



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

**FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
PETROLEOS MEXICANOS
HOSPITAL CENTRAL SUR DE ALTA ESPECIALIDAD
SERVICIO DE MEDICINA DEL TRABAJO**

**PREVALENCIA DEL SÍNDROME DE BURNOUT EN
MÉDICOS DEL HOSPITAL CENTRAL SUR DE ALTA
ESPECIALIDAD**

TESIS DE POSGRADO

**PARA OBTENER EL TÍTULO DE
MEDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA DEL TRABAJO**

PRESENTA

DR. ALVAR CHAVARÍA PALMERO

**ASESOR DE TESIS
DR. VALENTIN LUNA MARROQUIN**

MÉXICO D.F.

2007





Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

HOSPITAL CENTRAL SUR DE ALTA ESPECIALIDAD

Dr. Carlos Fernando Díaz Aranda

Director

Dra. Judith López Zepeda

Jefe del Departamento de Enseñanza e Investigación

Dr. Valentín Luna Marroquín

Tutor de Tesis

Jefe del Servicio de Medicina del Trabajo

Dr. José Guadalupe Aranda Martínez
Profesor Titular del Curso de la Especialidad de Medicina del Trabajo

A G R A D E C I M I E N T O S

A DIOS:

POR NUNCA OLVIDARME Y AYUDARME A TOMAR LAS DECISIONES CORRECTAS EN LOS MOMENTOS MÁS DIFÍCILES DE MI VIDA.

A TODAS LAS PERSONAS QUE DURANTE LOS “4 AÑOS” INFLUYERON POSITIVA O NEGATIVAMENTE PARA TOMAR DECISIONES IMPORTANTES EN MI VIDA Y ME ORIENTARON EN ESTA AVENTURA QUE VOY A INICIAR.

D E D I C A D A A:

MI ESPOSA:

ELIZABETH

POR AGUANTAR MI NEUROSIS Y MI MAL HUMOR EN TIEMPOS DIFÍCILES.
A LA QUE LE DEBO TODO LO QUE SOY, YA QUE SIN ELLA MI VIDA NO HUBIERA TENIDO SENTIDO

“ Mi amor mi cómplice y todo y en la calle codo a codo somos mucho más que dos”.

MI HIJA:

REGINA ELIZABETH

QUE ES Y SERÁ LUZ DE MI CAMINO Y ESPERANZA DE MI ALMA.
PORQUE DESDE QUE LLEGÓ A MI VIDA LA TRANSFORMÓ CON SU ALEGRÍA Y AMOR INCONDICIONAL.

A MIS PADRES:

AGUSTÍN Y ANA MARÍA

POR SU EJEMPLO PARA DISFRUTAR DE LA VIDA, APOYARSE EN TIEMPOS DIFÍCILES, NO DOBLEGARSE ANTE LAS ADVERSIDADES Y MANTENERSE SIEMPRE UNIDOS EN EL AMOR.

A MIS HERMANOS:

ARACELI, AGUSTÍN, ALEJANDRO Y ALFONSO

POR SABER SIEMPRE COMO ENCAUSAR MIS INQUIETUDES CREER EN MI Y APOYARME EN TODAS LAS LOCURAS QUE HICE DURANTE MIS AÑOS DE JUVENTUD.

LOS CAMINOS DE LA VIDA NO SON LO QUE
YO ESPERABA NO SON LO QUE YO CREÍA
NO SON COMO LOS IMAGINABA.....

Canción popular
Omar Geles

ÍNDICE

1.-INTRODUCCIÓN.....	1
2.- MARCO TEÓRICO.....	3
2.1.- Antecedentes.....	3
2.2.- Orígenes el Burnout.....	4
2.3.- Definición del Síndrome de Burnout.....	5
2.4.- Desarrollo del Síndrome de Burnout.....	8
2.5.- Variables que influyen en el desarrollo del Burnout.....	12
2.6.- Características Clínicas	14
2.7.- Factores de Riesgo.....	15
2.8.- Fases para el desarrollo de Burnout.....	16
2.9.- Etapas por las que pasan los Individuos para el desarrollo del B.O	17
2.10.- Repercusiones del Burnout.....	18
2.11.- Prevención.....	19
2.12.- Cómo Medirlo.....	20
2.13.- Prevalencias Nacionales e Internacionales.....	21
3.- DEFINICIÓN DEL PROBLEMA.....	23
4.- JUSTIFICACIÓN.....	25
5.- HIPÓTESIS.....	26
6.- OBJETIVO GENERAL.....	26
7.- OBJETIVO SECUNDARIO.....	26
8.- DESCRIPCIÓN DEL ESTUDIO.....	26
9.- MATERIAL Y MÉTODOS.....	28
10.- RESULTADOS.....	32
11- DISCUSIÓN.....	41
12.- CONCLUSIONES.....	43
13.- ANEXOS I.....	48
14.- ANEXO II.....	49
15.-BIBLIOGRAFÍA.....	50

1. INTRODUCCIÓN

A escala mundial, estos últimos 30 años se han caracterizado por un ritmo de vida cambiante y acelerado, con un incremento pronunciado de las exigencias laborales. Esto responde a los requerimientos de la economía y demandas de la sociedad en general. Las personas insertas en este sistema se ven obligadas a satisfacer dichas demandas y a adaptarse a las nuevas condiciones. No obstante, se ha observado que, a un mediano y largo plazo, hay consecuencias que afectan la salud y calidad de vida de las personas que trabajan y que se desenvuelven en este ambiente.

De acuerdo con la Ley Federal del Trabajo en el artículo tercero del título primero sostiene que: “El trabajo es un derecho y un deber sociales. No es artículo de comercio, exige respeto para las libertades y dignidad de quien lo presta y debe efectuarse en condiciones que aseguren la vida, la salud y un nivel económico decoroso para el trabajador y su familia”;ⁱ de esto se infiere que es un derecho fundamental de las personas y es esencial que en su ejercicio se provea de todas las condiciones necesarias para lograr el bienestar de los trabajadores. El trabajo es un medio para sustentar la vida y satisfacer las necesidades básicas, pero es también la actividad mediante la cual las personas afirman su propia identidad, tanto ante sí mismas como ante quienes les rodean, siendo crucial para el ejercicio de opciones personales, para el bienestar de la familia y para la estabilidad de la sociedad.ⁱⁱ Es por ello que la mayoría de los países del mundo, incluido México, han ratificado el llamado de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) para buscar vías que garanticen el bienestar de los trabajadores. En palabras del Director General de la OIT, se

habla de la importancia del “trabajo decente”, y se lo define como el trabajo productivo en el

cual los derechos son respetados, con seguridad, protección y con la posibilidad de participación en las decisiones que afectan a los trabajadores, a este respecto se reconoció, que el déficit de trabajo decente primario alcanza al 50 % en América Latina: esto quiere decir que sólo la mitad de los trabajadores cumplen con los requisitos de calidad del empleo y protección socialⁱⁱⁱ. Las condiciones laborales deficientes son una amenaza para el trabajador, dado que entonces no están con la seguridad y protección necesarias, provocando enfermedades laborales. Dentro de éste rubro los modelos organizacionales dentro del ámbito laboral influyen en el aumento del nivel de tensión psicológica del trabajador por lo cual es importante destacar que una de las causas menos consideradas con respecto a las malas condiciones del desarrollo laboral son aquellas asociadas al estrés. De acuerdo con la European Foundation of Work and Health, las llamadas “enfermedades de la productividad” asociadas al estrés, constituyeron el 50% de las incapacidades médicas europeas en 1994. Se estima que las enfermedades relacionadas con el estrés le cuestan a Estados Unidos 200 millones de dólares anuales y a Canadá 20 millones de dólares canadienses. El Instituto Federal Americano de la Salud en el Trabajo estima que en el futuro, el estrés será la primera causa responsable de las enfermedades profesionales (Chanlat, 1999). En México concretamente en el Hospital Central Sur de Alta Especialidad de Pemex, el servicio de Medicina del Trabajo, ha puesto énfasis en la investigación y el desarrollo, por lo que desde una perspectiva preventiva, se

desarrolló el presente trabajo para poder identificar la prevalencia del Síndrome de Burnout dentro de la comunidad médica ya que tiene como factor de riesgo el estrés laboral crónico, asimismo la posibilidad de implementar terapias, ejercicios, métodos

para prevenir su avance y desarrollo, lo que como antes se mencionó provocaría graves consecuencias para el individuo, y consecuentemente para la empresa.

2. MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES

Entre las enfermedades profesionales asociadas al estrés, es posible distinguir un síndrome con características particulares, llamado “Burnout” (BO) o Síndrome de Quemarse por el Trabajo o Quedar Consumido (Gil-Monte y Peiró, 1999a, Alderete y otros, 2003; Barría, 2002; Carlotto y otros, 2001; Cordeiro, 2003; García y otros, 1999; Grau y Chacón, 1998; Moreno y otros, 1997).

Este se tiende a presentar mayormente en aquellos profesionales que prestan servicio directo a personas, tales como docentes, asistentes sociales, psicólogos, entre otros. En general los más vulnerables a padecer el síndrome son aquellos profesionales que se caracterizan por un buen desempeño, son comprometidos con su trabajo y tienen expectativas altas sobre las metas que se proponen.ⁱ Usualmente este tipo de personas realiza reconocidos aportes dentro de las organizaciones, sin embargo, cuando el resultado de su gestión no cumple las expectativas propias ni las de sus pacientes, y la organización no es capaz de entregar el apoyo necesario, éstas personas se ven expuestas a un nivel alto de estrés y frustración, si esto sigue un curso crónico, finalmente se termina deteriorando su capacidad para lograr desempeñarse adecuadamente y las condiciones son óptimas para el desarrollo del Burnout (Maslach y otros, 2001). En este sentido, Cherniss (1980) describió el interés

de este concepto basándose en cuatro razones: afecta a la moral y el bienestar psicológico del personal implicado, afecta a la calidad de cuidados y

tratamiento que reciben los pacientes, tiene una fuerte influencia en las funciones administrativas y es necesario prevenirlo a nivel general para evitar futuras complicaciones.

