron 50 y 50 asistentes médicos, de la consulta externa en los turnos matutino y vespertino; identificó a 25 médicos (50%) con algún grado de Burnout, 13 (26%) mostraban agotamiento emocional, 8 (16%) despersonalización, 18 (36%) falta de realización personal pero el síndrome total se observó sólo en 5 (10%). Entre los asistentes médicos, 32 estaban afectados con cierto grado de Burnout, hubo 15 aquejados de cansancio emocional; 13 despersonalización y 22 sin realización personal y el síndrome completo se mostró en 4 (8%). En los factores de riesgo encontrados edad entre 41,5 y 49,5 años, sexo femenino, divorciados, antigüedad laboral entre 11 y 15 años, con más de 8 horas laborables diarias.²⁷

Como se puede apreciar gran parte de los estudios establecen como población de estudio solo una profesión. Por lo que se realizó un estudio en la Cd. de Venezuela encontrando en personal médico que un tercio padecía del síndrome, en los ejecutivos 14.3% y en el grupo de obreros 18%.²⁸

Aún cuando en otros países la prevalencia indica que el personal de salud, principalmente los médicos de atención primaria, muestran acentuado desgaste profesional, se han realizado estudios en médicos familiares adscritos a unidades de medicina familiar del IMSS para determinar así la prevalencia de desgaste profesional en el periodo junio octubre 2003 con una población total de 194 médicos en un estudio observacional transversal y analítico en 5 unidades medicas pertenecientes a la delegación del estado de México, se seleccionaron

aleatoriamente 154 médicos de uno y otro sexo, aplicando el cuestionario de Maslach y un cuestionario de diseño propio para evaluar aspectos socio demográficos y laborales, de los cuales solo 131 terminaron las hojas de evaluación. Encontrando un síndrome de Burnout alto cuando menos en un dominio o escala de evaluación (26.7% en un dominio, 11.5% en dos y 1.5% en los tres) y en los aspectos socio demográficos y laborales se encontró sexo (femenino 42%, masculino 58%), edo. Civil (solteros 13.8%, casados 68.7%, viudos 3.8%, divorciados 5.3%, unión libre 8.4%, antigüedad laboral en años (0 a 10: 24.4%, 11 a 20: 45.1%, más de 20: 30.5%). Turno de trabajo (matutino: 51.1%, vespertino: 48.9%).²⁹

En el Hospital General de Pachuca, SSA. Se tomó como muestra de estudio 246 enfermeras de base de los 6 turnos, quedando una muestra total de 124, encontrando en los datos de identificación y laborales: Edad: que predomina entre los 45 a 49 años. Estado Civil: casados (66), solteros (30), resto en menor proporción. Medios de Transporte: Auto particular 37.9%, seguido de transporte colectivo 22.6%, taxi 16.9%. Tiempo en que tardan en llegar a su trabajo: 16 a 30 min 42.7%, 5 a 15 min 22.6%, 31 a 45 min 16.9%. Formación Profesional: estudios técnicos (3 años) 52.4%, 12 meses a 2 años (auxiliar) 14.5%, curso pos técnico 12%, licenciatura (4 años) 11.3%. Función enfermeras generales 54.8%, auxiliar de enfermería 20.2%, enfermera especialista 12.9%. Año de ingreso al hospital de 1990 a 1994 (45 sujetos), 1975 a 1979 (30 sujetos), 1995 a 1999 (15 sujetos), 1980 a 1984 (14 sujetos), 1985 a 1989 (13 sujetos), 2000 a 2004 (7 sujetos). Experiencia profesional: 26 a 30 años 27.4%, 11 a 15 años 27.4%, 16 a 20 años 18.5%. Nivel de síndrome de Burnout muestra cansancio emocional nivel bajo 82.25%, despersonalización con nivel bajo 94.35%, falta de realización personal con nivel alto 42.74%.²⁹

Diversos factores demográficos pueden influir en el estudio de Burnout aunque no se ha establecido con precisión si el desgaste es una causa o consecuencia de insatisfacción social, el no tener hijos, decisiones de empleo conyugal; entre otros.

Los tipos de personalidad se pueden observar, como la obsesiva la cual es adaptativa para el médico, aunque los rasgos obsesivos no están relacionados con algún nivel de *Burnout*, por el contrario la evitación, dependencia, antisocial, y pasivo agresivo son rasgos que fueron correlacionados, mientras que la puntuación alta de cansancio emocional son la personalidad narcisista, histriónica, compulsiva y rasgos de personalidad esquizoides.³⁰

Se ha visto como en otros estudio la asociación que existe entre el Burnout, ambiente de trabajo y una variedad de variables personales dentro de una población. Por lo que entre el 2002 y el 2005 se tomó una muestra de 155 residentes en medicina familiar y psiquiatría de la Universidad de Tennessee; para evaluar su estado de salud emocional y satisfacción en el trabajo utilizando MBI, en los varones se observó una puntuación mas baja en despersonalización, los residentes de psiquiatría reportaron menos desgaste que los de medicina familiar en despersonalización y cansancio emocional. Se observo también que no existía diferencia entre el estado marital o soltería, sin embargo hay diferencia entre la edad ya que mostraron mayor despersonalización los residentes mas jóvenes.³¹

En España se llevó acabo un estudio en médicos de atención primaria aleatorizado en 285 participantes proporcionando una muestra de profesionales jóvenes, la edad media desviación estándar de los profesionales fue de 35,39 +/- 7,47 años, a pesar de que se trata de un grupo de médicos jóvenes que lleva pocos años trabajando en éste rubro un tercio de los médicos presenta puntuaciones altas de cansancio emocional (mas del 27%).³²

Diversos estudios mencionan la influencia de las variables demográficas, sin embargo la postura del personal médico ante la muerte o pacientes terminales y la actitud mostrada en pacientes pediátricos o adultos demuestran que el desgaste profesional está más relacionado con el cuidado crónico y terminal, mediante análisis univariado se observa que los médicos pediatras frente a los que trabajan

con adultos muestran niveles significativamente mayores de actitudes de evitación ante la muerte. Aquellos médicos que atendían pacientes en fase terminal mostraron niveles significativamente mayores de desgaste emocional y menores niveles de aceptación de la muerte, sin embargo los pediatras mostraron niveles altos de éste último, en comparación con los especialistas que tratan con adultos puntaron más alto en la dimensión de miedo en los cuestionarios. La ansiedad ante la toma de decisiones resulto ser el precursor principal del desgaste profesional.³³

Se puede observar que éste fenómeno, básicamente social que expresa tiempos de crisis y desorientación, tensa fuertemente los sectores laborales mas críticos como el asistencial, llevando a la claudicación personal del afectado y la disociación interpersonal. Finalmente afectando la esperanza de vida del profesional de una gran cantidad de médicos en todos los niveles; por lo que se puede afirmar que el síndrome de desgaste profesional se está convirtiendo en un problema de salud pública.³⁴

Existen ya mencionadas tantos factores influyentes, desde luego que presentan situaciones que en un momento dado laceran la conducta del individuo, exponiéndolo a éste síndrome, mas no englobamos quizá otros trastornos psicopatológicos (depresión, ansiedad, de personalidad, adaptativo...). Que manifiestan la vulnerabilidad al burnout o que forman parte de la patología del mismo. Por tanto se puede decir que prevenir el desgaste profesional significa comenzar a trabajar sobre una perspectiva más holística, biopsicosocial, de muchas especialidades sanitarias. Todo un trabajo interdisciplinario en salud mental.³⁵

De acuerdo a los estudios revisados, Gil Monte es uno de los profesionales en el área de la psicología que hoy día sigue realizando investigación sobre el síndrome de quemarse por el trabajo como se denomina en la versión en español del Burnout, revelando sus aportaciones a la comunidad científica. Por lo que dada

la magnitud que alcanza ésta patología y siguiendo sus pasos se llevará acabo el siguiente estudio.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El estudiar el síndrome de Burnout se convierte en una necesidad para delimitar los procesos de estrés laboral. Dicho síndrome es caracterizado por agotamiento emocional (sentimientos de agotamiento por el continuo trato interpersonal), despersonalización (la insensibilidad del prestador de servicios a otros usuarios o pacientes), realización personal (cuando los logros obtenidos se encuentran por debajo del objetivo trazado). Hoy día algunas organizaciones se ven preocupadas sobre la calidad de vida laboral que ofrecen a sus empleados debido a los efectos nocivos que pueden encontrarse a la hora de evaluar la atención a quien brindan el servicio. Por lo tanto la salud laboral tiene repercusiones serias sobre las organizaciones prestadoras de servicios.

Lo anterior nos lleva a pensar de qué manera instituciones como la nuestra determinan la calidad de vida laboral de sus empleados, en especial los médicos adscritos que con la experiencia y tiempo de exposición a sus labores como profesional reflejan la calidad de atención que brinda a sus pacientes. Prueba de ello es el estudio realizado en el Hospital General de Pachuca en el personal de enfermería, encontrando niveles altos de realización personal y bajo nivel en cansancio emocional y despersonalización; dando positivo a esta patología.²¹ Así mismo también se ha observado en personal administrativo en una muestra de 300 trabajadores con mayor porcentaje cansancio emocional y realización personal, ambos con 18.8%, despersonalización 31.3%.¹⁷ De esto surge la pregunta de investigación:

¿Cuál es la prevalencia del síndrome de Burnout en los médicos adscritos del Hospital General de Pachuca?

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

- Determinar la prevalencia de síndrome de Burnout en médicos adscritos del Hospital General de Pachuca

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Describir los factores sociodemográficos asociados a la presencia de Síndrome de Burnout.
- Diferenciar los grupos poblacionales y los factores de riesgo para adquirir Síndrome de Burnout.

GLOSARIO

Síndrome: Conjunto de síntomas que caracterizan una enfermedad.

Grupo de signos y síntomas que revelan la alteración de una función somática relacionados unos con otros por medio de una peculiaridad anatómica, fisiológica o bioquímica del organismo. Implica una hipótesis sobre el trastorno funcional de un órgano, un sistema orgánico o un tejido.

Síndrome de Burnout: (Síndrome de desgaste Profesional/Síndrome de Quemarse por el Trabajo) Es un padecimiento que a grandes rasgos consistiría en la presencia de una respuesta prolongada de estrés en el organismo ante los factores estresantes emocionales e interpersonales que se presentan en el trabajo, que incluye fatiga crónica, ineficacia y negación de lo ocurrido.

MBI: Maslach Burnout Inventory.

METODOLOGIA

Se realizó el estudio en el periodo julio-septiembre 2011 en el Hospital General de Pachuca donde se realizó un censo de los médicos adscritos de base con 115 de ellos de los cuales solo participaron en el estudio 68, donde el 55.9% eran masculinos y el 44.1% femeninos. Se excluyó aquellos que se encontraban de incapacidad cuando se realizó la investigación.