2.2 ORIGENES DEL BURNOUT

El término *burnout* es sinónimo de desgaste profesional, y su traducción literal al español es «estar quemado», se tomó de la industria aeroespacial, y significa agotamiento del carburante de un cohete como resultado del calentamiento excesivo.

Freudenberger introdujo el término de *burnout* profesional cuando observó a mediados de los años setenta cómo los voluntarios que trabajaban en su clínica para toxicómanos, tras un tiempo en su puesto de trabajo, sufrían una pérdida de energía, para luego llegar al agotamiento y desmotivación por su labor.ⁱⁱ Este autor describió a estas personas como menos sensibles, poco comprensivas y agresivas en su relación con los pacientes, incluso dándoles un trato distante y cínico. Conceptualizó el *burnout* como la sensación de agotamiento, decepción y pérdida de interés por la actividad laboral, que surge especialmente en aquellos que se dedican a profesiones de servicios como consecuencia del contacto diario con su trabajo (Gil-Monte, 1991) En la literatura especializada se puede encontrar el *burnout* con diferente terminología, como síndrome de estar quemado (una aproximación a su traducción del término anglosajón), síndrome de quemazón, desgaste profesional y desgaste psíquico, que son términos que vienen a ser

equivalentes. Aunque deberíamos diferenciarlo de otros conceptos que se pueden solapar con él como depresión, estrés e insatisfacción

laboral. Respecto a la diferencia entre depresión y *burnout*, señalar que el primero reúne una serie de síntomas de bajo estado de ánimo generalizado en la persona mientras que el *burnout* es temporal y específico al ámbito laboral (Guerrero y Vicente, 2001). Entre las conexiones entre estrés y *burnout*, Álvarez Gallego y Fernández Ríos (1991) señalan que la principal diferencia es que el primero es una consecuencia del estrés crónico experimentado en el contexto laboral, señalando que es una reacción al estrés en el trabajo en función de las demandas y características de la ocupación.

2.3 DEFINICIÓN DEL SINDROME DE BURNOUT

En el inicio Freudenberger (1974) describe el burnout como una *"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"*ⁱⁱⁱ, que situaban las emociones y sentimientos negativos producidos por el burnout en el contexto laboral, ya que es éste el que puede provocar dichas reacciones. El autor afirmaba que el burnout era el síndrome que ocasionaba la "adicción al trabajo" (entendiéndola, según Machlowitz, como *"un estado de total devoción a su ocupación, por lo que su tiempo es dedicado a servir a este propósito"*), que provocaba un desequilibrio productivo y, como consecuencia, las reacciones emocionales propias de la estimulación laboral aversiva.^{iv}

Pines y Kafry (1978) definen el burnout *"como una experiencia general de agotamiento físico, emocional y actitudinal"* que posteriormente tendría un desarrollo más completo y que influiría en los planteamientos teóricos de diversos autores^v.

Dale (1979) es uno de los que inician la concepción teórica del burnout entendiéndolo como consecuencia del estrés laboral y con la que mantiene que el síndrome podría variar en relación a la intensidad y duración del mismo. Freudenberger (1980) aporta otros términos a la definición, así ya habla de un "vaciamiento de sí mismo" que viene provocado por el agotamiento de los recursos físicos y mentales tras el esfuerzo excesivo por alcanzar una determinada expectativa no realista que, o bien ha sido impuesta por él, o bien por los valores propios de la sociedad^{vi}.

El trabajo como detonante fundamental del burnout va a ser básico en todas las definiciones posteriores. Cherniss (1980) es uno de los primeros autores que enfatiza la importancia del trabajo, como antecedente, en la aparición del burnout y lo define como *"cambios personales negativos que ocurren a lo largo del tiempo en trabajadores con trabajos frustrantes o con excesivas demandas"*.

El mismo autor precisa que es un proceso transaccional de estrés y tensión en el trabajo, tensión en el trabajo y acomodamiento psicológico, destacando tres momentos:

- 1.- Desequilibrio entre demandas en el trabajo y recursos individuales (estrés).

2.- Respuesta emocional a corto plazo, ante el anterior desequilibrio, caracterizada

por ansiedad, tensión, fatiga y agotamiento (tensión)

3.- Cambios en actitudes y conductas (enfrentamiento defensivo) ^{vii}.

Otros autores que aportan una definición de burnout en esta misma línea son Edelwich y Brodsky (1980), que lo definen *"como una pérdida progresiva del idealismo, energía y motivos vividos por la gente en las profesiones de ayuda, como resultado de las condiciones del trabajo"*.

Cristina Maslach, psicóloga social, realizando un estudio sobre las respuestas emocionales de los profesionales, denominó a los síntomas que encontró como de "sobrecarga emocional" o "síndrome de burn-out", ella lo describió como un síndrome de agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal, consecuencia del estrés emocional crónico y en 1981, Maslach y Jackson entienden que el burnout se configura *como "un síndrome tridimensional caracterizado por agotamiento emocional, despersonalización y reducida realización personal"*. ^{viii}

Éstas tres dimensiones se definen de la siguiente manera:

a) Agotamiento Emocional o Cansancio Emocional:

Definido como desgaste, pérdida de la energía, agotamiento y fatiga y puede mostrar manifestaciones físicas, psicológicas o constituir una combinación de ambos.

b) Despersonalización:

Se observa un cambio o tendencia negativa en las actitudes hacia las personas en general, que pueden llegar al cinismo, en especial en el trato con los enfermos.

c) Reducida realización personal:

Esto es producido por una disminución de las expectativas personales y una evaluación de uno mismo con sentimientos de fracaso, rechazo y baja autoestima.

En suma, del recorrido realizado hasta aquí podemos consensuar varios aspectos que nos ayudan a delimitar el concepto de burnout y, por tanto, a comprenderlo mejor:

- Es claro que el burnout será consecuencia de eventos estresantes que disponen al individuo a padecerlo. Estos eventos serán de carácter laboral, fundamentalmente, ya que la interacción que el individuo mantiene con los diversos condicionantes del trabajo son la clave para la aparición del burnout.

- Es necesaria la presencia de unas "interacciones humanas" trabajador-paciente, intensas y/o duraderas para que el síndrome aparezca. En este sentido, se conceptualiza el burnout como un proceso continuo que va surgiendo de una manera paulatina (Arthur, 1990; Ayuso y López, 1993) y que se va "instaurando" en el individuo hasta provocar en éste los sentimientos propios del síndrome.

- Tras la definición de Freudenberg (1974), en la que planteaba una "existencia gastada", y tras las aportaciones de Maslach y Jackson (1981) con la tridimensionalidad del síndrome: agotamiento emocional, despersonalización

y reducida realización personal, o las que hacen Pines et al (1981) con el triple agotamiento: emocional, mental y físico, pocas han sido las aportaciones originales a la definición del burnout.

2.4 DESARROLLO DEL SÍNDROME DE BURNOUT

El Síndrome de Burnout tiene como desencadenante principal el stress laboral crónico el cual se conceptualiza como un conjunto de fenómenos que se suceden en el organismo del trabajador con la participación de agentes estresantes derivados directa o indirectamente del trabajador y que pueden afectar su salud. ^{ix}

Modelos teóricos de la génesis del *burnout*

Desde la aparición del *burnout* como constructo psicológico han surgido diversas propuestas explicativas que se han materializado en diferentes modelos de relación entre las variables implicadas en el *burnout*. En este sentido, los investigadores han asumido que el síndrome de estar quemado es un proceso que se desarrolla secuencialmente, de modo que las propuestas psicológicas se diferencian en el tipo de componentes que proponen, así tanto en su orden o en su grado de importancia a la hora de explicar el resultado final, como en las estrategias que el individuo puede emplear para controlarlo (Guerrero y Vicente, 2001). Tomando como referencia los modelos psicosociales, Gil-Monte y Peiró (1999) clasifican en tres grupos los modelos existentes: teoría sociocognitiva del yo, teoría del intercambio social y teoría organizacional. ^x

- Teoría sociocognitiva del yo.

Se caracteriza por otorgar a las variables del *self* (autoeficacia, autoconfianza, autoconcepto) un papel central para explicar el desarrollo del problema. Consideran que las cogniciones de los individuos influyen en lo que éstos perciben y hacen; estas cogniciones se ven modificadas por los efectos de sus acciones y por acumulación de las consecuencias observadas en los demás y la creencia o grado de seguridad por parte de un sujeto en sus propias capacidades determinará el empeño que el sujeto pondrá para conseguir sus objetivos y la facilidad o dificultad en conseguirlos. También determinará ciertas reacciones emocionales, como la depresión o estrés, que acompañan la acción, la competencia y la eficacia percibida son variables clave en el desarrollo de este proceso. La mayoría de los individuos que empiezan a trabajar en profesiones de servicios está altamente motivada para ayudar a los demás y tiene un sentimiento elevado de altruismo. A esta motivación le pueden surgir factores barrera (como sobrecarga laboral, conflictos interpersonales, ausencia de recursos, disfunciones de rol) que dificultan la consecución de los objetivos, disminuyen los sentimientos de autoeficacia y terminan originando el síndrome de *burnout*.

- Teoría del intercambio social.

Proponen que el síndrome de quemarse tiene su etiología en las percepciones de falta de equidad o falta de ganancia que desarrollan los individuos como resultado del proceso de comparación social cuando establecen relaciones interpersonales. Los profesionales asistenciales establecen relaciones de intercambio (ayuda, aprecio, gratitud,

reconocimiento) con los receptores de su trabajo, compañeros y la organización cuando de manera continuada perciben que aportan más de lo que reciben a cambio de su implicación personal y de su esfuerzo. Sin resolver y adaptarse a esta situación desarrollan sentimientos de quemarse por el trabajo.

- Teoría organizacional.