Una vez que se identificó la población se entregó un cuestionario personal con datos de identificación (edad, sexo, edo. civil, número de hijos) y laborales (años de experiencia profesional, año en que ingresó a la institución, turno en que labora, servicio en el que se desempeña, cargo que ocupa, tiempo de traslado aproximado al hospital para checar su entrada, tipo de transporte utilizado para llegar, además del cuestionario Maslach Burnout Inventory (MBI) por lo tanto se consideró:

Agotamiento emocional: con 9 preguntas. Valora la vivencia de estar exhausto emocionalmente por las demandas del trabajo. Despersonalización: formada con 5 preguntas, evalúa actitudes y respuestas cínicas hacia quienes prestan servicios. Realización personal: con 8 preguntas evalúa sentimientos de eficacia y realización personal en el trabajo.

Para diagnosticar el síndrome de Burnout debían tener un valor alto en cansancio emocional y despersonalización, mientras que en realización personal un valor bajo. Además se administro consentimiento informado antes de aplicar los cuestionarios.

Finalmente para el análisis de los datos se usó el programa Excel y el programa estadístico SPSS versión 14. Donde se calculó medidas de tendencia central para variable cuantitativas y proporciones para cualitativas, prevalencia del síndrome y

cálculo del mismo comparado con el genero así mismo con cansancio emocional, despersonalización y realización personal.

Hallazgos:

Tabla 1. MEDIDAS DE TENDENCIA CENTRAL

		Edad en años	Numero de hijos	Años de experiencia profesional	Año de ingreso a la institución	Tiempo de traslado aprox. para llegar a su trabajo
N	Casos	68	68	68	68	68
Media		42.24	1.87	14.5441	1999.97	3.7353
Mediana		39.00	2.00	10.5000	2002.50	15 a 20 min
Moda		38	2	8.00	2003	15 a 20 min

Tabla 2. Comparación del Nivel de Burnout con Genero

			genero		Total
			femenino	masculino	
Nivel de burnout	positivo	Casos	3	4	7
		% Nivel de Burnout	42.9%	57.1%	100.0%
		% Genero	10.0%	10.5%	10.3%
	negativo	Casos	27	34	61
		% Nivel de Burnout	44.3%	55.7%	100.0%
		% Genero	90.0%	89.5%	89.7%
Total	Casos	30	38	68	
	% Nivel de Burnout	44.1%	55.9%	100.0%	
	% Genero	100.0%	100.0%	100.0%	

Tabla 3. Comparación de Nivel de Cansancio Emocional con Genero

			genero		Total
			femenino	masculino	
Nivel de cansancio emocional	Nivel bajo	Casos	25	29	54
		%Nivel de cansancio emocional	46.3%	53.7%	100.0%
		%Genero	83.3%	76.3%	79.4%
	Nivel medio	Casos	1	2	3
		%Nivel de cansancio emocional	33.3%	66.7%	100.0%
		%Genero	3.3%	5.3%	4.4%
	Nivel alto	Casos	4	7	11
		%Nivel de cansancio emocional	36.4%	63.6%	100.0%
		%Genero	13.3%	18.4%	16.2%
Total	Casos	30	38	68	
	%Nivel de cansancio emocional	44.1%	55.9%	100.0%	
	%Genero	100.0%	100.0%	100.0%	

Tabla 4. Comparación del Nivel de despersonalización con Genero

			genero		Total
			femenino	masculino	
Nivel de despersonalización	Nivel bajo	Casos	25	34	59
		%Nivel de despersonalización	42.4%	57.6%	100.0%
		%Genero	83.3%	89.5%	86.8%
	Nivel medio	Casos	2	1	3
		%Nivel de despersonalización	66.7%	33.3%	100.0%
		%Genero	6.7%	2.6%	4.4%
	Nivel alto	Casos	3	3	6
		%Nivel de despersonalización	50.0%	50.0%	100.0%
		%Genero	10.0%	7.9%	8.8%
Total	Casos	30	38	68	
	%Nivel de despersonalización	44.1%	55.9%	100.0%	
	%Genero	100.0%	100.0%	100.0%	

Tabla 5. Comparación del Nivel de Realización Personal con Genero

			genero		Total
			femenino	masculino	
Nivel de realización personal	Nivel bajo	Casos	19	25	44
		%Nivel de realización personal	43.2%	56.8%	100.0%
		%Genero	63.3%	65.8%	64.7%
	Nivel medio	Casos	6	4	10
		%Nivel de realización personal	60.0%	40.0%	100.0%
		%Genero	20.0%	10.5%	14.7%
	Nivel alto	Casos	5	9	14
		%Nivel de realización personal	35.7%	64.3%	100.0%
		%Genero	16.7%	23.7%	20.6%
Total	Casos	30	38	68	
	%Nivel de realización personal	44.1%	55.9%	100.0%	
	%Genero	100.0%	100.0%	100.0%	

Gráfico 1. DIFERENCIA DE GÉNEROS

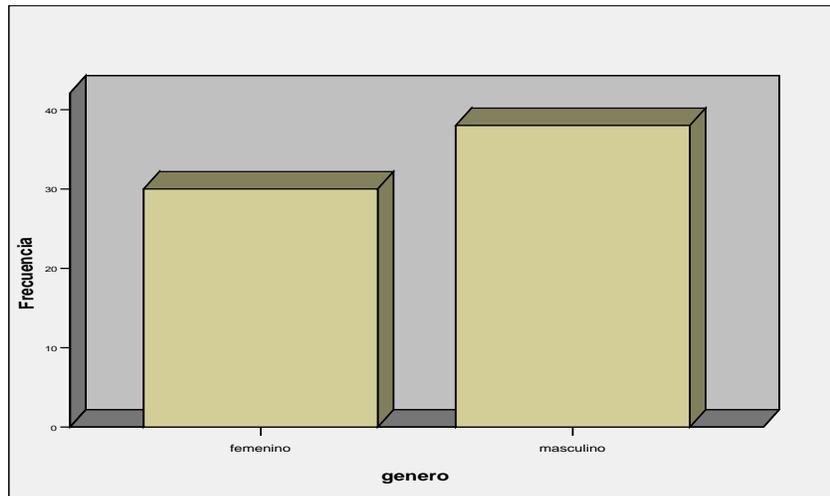


Gráfico 1, Presencia del Síndrome Burnout en relación al genero.

Gráfico 2. RELACIÓN DE MÉDICOS SEGÚN SU ESTADO CIVIL

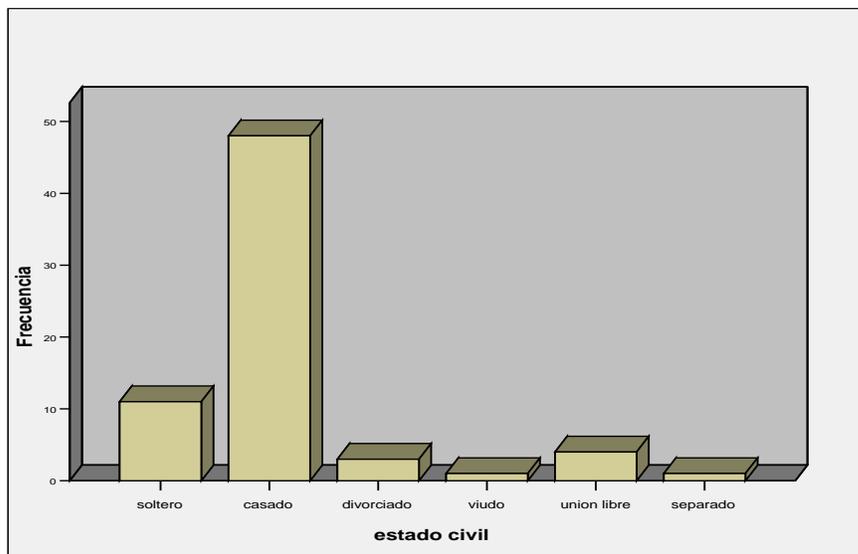


Gráfico 2, Relación del Síndrome de Burnout con el estado civil de las personas encuestadas

Gráfico 3. MÉDICOS EN RELACIÓN A LOS TURNOS

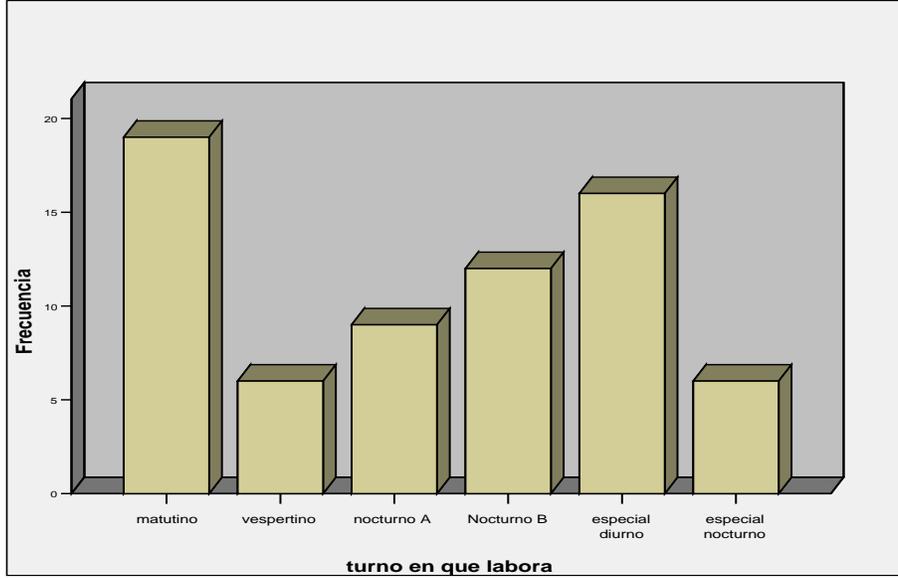


Gráfico 3, relación entre el síndrome de Burnout y el turno que se labora dentro del hospital