Incluyen como antecedentes del síndrome las disfunciones del rol, la falta de salud organizacional, la estructura y el clima organizacional. Los estresores del contexto de organización y las estrategias empleadas ante la experiencia de quemarse son claves para este modelo teórico.

Dentro de los diferentes modelos para el desarrollo del burnout es importante mencionar que para cada una de ellas los diferentes autores han propuesto su propia secuencia del proceso de *burnout*, por lo que aquí se ilustra un resumen de algunos de ellos y las diferentes secuencias de aparición de los 3 constructos que conforman el síndrome.

Autores	Principales Características	Secuencia por orden de aparición del proceso de Burnout		
Golembiewski, Munzenrieder y Carter	Destaca el agotamiento emocional como principal dimensión en el Burnout	Despersonalización	Baja realización Personal	Agotamiento emocional
Gold	El síndrome no aparece hasta que no se completan todas las fases	Baja realización Personal	Agotamiento emocional	Despersonalización
Maslach y Jackson	El síndrome como resultado de la incapacidad para afrontar el estrés en el trabajo	Agotamiento emocional	Despersonalización	Baja realización Personal
Leiter y Maslach	Consecuencia de estresores laborales y demandas crónicas	Agotamiento emocional	Despersonalización	Baja realización Personal
Farber	Está influida por las percepciones hacia factores cognoscitivos, individuales y sociales.	Despersonalización	Agotamiento emocional	Baja realización Personal
Gil-Monte, Peiró y Varcарcel	Las emociones y las cogniciones son variables mediadoras en el Burnout	Baja realización Personal	Agotamiento emocional	Despersonalización

2.5 VARIABLES QUE INFLUYEN EN EL DESARROLLO DEL BURNOUT

El burnout es un síndrome que resulta básicamente de la interacción del trabajador con el ambiente laboral o también producto de las relaciones interpersonales entre el trabajador y las personas para las que trabaja. Así, el desarrollo de este síndrome dependerá, básicamente de tres tipos de variables, a saber; Variables individuales, variables sociales y variables organizacionales.^{xi}

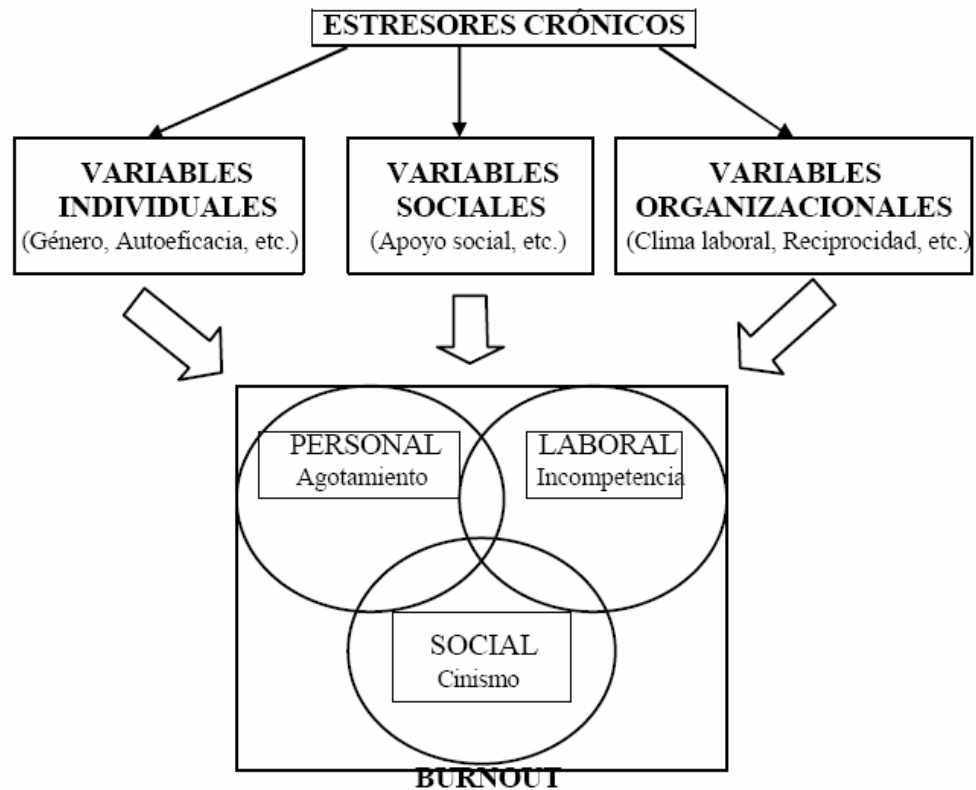
- **Variables individuales:** el género parece ser una variable que diferencia las puntuaciones en burnout entre hombres y mujeres, sobre todo en las dimensiones de agotamiento e ineficacia profesional. Las mujeres puntúan mas alto en agotamiento y en ineficacia profesional que los hombres; en cambio, algunos estudios han puesto de manifiesto la tendencia de los hombres a mostrar más actitudes negativas hacia el trabajo. Finalmente no podemos olvidar el rol que tienen las variables de personalidad dentro del desarrollo del burnout. Así se ha demostrado que los sujetos que exhiben un patrón de conducta tipo A, baja estabilidad emocional y manifiestan un locus de control externo (creencia que el mundo sigue un orden pero son otras personas y no ellos mismos tienen el control sobre este orden), son más vulnerables de sufrir burnout.

- **Variables sociales:** La importancia de variables de carácter social como el apoyo social es manifiesta, ya que el apoyo social hace referencia a la ayuda real o percibida que el trabajador obtiene de las redes sociales (compañeros,

amigos, familiares, etc.). El apoyo social permite sentirse querido, valorado y apreciado en el puesto de trabajo así como en la organización. Además, es importante la percepción del apoyo social porque la realidad para el individuo es fundamentalmente la realidad percibida.

- **Variables organizacionales:** Las variables personales y sociales pueden afectar a la *aparición* del burnout, en cambio las variables organizacionales, básicamente aquellas vinculadas al desempeño del puesto de trabajo lo *desencadenan*. De esta manera, factores como el contenido del puesto, la falta de reciprocidad (dar más emocionalmente en el trabajo de lo que se recibe a cambio) o el clima organizacional, pueden convertirse en desencadenantes del síndrome de burnout y deberán tenerse en cuenta a la hora de diseñar la prevención psicosocial a nivel primario.

El proceso se puede resumir en el siguiente cuadro:



2.6 CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

1.- Aparece de forma Paulatina: lo que varía es la intensidad dentro del mismo individuo. Es frecuente que sea difícil precisar hasta que punto se padece del síndrome de BO o si es el propio desgaste profesional y donde está el límite entre ambos.

2.- Negación: se tiende a negar, ya que suele vivirse como un fracaso profesional y personal. Los compañeros son los primeros que lo notan y esto es muy importante para un diagnóstico precoz.

3.- Es irreversible en algunos casos: entre el 5 y el 10% de los casos el síndrome resulta irreversible y actualmente la única solución es la retirada de los cuidados asistenciales. Por lo tanto, es importante la prevención ya que, normalmente, el diagnóstico precoz es complicado y la línea que separa el desgaste del burn-out es muy delgada.

4.- El síndrome de BO es pues una respuesta al estrés laboral crónico integrado por actitudes y sentimientos negativos hacia las personas con las que se trabaja y hacia el propio rol profesional así como el de encontrarse emocionalmente agotado^{xii}.

2.7 FACTORES DE RIESGO

*Carga de trabajo: se ha demostrado que uno de los principales desencadenantes del BO es la sobrecarga laboral, aunado a esto los sueldos bajos y la inadecuada o nula infraestructura para el desempeño adecuado de las actividades diarias del médico.

* Trabajar con enfermos que se enfrentan a experiencias dolorosas y de sufrimiento, da lugar a que el personal de salud se enfrente a retos muy difíciles. Esto radica, principalmente, en las propias características de la labor asistencial, donde se deben resolver muchísimos problemas que surgen de manera repentina y de forma continua.

* Edad: existe un periodo de sensibilización debido a que hay unos años en los que el profesional es más vulnerable al burn-out, siendo estos los primeros años de la carrera profesional, ya que es el periodo en el que se produce la transición de las expectativas idealistas hacia la práctica diaria, en donde se descubre que las recompensas personales, profesionales y económicas, no son ni las prometidas ni las esperadas.

* Sexo: el grupo más vulnerable serían las mujeres, en este caso por la doble carga de trabajo que conlleva la práctica profesional y las tareas familiares.

* Estado civil: se ha asociado el síndrome más con las personas que no tienen pareja estable. Parece ser que las personas solteras tienen más cansancio emocional, menor realización personal y mayor despersonalización, que aquellas que están casadas o conviven con una pareja estable.

* Rotación de Turnos: esto sumado al horario de los profesionales de la salud, según algunos autores, conlleva la posibilidad de sufrir este síndrome.

* Antigüedad profesional: algunos investigadores encuentran relación entre el BO y los que tienen entre 2 y más de 10 años de antigüedad, identificando estos dos periodos como los que menor nivel de asociación tienen con el síndrome.

En cambio, Naisberg y Fenning, encuentran una relación inversa, debido a que los sujetos que más burn-out experimentan abandonarían su profesión, por lo que los profesionales con más años de antigüedad serían los menos propensos a desarrollar B.O.^{xiii}

2.8 FASES PARA EL DESARROLLO DEL B.O.

Primera Fase: Desequilibrio entre las demandas y los recursos.
Apareciendo una situación de estrés psicosocial.

Segunda Fase: Tensión psicofísica.
Manifestada por constantes dolores de cabeza y musculares, molestias gastrointestinales y taquicardia, así como insomnio.

Tercera Fase: Cambios conductuales.
A consecuencia de un afrontamiento defensivo y huidizo que da lugar a evitar las labores estresantes y provoca un alejamiento personal, lo que da lugar a tratar a los pacientes de una forma distante, rutinaria y mecánica, anteponiendo las propias necesidades.^{xiv}

2.9 ETAPAS POR LAS QUE PASAN LOS INDIVIDUOS PARA LLEGAR AL B.O.

De acuerdo a los estudios de Edelwich y Brodsky, proponen cuatro etapas por las cuales pasa todo individuo con burnout:

1.-**Entusiasmo**; caracterizado por elevadas aspiraciones, energía desbordante y carencia de la noción de peligro.

2.-**Estancamiento**; que surge tras no cumplirse las expectativas originales, empezando a aparecer la frustración.

3.-**Frustración**; en la que comienzan a surgir problemas emocionales, físicos y conductuales. Esta fase sería el núcleo central del síndrome.

4.-**Apatía**; que sufre el individuo y que constituye el mecanismo de defensa ante la frustración.^{xv}

2.10 REPERCUSIONES DEL BURNOUT

La exposición a diversos estresores crónicos por parte de un individuo está relacionada con el deterioro de la salud; teniendo en cuenta al personal de salud como grupo de riesgo por las situaciones estresantes a las que se asocian se ha enumerado una serie de alteraciones que son fruto de este síndrome (Álvarez Gallego y Fernández Ríos, 1991; Cano *et al.*, 1996; De la Fuente *et al.*, 1994; De la Gángara, 2002; Flores, 2002; Gil-Monte y Peiró, 1997; Guerrero, 2001; Maslach *et al.*, 2001) que se pueden dividir en tres grupos:

- Consecuencias que inciden directamente en la salud física (alteraciones físicas). Alteraciones cardiovasculares (hipertensión, enfermedad coronaria), fatiga crónica, cefaleas y migrañas, alteraciones gastrointestinales (dolor abdominal, colon irritable, úlcera duodenal), alteraciones respiratorias (asma), alteraciones del sueño, alteraciones dermatológicas, alteraciones menstruales, disfunciones sexuales y dolores musculares o articulatorios.

- Consecuencias que inciden en la salud psicológica (alteraciones emocionales).

Ansiedad, depresión, irritabilidad, disforia, baja autoestima, falta de motivación, baja satisfacción laboral, dificultades de concentración, distanciamiento emocional, sentimientos de frustración profesional y deseos de abandonar el trabajo.

- Consecuencias relacionadas con el ámbito laboral (alteraciones conductuales).

Ausentismo laboral, abuso de drogas, aumento de conductas violentas, conductas de elevado riesgo (conducción temeraria, ludopatía), alteraciones

de la conducta alimenticia, disminución de productividad, falta de competencia y deterioro de la calidad de servicio de la organización.

2.11 PREVENCIÓN

Según Maslach, a este síndrome se le puede hacer frente más fácilmente en la fase inicial que cuando ya está establecido, ya que en las primeras fases es posible que los compañeros se den cuenta antes que el propio sujeto, por lo que, amigos, compañeros o superiores suelen ser el mejor sistema de alarma precoz para detectar el burn-out y por lo tanto todos los profesionales del equipo tienen que darse cuenta que son ellos mismos los que representan la mejor prevención de sus compañeros^{xvi}.

Desde que se comenzó a investigar el *burnout* o síndrome de estar quemado se han desarrollado diversas intervenciones para su control y reducción, así como para mejorar la calidad de vida en el trabajo y su prevención en ese ámbito. Cherniss (1980) menciona cuatro objetivos que se pueden plantear de cara a la intervención: reducir o eliminar las demandas laborales, cambiar las metas, preferencias y expectativas personales, incrementar los recursos de la persona ante las demandas y proveer estrategias acordes a las características del *burnout*. En cuanto a las estrategias o habilidades a fomentar, Mingote (1998) señala que es necesario reconocer que no existe ninguna técnica simple capaz de prevenir o tratar de forma efectiva el *burnout*, sino que se utilizan modelos de intervención de componentes integrados de forma complementaria con técnicas orientadas al individuo junto a técnicas orientadas al ámbito organizacional.

2.12 COMO MEDIRLO

Fue a partir de la publicación en el año 1981 del *Maslach Burnout Inventory* por Christina Maslach y E. Jackson cuando se establecen los criterios de evaluación de dicho síndrome y se extiende el uso de un instrumento de medida estandarizado para la evaluación del mismo, éste consta de 22 ítems en forma de afirmaciones y divide el protocolo del test en tres escalas: ^{xvii}

➤ Desgaste o cansancio emocional (representa la dimensión 9
ítems de estrés básico del Burnout):

➤ Despersonalización (representa la dimensión interpersonal): 5
ítems

➤ Sentimiento de incompetencia o disminución de autorrealización 8
ítems (representa la dimensión de autoevaluación del Burnout):

Los resultados por cada escala se clasifican de acuerdo a la siguiente Baremo, considerándose la presencia del síndrome si presenta calificaciones medias o altas en cualquier esfera.

Nivel	Agotamiento emocional	Despersonalización	Baja de realización personal y en el trabajo
Alto	≥ 27	≥ 14	< 30
Medio	17-26	9-13	36-31
Bajo	0-16	0-8	48-37

2.13 PREVALENCIAS NACIONALES E

INTERNACIONALES

A nivel mundial los indicadores de prevalencia son alarmantes . Ramón Ferrer reporta cifras de un 75 % de médicos residentes con síndrome de burnout y lo correlaciona con el impacto que produce a nivel de la atención médica, principalmente en los elevados índices de errores y negligencias médicas que, en sus formas más sutiles, pasan por dar altas prematura a cierto tipo de pacientes (Ferrer R., 2002).

La prevalencia del Síndrome de Burnout a nivel internacional es variable respecto al grupo ocupacional y fluctúa de 17.83% reportada en enfermeras de España, (Del Río y Perezagua, 2003:36) hasta un 71.4% en médicos asistenciales del mismo espacio geográfico (Martínez y Del Castillo, 2003).

En el ámbito latinoamericano, Chile registra una prevalencia del Síndrome de Burnout del 30% en profesionales de salud de los niveles primario y secundario de atención y afecta principalmente a las mujeres que ejercen la medicina (Román, 2003).

Martínez y Del Castillo (2003) en la investigación "Estudio sobre la prevalencia del burnout en los médicos del Área Sanitaria de Talavera de la Reina (España)", concluyeron que: "La prevalencia del síndrome de burnout en profesionales médicos del Área Sanitaria de Talavera de la Reina, es muy alta (76.4%)".

Aranda, Pando y Torres (2005) en la investigación "Factores psicosociales y síndrome de burnout en médicos de Guadalajara México", llegó a los siguientes

resultados: "La prevalencia de burnout en los médicos de familia fue 41,8%. Tanto las asociaciones significativas como aquellas variables sociodemográficas y laborales que se comportaron como factor de riesgo se inclinaron hacia la dimensión "cansancio emocional". Otro estudio desarrollado también por Aranda y Pando en médicos familiares de todo el estado de Guadalajara encontró una prevalencia del 42.3%^{xviii}

A continuación se hace un resumen de las prevalencias nacional e internacional que se han encontrado en diversos estudios:

PREVALENCIA	AUTOR	PAIS	AÑO	POBLACION
40.4%	Nyssen AS et al.	Bélgica	2003	Médicos
55 %	Visser MRM., et al	Alemania	2003	Médicos
65.82 %	Prieto Al., et al.	España	2002	Médicos
45%	Shangfelt TD., et al	Estados Unidos	2004	Médicos
41.8%	Aranda, Pando y Torres	México	2005	Médicos
40%	Ordenes N.	Chile	2006	Médicos
42.3%	Aranda, Salazar	México	2006	Médicos
45.3%	Morón R.	Argentina	2006	Médicos
37 %	Alcaráz R.	México	2006	Médicos

De los anteriores datos se puede inferir que la prevalencia del burnout es alta tanto a nivel nacional como internacional y que incluso en estudios de España llegan a cifras de hasta 66%, lo que demuestra la importancia de hacer amplios estudios en México y en particular en Petróleos Mexicanos, para tomar las medidas preventivas necesarias.

3.- DEFINICIÓN DEL PROBLEMA

En los médicos, la presentación de *burnout* o de síntomas dependientes del mismo origina alteraciones en la dinámica laboral que se reflejan en una disminución de la calidad de asistencia al enfermo, por lo que es necesario, conocer cuál es la situación actual de este problema para introducir los cambios necesarios, pues es evidente la dudosa eficacia que pueden tener los trabajadores que a su vez están necesitando ayuda.ⁱ

En estudios realizados en México se han encontrado resultados alarmantes, en Guadalajara, la prevalencia encontrada sobre el síndrome de Burnout en los médicos familiares del IMSS fue del 42,3 %.ⁱⁱ , cifra que coincide también en Médicos del IMSS de Durango siendo ésta del 43.2%ⁱⁱⁱ y en médicos de Monterrey de hasta 73%^{iv}.

Los trabajadores de la salud, en especial los médicos, aprendemos una serie de mecanismos para lidiar con el sufrimiento humano y no sucumbir a la angustia, éstos nos permiten a ayudar a “nuestros semejantes” sin medir la distancia que nos deja pensar y actuar profesionalmente, y por otra parte nos permiten desconectarnos de nuestro propio sufrimiento.^v

Actualmente, pocos cuestionan que el estrés derivado de la realización del trabajo es una de las principales causas de enfermedad laboral y de ausentismo, y que da origen a multitud de accidentes. Dentro de los riesgos laborales (específicamente los psicosociales), el estrés laboral y el Síndrome de quemarse por el trabajo “*burnout*” (*BO*), son una de las principales causas del deterioro de las condiciones de trabajo, fuente de un mayor número de accidentes y ausentismo laboral es considerado en la actualidad como uno de los daños laborales de carácter psicosocial más importantes. El síndrome de

quemarse por el trabajo se ha conceptualizado como un fenómeno que ocurre entre los profesionales que trabajan hacia personas, o cuyo objeto de trabajo son personas (v.g., trabajadores pertenecientes a los sectores de la salud, educación, hotelería, justicia, seguridad, servicios sociales, etcétera), es un conjunto de signos y síntomas derivados de un proceso progresivo y gradual a estresores negativos presentes en el área laboral que desgasta, agota, fatiga, deshumaniza, despersonaliza y hace que el individuo se sienta fracasado^{vi}.