Gráfico 4. SERVICIO DONDE LABORA

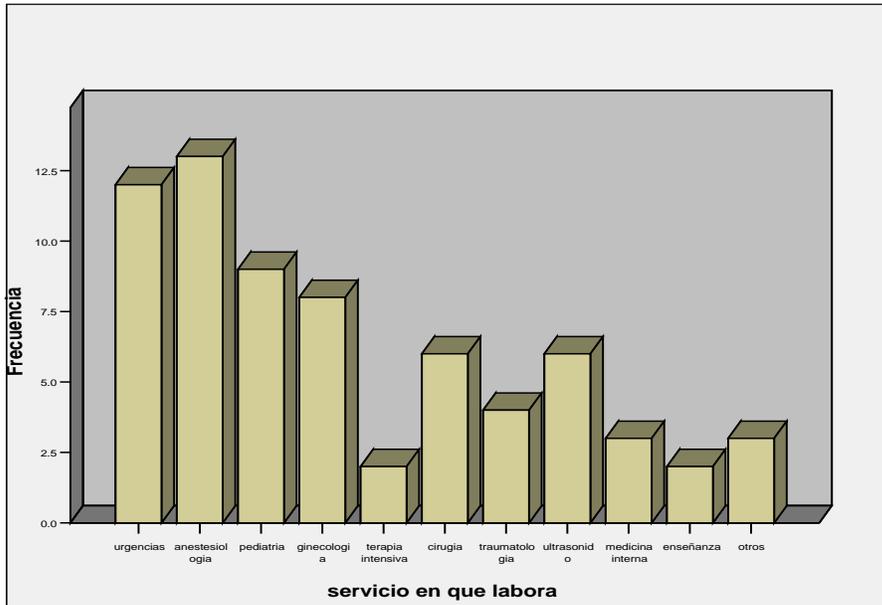
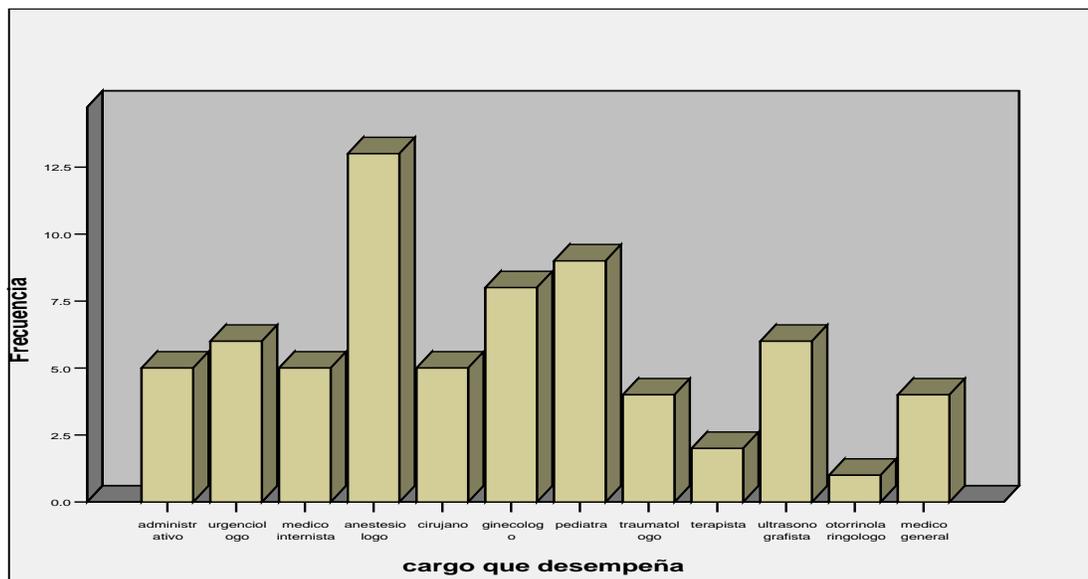


Gráfico 4, Relación entre el riesgo a presentar el síndrome de Burnout y el servicio médico en el que se labora.

Gráfico 5. ESPECIALIDAD O CARGO MEDICO



Gráfica 5, Relación de presentar síndrome burnout con respecto a la especialidad o cargo que se desempeña en el hospital.

De la población estudiada 30 son femeninas y 38 masculinos. La edad promedio de las personas encuestadas fue de 42.24 años, mientras que el número de hijos fue de 1.87, en cuanto a los años de experiencia el promedio fue de 14.54 años (tabla 1).

En cuestiones de género el resultado mostro que el 10.3% de los encuestado resulto positivo para el síndrome de Burnout; de los cuales el 44.3 % (27) fueron de sexo femenino y el 55.7% (34) del sexo masculino (tabla 2).

El cansancio emocional por género también fue otro variable que se evaluó en este estudio arrojando los siguientes datos. De las personas encuestadas 11 (16.2 %) resultaron con nivel alto de cansancio emocional, 3 (4.4 %) con nivel medio y el resto 54 (79.4 %) con nivel bajo. En cuanto al género los hombres presentaron

una mayor tendencia a niveles altos de cansancio ya que 7 (18.4 %) lo presentaron, mientras que de la población femenina 4 (13.3 %) lo presentaban (tabla 3). Los niveles de despersonalización mostraron que el 10 % que mostraron niveles alto son de genero femenino mientras que el 7.9 % eran masculino (tabla 4). La tendencia a presentar tanto cansancio emocional como despersonalización es baja ya que el 79.4 % y el 86.8 % respectivamente mostraron niveles bajos.

En cuanto a la realización personal el genero masculino presento un 23.7 % de niveles altos mientras que un 16.7 % para las féminas, el 64.7 de las personas encuestadas presentaron niveles bajos de realización personal (63.3% femenino, 65.8% masculino) tabla 5.