Surge como consecuencia del estrés laboral crónico en el cual se combinan variables de carácter individual, social y organizacional.

Se trata por tanto de un síndrome con connotaciones afectivas negativas que afecta a los trabajadores en distintos niveles (personal, social y laboral).

Se da mas frecuentemente en profesionales jóvenes e idealistas que están en los comienzos del ejercicio profesional (entre 3 y 10 años de recibidos), y después de los 15 años de trabajo en adelante.

Puede ser medido a través de la escala de Maslach Burnout, un cuestionario que evalúa los 3 principales rubros afectados (agotamiento físico, despersonalización y frustración).

4.- JUSTIFICACIÓN

Los Servicios Médicos de Petróleos Mexicanos están instituidos de manera oficial desde el año de 1935 y por la complejidad de las patologías, se desarrollaron los hospitales de concentración nacional, el primero de ellos fue el Hospital Central Norte de Azcapotzalco, fundado en el año de 1970, y posteriormente el Hospital Central Sur de Alta Especialidad fundado en el año de 1984 los cuales tienen una demanda de atención médica elevada, atendándose en los últimos 5 años solo en el Hospital Central Sur de Alta Especialidad 422, 628 consultas, derivado de la alta demanda de los servicios el trabajador que se encuentra en la primera línea de atención de las necesidades de los pacientes es el médico, por lo que se expone a diferentes riesgos, incluídos en ellos el estrés laboral, que trae como una de sus consecuencias el síndrome de Burnout; en la actualidad no existe un estudio que haya analizado el Síndrome de Burnout en los médicos que laboran en los Hospitales de PEMEX, a pesar de que a nivel nacional y en muchos de los grandes hospitales de Guadalajara, México, Monterrey y Durango ya se ha estudiado y medido ésta fenómeno.

El síndrome de Burnout representa una consecuencia del estrés laboral crónico, que a la larga es coadyuvante en diversas patologías que pueden afectar el rendimiento del trabajador, y más en aquél que se encuentra en contacto directo con seres humanos, como los médicos y las enfermeras, por lo que considero importante que se tenga un antecedente que en un futuro sea punto de referencia para otros estudios de la empresa, además que servirá según los resultados que se encuentren, para proponer alternativas de

prevención entre el personal para evitar el desarrollo de éste síndrome. Mediante la realización de este estudio se propone conocer si existe

en el Hospital Central Sur de Alta Especialidad de tercer nivel de PEMEX el Síndrome de Burnout (BO), y de la misma forma saber si existe relación con algunas variables como edad, sexo, paridad, etc., con el fin de proponer en un segundo tiempo métodos o sistemas para evitar su avance o instauración, ya que está comprobado ampliamente que el mejor camino para poder resolver los problemas laborales es la prevención, pero ¿como vamos a prevenir algo de lo que no sabemos siquiera si existe en nuestro medio y en que cantidad existe?

5.- HIPÓTESIS

No aplica en éste estudio

6.- OBJETIVO GENERAL

Conocer la Prevalencia de Síndrome de Burnout en personal médico del Hospital Central Sur de Alta Especialidad de PEMEX.

7.- OBJETIVO SECUNDARIO

Determinar cuales factores se asocian con más frecuencia a Síndrome de Burnout (edad, sexo, si es medico general o especialista, estado civil, antigüedad en la empresa, años de ejercer la profesión, percepción económica).

8.- DESCRIPCIÓN DEL ESTUDIO

Se trata de un estudio de tipo Descriptivo, Transversal.

DEFINICIÓN DEL UNIVERSO

Se analizaron los Médicos del Hospital Central Sur de Alta Especialidad que tienen como principal actividad laboral la atención del paciente como médico tratante.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- 1.- Edad comprendida entre los 30 y 70 años de edad.
- 2.- Ser Médico General o Médico Especialista con título o Diploma Universitario.
- 3.- Ser trabajador Activo de PEMEX.
- 4.- Cualquier turno (matutino, vespertino, nocturno).
- 5.- Contestar en su totalidad el cuestionario.
- 6.- Haber laborado durante al menos 6 meses al momento de la aplicación del cuestionario.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- 1.- Tener como principal actividad laboral tareas administrativas.
- 2.- Ser Residente en formación de cualquier especialidad.
- 3.- No haber firmado el consentimiento informado.

MÉTODOS DE SELECCIÓN DE LA MUESTRA

Se utilizó un muestreo simple estratificado, de una lista de los médicos del Hospital Central Sur de Alta Especialidad, el marco de muestreo se realizó aplicando el Test de Maslach Burnout a los individuos seleccionados y que previamente, otorgaron su

consentimiento informado por escrito. La aplicación del cuestionario fue auto administrada y anónimo.

DEFINICIÓN DE LAS VARIABLES

Variable Independiente: 1.- Medico general o Especialista.

2.- Edad.

3.- Sexo.

4.- Edo. Civil.

5.- Antigüedad en la empresa.

6.- Años de haberse recibido de su facultad.

7.- Carga laboral.

Variable Dependiente: 1.-Prevalencia del S. de Burnout en médicos del H.C.S.A.E.

9.- MATERIAL Y MÉTODOS

1.- La investigación se llevó a cabo con todos los trabajadores médicos activos, con título profesional o Diploma de Especialidad en el Hospital Central Sur de Alta Especialidad

2.- Se utilizó como herramienta de medición el MBI-Human Services Survey (anexo 1), en su versión en español y adaptación catalana, la cual ha sido sometido a estudios de validéz factorial en México (Grajales 2001), y que tiene una fiabilidad (que indica hasta qué punto se obtienen los mismos valores al efectuar la medición en más de una ocasión bajo condiciones similares), cercana al 0.9 y una alta consistencia interna; consta de 22 ítems en forma de afirmaciones y divide el protocolo del test en tres sub-escalas:

- Desgaste o cansancio emocional (representa la dimensión de estrés básico del Burnout): 9 ítems
- Despersonalización (representa la dimensión interpersonal): 5 ítems
- Sentimiento de incompetencia o disminución de autorrealización (representa la dimensión de autoevaluación del Burnout): 8 ítems

3.- Los sujetos valoran cada ítem del cuestionario con una escala tipo Likert en la que indican la frecuencia con la que han experimentado la situación descrita en el ítem. Esta escala de frecuencia tiene siete grados que van de 0 (“Nunca”) a 6 (“Todos los días”).

4.- Se suman los ítems de acuerdo a la dimensión, las dos primeras son positivas y la última se considera negativa. Las puntuaciones de los sujetos para el MBI se calificarán sobre la base a la norma americana y adaptación catalana,

determinando positividad al síndrome si se encuentra en niveles alto o medio de cualquiera de las tres dimensiones.

5.- Esta calificación se hizo de acuerdo al siguiente Baremo:

Nivel	Agotamiento emocional	Despersonalización	Baja de realización personal y en el trabajo
Alto	≥ 27	≥ 14	< 30
Medio	17-26	9-13	36-31
Bajo	0-16	0-8	48-37

6.-. El cuestionario se realizó en forma autoadministrada, en el lugar de trabajo de cada encuestado y las dudas surgidas de las preguntas serán aclaradas en el mismo momento.

7.- El cuestionario fué carácter de anónimo y no se anotó nombre del trabajador.

8.- Se utilizó un cuestionario anexo para recoger la información general del trabajador, los cuales son datos sociodemográficos con variables como edad, sexo, si es medico general o especialista, estado civil, antigüedad en la empresa, años de ejercer la profesión, carga laboral, etc.

PROCESAMIENTO Y PRESENTACIÓN DE LA INFORMACIÓN

Se realizó un análisis de prevalencia y otro descriptivo entre las diferentes variables propuestas mediante métodos de análisis estadístico de tipo descriptivo de tendencia central.

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

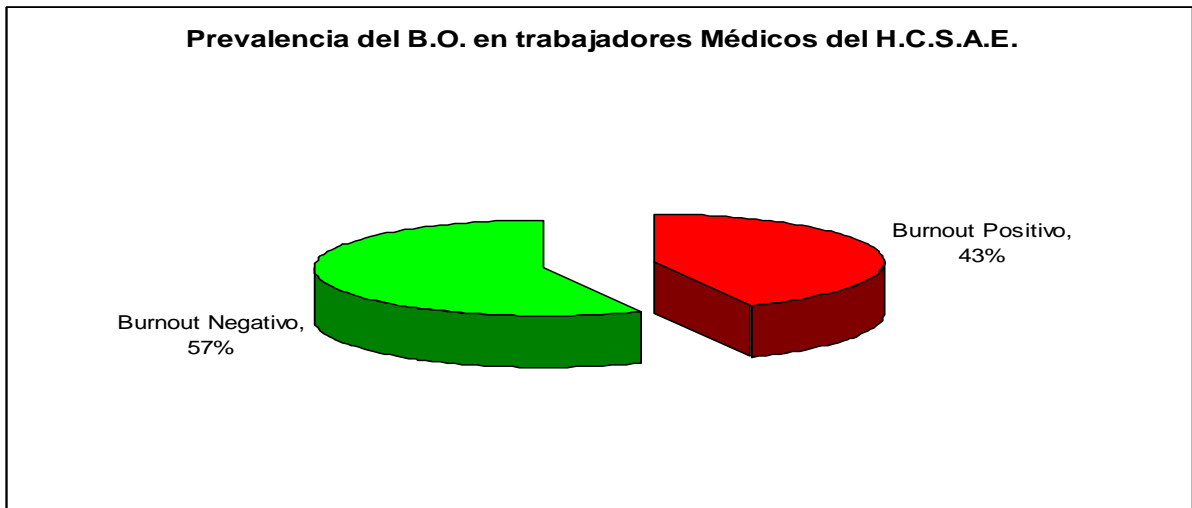
Se aplicó una carta de consentimiento informado, la cual se anexa (anexo 2).