En el gráfico 1 se muestra la frecuencia del síndrome de Burnout, como ha sido descrito anteriormente tiene una mayor frecuencia entre las personas de género masculino (gráfico 1). El estado civil fue otra de las variables que se midieron para ver la frecuencia del síndrome de burnout en las personas encuestadas dentro del Hospital, la gráfica 2 muestra que la mayoría de las personas encuestadas son de estado civil casado. El turno que desempeñan los trabajadores tuvo una mayor frecuencia el matutino y el especial diurno (gráfico 3). En cuestión del servicio médico no se tiene un dato relevante debido a que no se tuvo una n homogénea en cuanto a los servicios, mostrando los resultados que anestesiología y urgencias son los mas laborados. De igual manera el cargo que desempeña no arroja datos relevantes para la investigación. (gráfica 4 y 5).

Discusión

Los resultados obtenidos en esta investigación nos indica que la prevalencia de presentar el síndrome de Burnout son bajas (10.3%) con respecto a investigaciones que se han realizado en diversas partes del mundo alcanzando hasta el 60% como ya se ha descrito.

Como ya se mencionó el diagnóstico de síndrome de Burnout está dado por niveles altos de cansancio emocional que en este caso se obtuvo 16.2%, además de este factor también se incluye para diagnosticar este síndrome el nivel alto de despersonalización el cual obtuvo un porcentaje del 8.8. Lo cual demuestra que sigue en el orden mencionado de aparición para desarrollar el síndrome. En cambio en el estudio realizado en el personal de enfermería de este hospital podemos inferir que el porcentaje es bajo para el síndrome ya que muestra no porcentajes elevados y presentan niveles bajos en cansancio emocional y despersonalización.²⁹

Entre los factores socio-demográficos para desarrollar este síndrome; se evaluó: el estado civil que arrojó datos importantes en cuanto a los trabajadores casados que presentaron una mayor frecuencia de este síndrome, en relación con investigaciones anteriores donde se describen estados civiles solteros los que predominan en este problema, la edad es otro de los factores que pueden orillar a desencadenar este síndrome en nuestro estudio la edad promedio para presentar este síndrome fue de 38 años, mientras que en estudios anteriores describen este factor como en dos picos de edades uno en edades tempranas es decir entre los 28 y 32 años en nuestro estudio este dato no fue corroborado, a lo que nosotros podemos concluir que la edad no es una variable que directamente origine este síndrome debido a que nosotros lo encontramos en edades posteriores;

Respecto a la variable de hijos el promedio para esta fue de 2 por persona encuestada esta a diferencia de los otros valores si arrojó información similar a la

encontrada en otras investigaciones en las cuales indican que las personas con hijos tienen mayor posibilidad de padecer este síndrome debido al desgaste y cansancio emocional que se tiene tanto en el hogar como en el trabajo, en nuestro estudio el género más afectado por este síndrome fue el masculino esto es directamente proporcional a la población de estudio ya que no se conto con una población homogénea, es decir el mismo número de hombres que de mujeres, es por ello que este factor puede no ser específico en este estudio aunque si arroja datos importantes en cuanto a la proporción de casos en el género masculino, esto al que no coinciden con otros estudios donde el riesgo es mayor en personas solteras o sin pareja, del sexo femenino y jóvenes.¹⁵

Esto quizá difiere según la población evaluada, ya que nuestra entidad federativa muestra patrones culturales que aún predominan sobre la responsabilidad del patriarca, que denotan un estrés laboral extra organizacional.¹⁸

La frecuencia obtenida de participantes por servicio en el que labora presento mayor puntaje anestesiológica con 13 de los cuales solo 2 presentaron dicha enfermedad, seguido del servicio de urgencias, esto no es un determinante específico para este estudio ya que al igual que el sexo no hubo un número igual entre las diversas profesiones, lo que si nos arroja es que dentro de nuestro estudio, la mayor frecuencia se presento en este servicio dentro del hospital.

Se obtuvo 3 médicos del género femenino y 4 del género masculino con Síndrome de Burnout. Lo cual nos dice que esta enfermedad tiene una mayor frecuencia en los hombres, este dato no es comparable directamente a los demás estudios ya que en algunos de ellos solo fue elegido para el estudio el género femenino, propuestas para esta variable puede ser elegir el mismo número de personas del mismo género.

Las limitaciones son las propias de un estudio evaluado por encuestas, ya que en especial el personal de salud tiende a ocultar la verdad y por su estereotipo de

“médico” lo que dificulta el análisis; de igual forma el tamaño de la muestra no fue homogéneo en el estudio, lo que nos llevaría a realizar un estudio directamente para determinar cuál es el servicio que presenta mayor frecuencia.⁸

Conclusiones:

Se puede concluir que el nivel de Burnout es bajo en la población de médicos adscritos evaluados, sin embargo un punto clave para desarrollar este síndrome es el cansancio emocional por lo consiguiente es importante hacer énfasis en los datos arrojados por esta investigación para que se tenga una vigilancia entre el personal médico y así evitar este problema.

Lo observado en los diversos factores medidos en esta investigación nos dicen que existe una mayor frecuencia en cuanto a los médicos que tienen responsabilidad como cónyuge o padres de familia, los cuales mostraron que estos son un factor que predisponen a estrés además de la carga laboral, la ejercida en casa, sin embargo las personas sin pareja también presentan riesgos por estados depresivos, aislamiento o dificultad en las relaciones interpersonales.

Se recomienda realizar una evaluación periódica de manera sistemática con el fin de detectar el síndrome y realizar las terapias de afrontamiento pertinentes, como tratamiento del síndrome bajo la supervisión de psicología/psiquiatría. Y así prevenir el cansancio laboral y la despersonalización entre las personas que prestan algún servicio médico en el Hospital, esto ayudara a mejorar el rendimiento de las personas y la calidad de la atención para los pacientes. La disposición, del personal médico de ser evaluado y así poder identificar los distintos factores de riesgo que pueden afectar al servidor. Ya que una de las principales características de un Hospital es dar calidad en la atención a los pacientes y entre el mismo personal que labora dentro de la institución.

ANEXOS

Hoja 1

CUESTIONARIO PERSONAL “SINDROME DE BURNOUT”

Datos de identificación

Edad: _____

Sexo:

- a) Femenino
- b) Masculino

Estado civil:

- 1) Soltero (a) 2) Casado (a) 3) Divorciado (a) 4) Viudo (a) 5) Unión Libre
- 5) Separado (a)

Datos Laborales

Anote los años de experiencia profesional _____

Anote el año en que ingreso a ésta institución _____

Seleccione el turno en que labora:

- a) Matutino b) Vespertino c) Nocturno A d) Nocturno B e) Especial Diurno
- f) Especial Nocturno

Anote el servicio en el que se desempeña _____

Marque con una "X" el numero que corresponda a la frecuencia en que se presentan estos sentimientos u opiniones

Nunca 0	Algunas veces 1	Una vez al mes 2	Algunas veces al mes 3	Una vez a la semana 4	Algunas veces a la semana 5	Todos los días 6
------------	--------------------	---------------------	---------------------------	--------------------------	--------------------------------	---------------------

Sección A						
1. Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo.....	0	1	2	3	4	5 6
2. Me siento cansado al final de la jornada de trabajo.....	0	1	2	3	4	5 6
3. Me siento fatigado cuando me levanto por la mañana y tengo que ir a trabajar.....	0	1	2	3	4	5 6
4. Trabajar todo el día con mucha gente es un esfuerzo, es tensionante.....	0	1	2	3	4	5 6
5. Me siento quemado (desgastado), cansado por mi trabajo.....	0	1	2	3	4	5 6
6. Me siento frustrado o aburrido de mi trabajo.....	0	1	2	3	4	5 6
7. Creo que estoy trabajando demasiado.....	0	1	2	3	4	5 6
8. Trabajar directamente con personas me produce estrés.....	0	1	2	3	4	5 6
9. Me siento acabado como si no pudiera dar más.....	0	1	2	3	4	5 6
Sección B						
1. Creo que trato a los pacientes de una manera impersonal, apática.....	0	1	2	3	4	5 6
2. Me he vuelto más insensible con la gente desde que ejerzo ésta profesión.....	0	1	2	3	4	5 6
3. Me preocupa el hecho de que éste trabajo me endurezca emocionalmente.....	0	1	2	3	4	5 6
4. Siento que me preocupa poco lo que le ocurre a mis pacientes.....	0	1	2	3	4	5 6
5. Yo siento que las otras personas que trabajan conmigo me acusan por alguno de sus problemas.....	0	1	2	3	4	5 6
Sección C						
1. Comprendo fácilmente como se sienten los demás.....	0	1	2	3	4	5 6
2. Trato muy eficazmente los problemas de los pacientes.....	0	1	2	3	4	5 6
3. Creo que influyo positivamente con mi trabajo en la vida de las personas.....	0	1	2	3	4	5 6
4. Me siento muy activo.....	0	1	2	3	4	5 6
5. Puedo crear fácilmente una atmosfera relajada con mis pacientes.....	0	1	2	3	4	5 6
6. Me siento estimulado después de trabajar con mis pacientes.....	0	1	2	3	4	5 6
7. He conseguido muchas cosas útiles en mi profesión.....	0	1	2	3	4	5 6
8. En mi trabajo trato los problemas emocionales con mucha calma.....	0	1	2	3	4	5 6

Referencias bibliográficas

1. Dickinson-Bannack ME, y Cols. Burnout Syndrome Among Mexican Primary Care Physicians Arch. Med Fam 2007;9 (2):75-79
2. Organización Internacional del Trabajo Factores Psicosociales en el Trabajo: Naturaleza, incidencia y Prevención. Ginebra: Organización Internacional del trabajo.1994
3. Bununk, B.P., y Schaufeli Burnout: A Perspective from Service comparison Theory. Rev. Psychol. 1993; 30 (3): 397-422.
4. Garduño Juárez M. Prevalencia del Síndrome de Burnout en residentes y Médicos de base de Anestesiología del Hospital general de México. 2008; 31 (1):259-262.
5. Seyle H. E.The Stress of Life.2ªEdiciónBarcelona: MacGraw-Gill.1976. 86
6. Maslach; C.Jackson, S. E. The Measurement of experienced Burnout. Journal of Occupational Behaviour. 1981; 10 (2): 99-113.
7. Mccray L, Cronholm P. Resident Physician Burnout: Is there Hope?. Fam Med 2008; 40 (9): 626-32.
8. Freudenberger H. Staff Burnout. The Journal of Social Issues. 1974; 30 (1):159-166.
9. Gomero Cuadra R., y Cols. El Síndrome de Burnout en Personal Sanitario de los Hospitales de la Empresa Minera de Southern Perú. Cooper Corporation: Estudiopiloto. Rev Med Hered. 2005; 16 (4) : 233-238.
- 10.Raggio B., MalacarneP.Burnout in Intensive Care Unit.Minerva Anestesiol 2007;73 (4):195-200.
- 11.Maslach, C. y Jackzon, S.E. Maslach Burnout Inventory (2ª Ed.; 1ª Ed.de 1981)1986. Palo Alto, California Consulting Psychologists Press.
- 12.QuaasC. Diagnostico de Burnout y Técnicas de Afrontamiento al estrés en Profesores universitarios de la Quinta Región de Chile. Psicoperspectivas Rev. Esc Fil Edu 2006; 5 (1):65-75
- 13.Gil Monte P.R. y Peiró J. M. (1997) Desgaste Psíquico en el Trabajo: El Síndrome de Quemarse por el trabajo. Madrid, España; Ed. Síntesis, S. A.