10. RESULTADOS

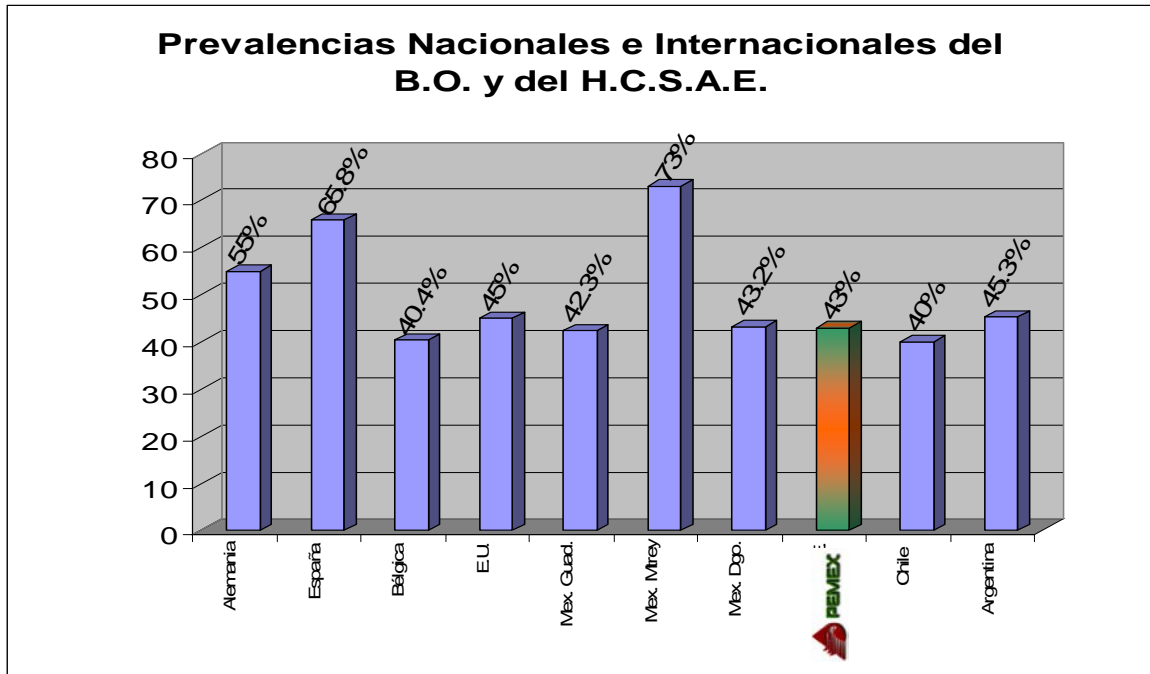
De los 163 médicos que se tienen registrados en la plantilla se excluyeron a 28 por ser médicos con actividad de predominancia administrativa, 13 se negaron a contestar el cuestionario y 22 no firmaron el consentimiento informado. Se obtuvieron en total 100 individuos de la totalidad de la plantilla de trabajadores médicos del Hospital Central Sur de Alta Especialidad de los cuales se desprendieron los siguientes resultados:

PREVALENCIA DEL SÍNDROME DE BURNOUT

Dentro de los médicos encuestados se encontró que el 43% presentaron el síndrome de Burnout, presentado por lo menos una esfera quemada en grado moderado o severo de acuerdo al Baremo antes mencionado, lo que representa una prevalencia del .43



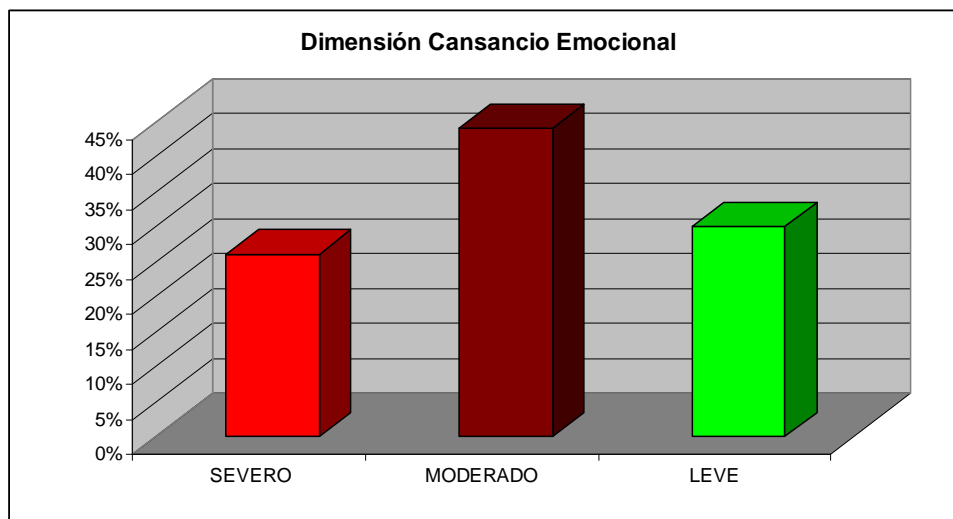
Con respecto a la prevalencia Nacional e Internacional, se encontró que nos encontramos dentro del promedio nacional y por debajo de algunos países:



Al analizar cada una de las dimensiones según la escala de Maslach- Burnout se encontraron los siguientes resultados:

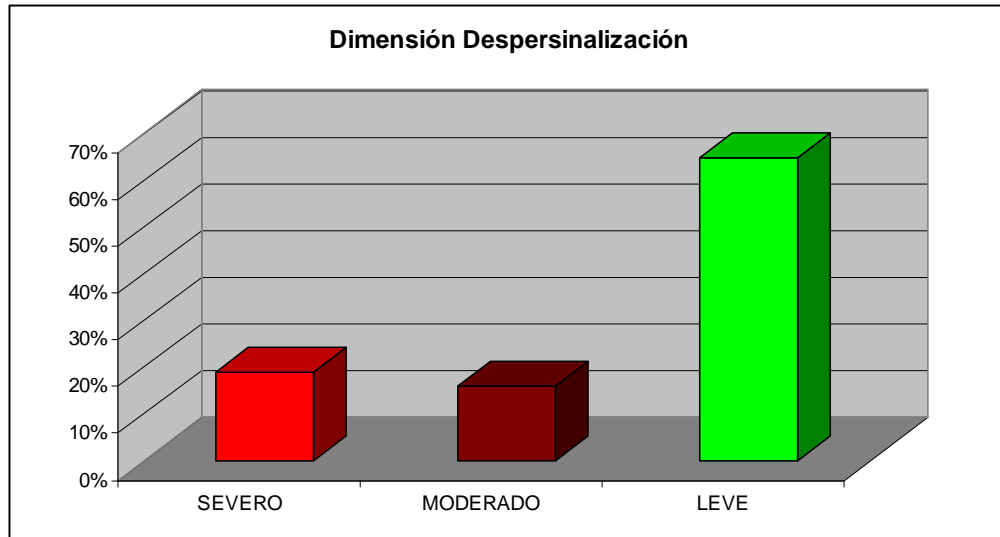
CANSANCIO EMOCIONAL

26%	SEVERO
44%	MODERADO
30%	LEVE



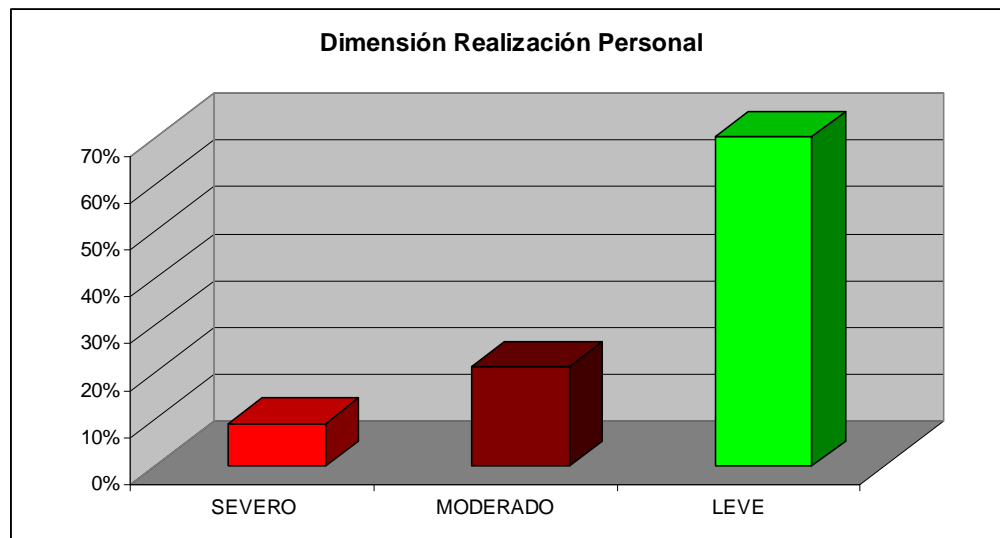
DESPERSONALIZACIÓN

19%	SEVERO
16%	MODERADO
65%	LEVE

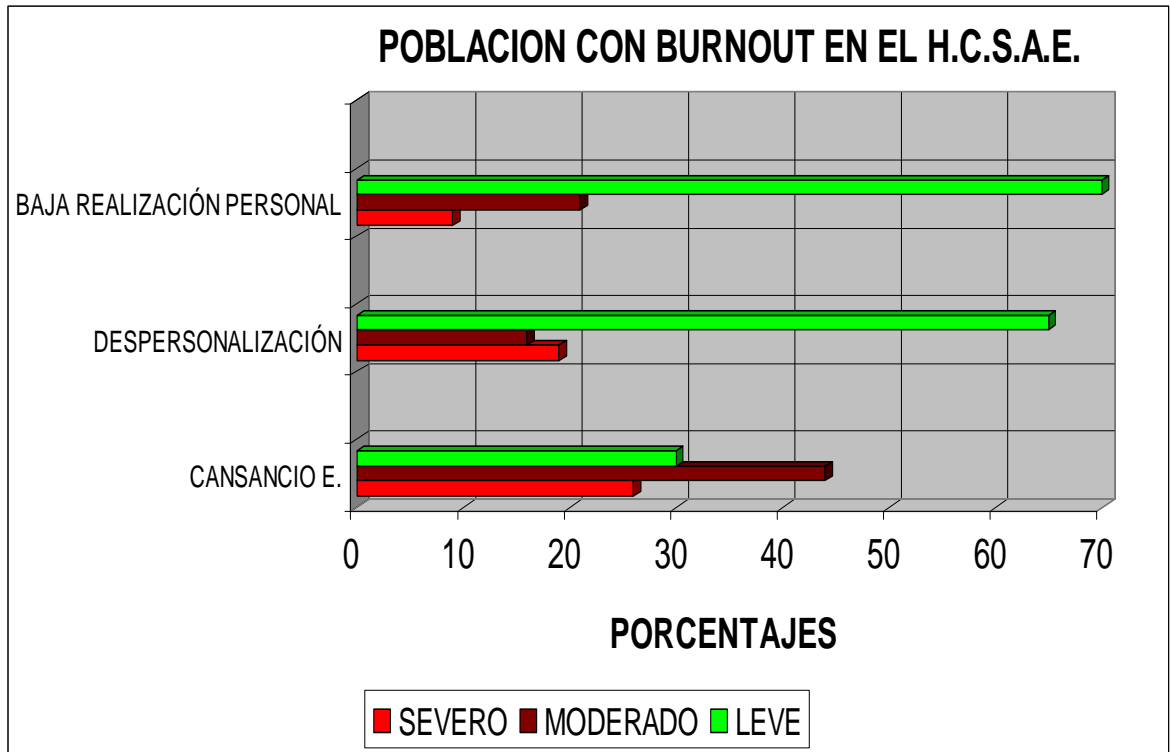


REALIZACIÓN PERSONAL

9%	SEVERO
21%	MODERADO
70%	LEVE



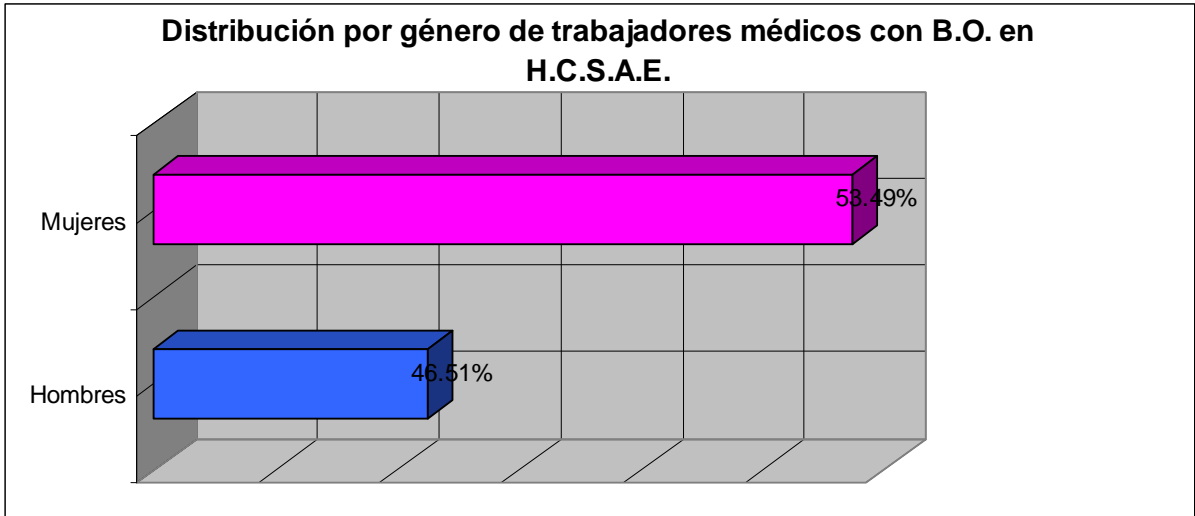
Descripción comparativa de las tres dimensiones en relación con los sujetos positivos al síndrome de Burnout



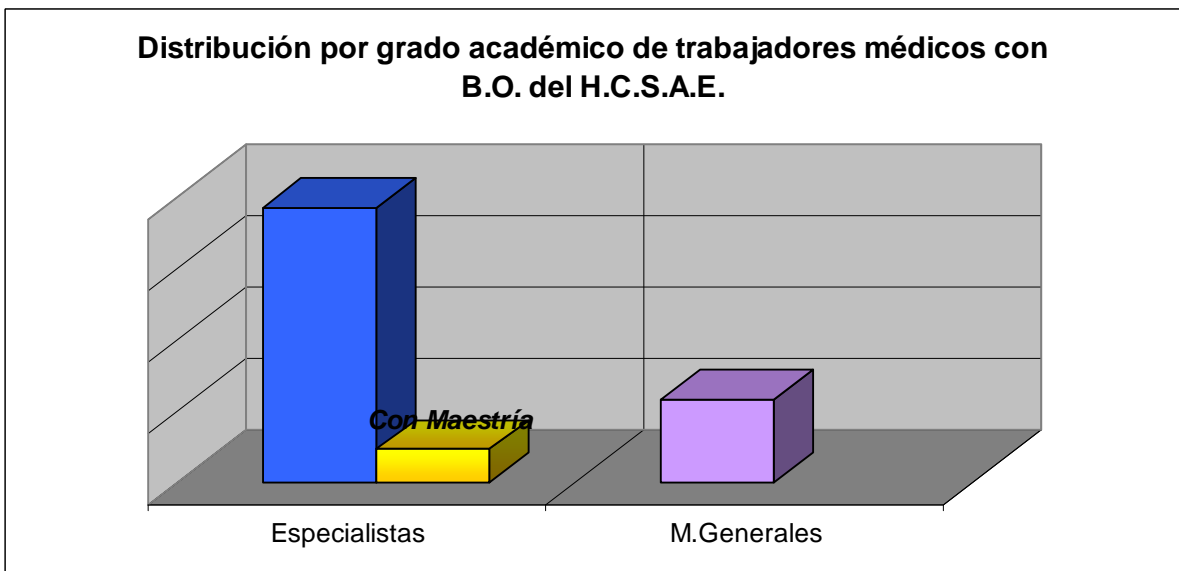
De manera aislada se pueden ver las diferencias que existen entre las tres dimensiones del síndrome de Burnout, ya que para cada uno de ellos se dió una calificación, de esta manera encontramos que para la dimensión de cansancio emocional, el 66% de los encuestados presentaban calificaciones de moderadas a severas, en relación a la dimensión despersonalización se encontró que el 35% presenta datos de moderados a severos y en la dimensión Realización personal disminuyó el porcentaje encontrando solo el 30% dentro de calificaciones severo a moderado, lo que nos indica que la esfera desencadenante para el desarrollo del Burnout en la población estudiada es la de Cansancio emocional.

En relación a los factores sociodemográficos se encontraron los siguientes resultados:

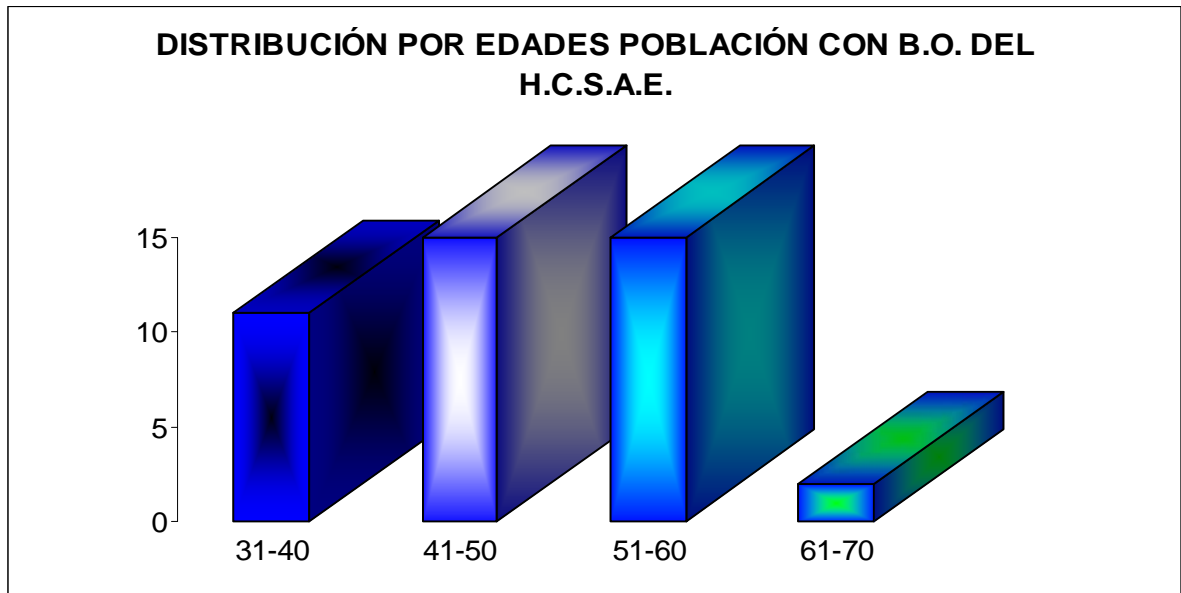
Distribución por género:	46.51% hombres	53.49% mujeres
---------------------------------	----------------	----------------