14. Gil Monte P.R., El Síndrome de Quemarse por el Trabajo (Síndrome de Burnout): Aproximaciones Teóricas para su explicación y recomendaciones para la Intervención. [Monografía de Internet]. Rev.Psicología (citado 2001 julio 25). Avalado: <http://www.psicologia.cientifica.com>
15. Moreno Jimenez B et al. Nuevos Planteamientos en la Evaluación del Burnout.La evaluación Específica del desgaste profesional Médico. Aten Prim 2006;38(10):544-900
16. Grau A, Flichtentrei D, Suñer R, Influencia de Factores Personales, Profesionales y Transnacionales en el Síndrome de Burnout en Personal Sanitario Hispanoamericano y Español .Rev. Esp. Salud Pub.2009; 83:215-230
17. Pavlakis A., Raftopoulos V, Theodorou M., Burnout Syndrome in Cypriot physiotherapists: a national survey. BMC Health Services Research .2010;10:63
18. Gil Monte P. R., Peiró J. M. y Valcárcel P. A Model of Burnout Process Development and Alternative from Appraisal Models of Stress.Comportamento Organizacional egestao 1998; 2 (2): 211-220.
19. Gil Monte P. R., Peiró J. M. Un Estudio Comparativo Sobre criterios Normativos y Diferenciales para el Diagnostico del Síndrome de Quemarse por el Trabajo (Burnout) Según el MBI-HSS en España. Rev. Psicolog. Del Trab. Y de las Organiz. 2000; 16: 135-149.
20. Gil Monte P. R. y Cools.Relación entre el Síndrome de Quemarse por el Trabajo (Burnout) y Síntomas Cardiovasculares: Un Estudio en Tecnicos de Prevención de Riesgos laborales. Rev. Interamericana de Psicolg. 2006; 40(2): 227-232.
21. Bressi C, Manenti S, Porcellana M y Cols.Hemato-Oncology and Burnout: an ItalyanSurvey.Britis Journal of Cancer 2008;98 (6): 1045-1058.
22. Gutierrez G, Moreno S, Farías F, y Cols. Síndrome de Burnout. ArchNeurocienMex 2006; 11 (4): 305-309.
23. Poncet Ma.C, ToullicP,PapazianL,y cols. Burnout Syndrome in Critical Care Nursing Staff. Am J Respire CritCareMed 2007;175:698-704

24. López- Morales A., Gonzalez -Velazquez F., Morales-Guzman M.I., Síndrome Burnout en Residentes con jornadas laborales Prolongadas. Rev. Med. Inst. Mex. Seg. Soc. 2007; 45 (3): 233-242.
25. Pera G, Serra-Prat M. Prevalencia del Síndrome del Quemado y Estudio de los Factores Asociados en los Trabajadores de un Hospital Comarcal. GacSanit 2002; 16 (6) : 480-6.
26. Preciado Serrano M. Vazquez Goñi JM y Cols. Validez Factorial de la escala de agotamiento emocional laboral, para médicos de instituciones públicas en Guadalajara México. Investigación en Salud. 2007; 9 (1): 41-47.
27. Rodríguez Y., Rodríguez D., Rueda Y., Ruíz Y., y Cols. Síndrome de desgaste profesional en Médicos Residentes, Ejecutivos y Obreros de una Empresa Manufacturera. IFORMED. 2007; 9 (2): 81-90.
28. López L.E., Rodríguez-Moctezuma J.R., López-Carmona J.M., Desgaste Profesional en Médicos Familiares y su Asociación con Factores Socio-demográficos y Laborales. Rev. Med. Inst. Mex. Seg. Soc. 2007; 45 (1): 13-19.
29. Rojas S.L. Síndrome de Desgaste Profesional (Burnout) en Personal de Enfermería del Hospital General de Pachuca [Maestría en Psicología del Trabajo]. Hidalgo 2007.
30. Niku K. Resident Burnout. JAMA 2004; 292 (23): 2880-2889.
31. Woodside JL, et. Al. Observations on Burnout in Family Medicine and Psychiatric Residents. Academic Psychiatry 2008; 32 (1): 13-19.
32. Ruiz López D, Sanchez Salvador J, y cols. Desgaste Profesional en los Médicos de Familia Españoles. Aten Prim 2005; 35 (2): 106-109
33. Moreno B., Rodríguez R. y Cols. Terminal Versus non-terminal care in physician Burnout: The role of decision-making processes and attitudes to death. Salud Mental 2008; 31(2): 93-101.
34. Cebrià-Andreu J. Comentario: El Síndrome de Desgaste Profesional como Problema de Salud Pública. GacSanit 2005;(19) 6:463-70.

35. J.L. Tizón. ¿Profesionales <<Quemados>> Profesionales <<desengañados>>, o Profesionales con Trastornos Psicopatológicos? Aten. Primaria 2004;33(6):326-