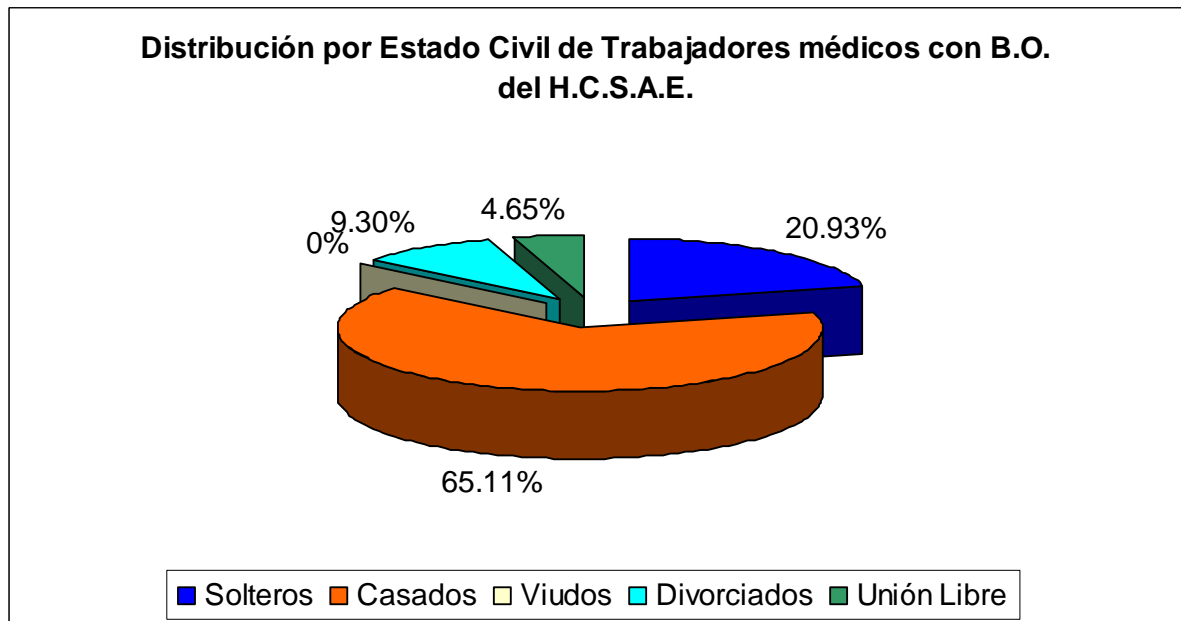
Grado Académico	Médicos Especialistas 76.70% 9.30% con Maestría en Ciencias	Médicos Generales 23.30%
------------------------	---	-----------------------------



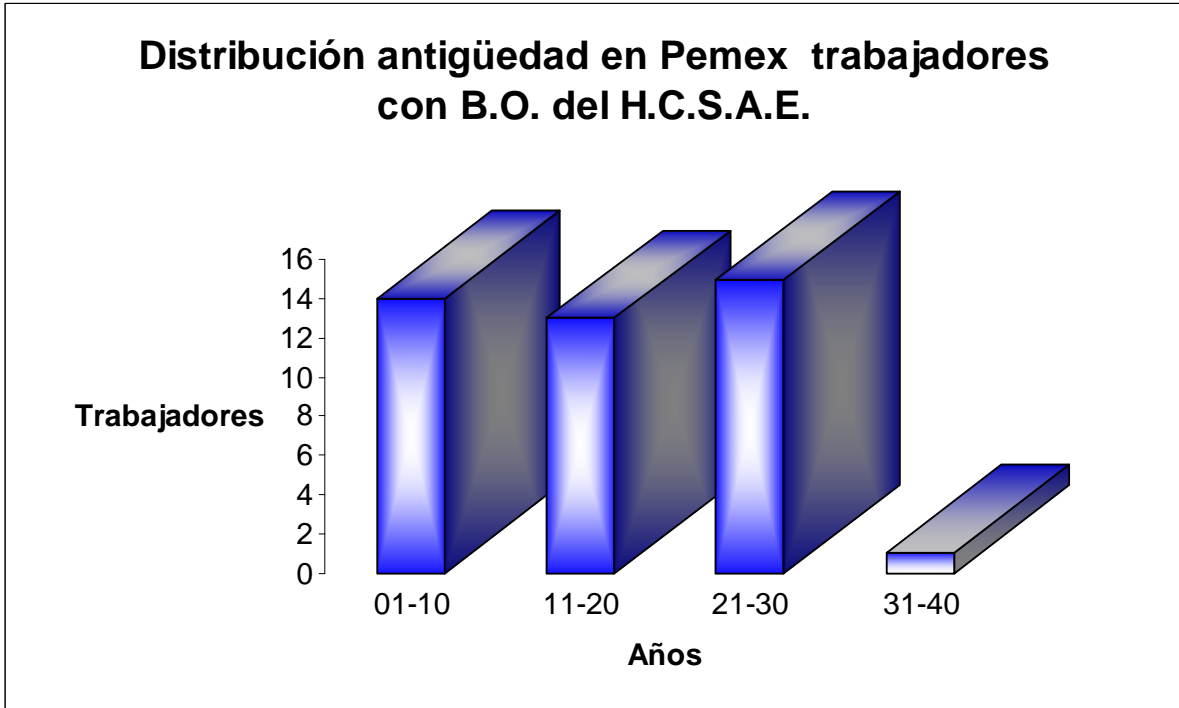
Edad	Promedio 47.34 años	Media 49 años	Moda 50 años
-------------	------------------------	------------------	-----------------



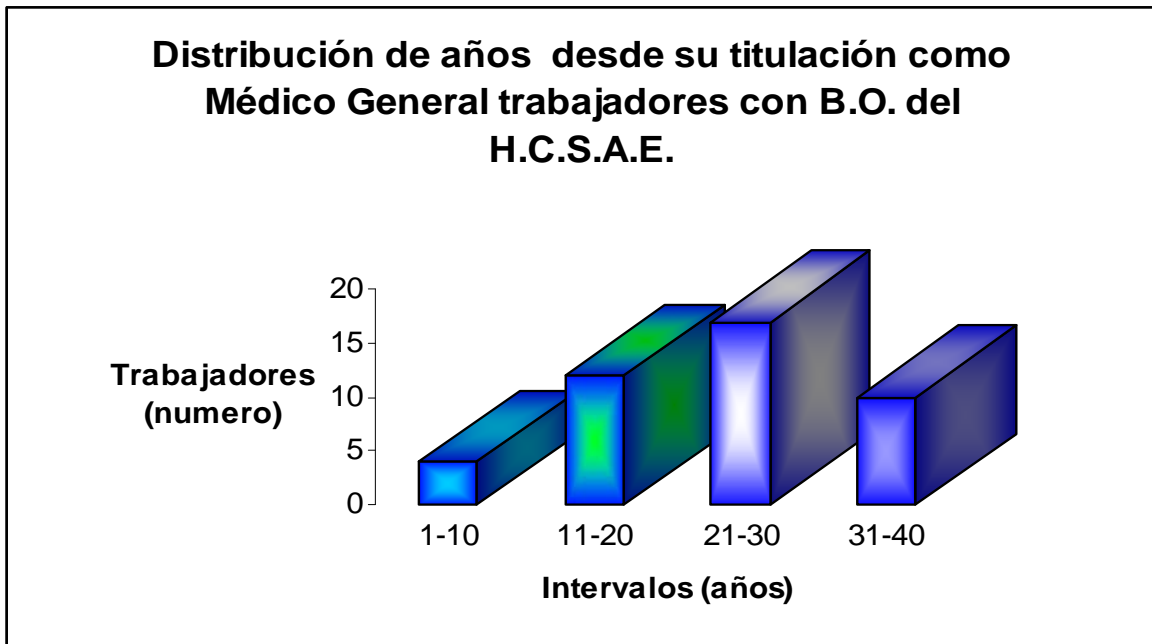
Estado Civil	Solteros 20.93%	Casados 65.11%	Viudos 0%	Divorciados 9.30%	Unión Libre 4.65%
---------------------	--------------------	-------------------	--------------	----------------------	----------------------



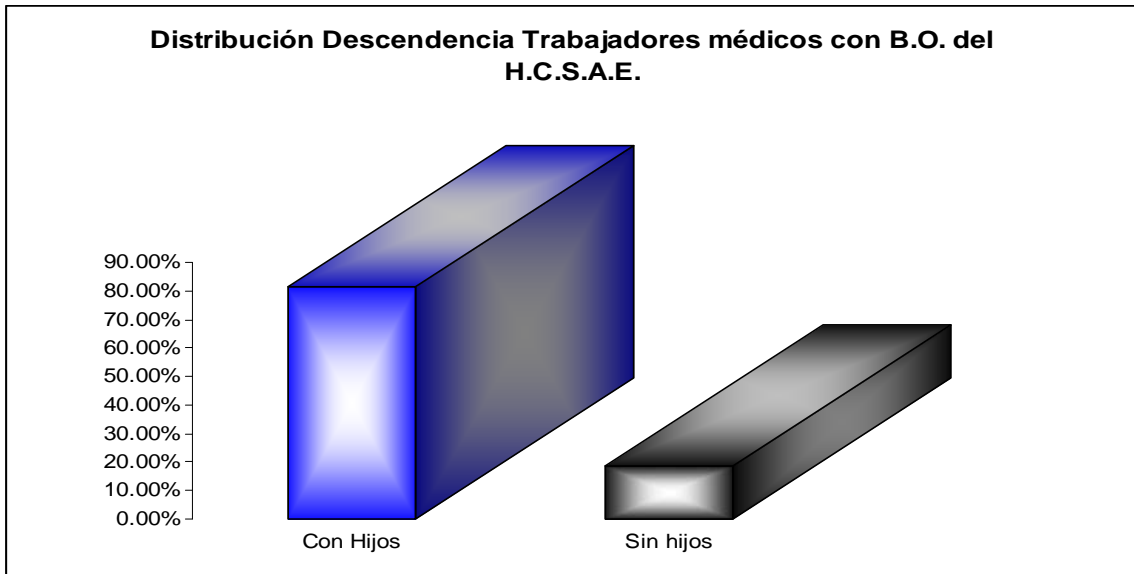
Antigüedad en la empresa	Promedio 16.32 años	Media 17 años	Moda 21 años
---------------------------------	------------------------	------------------	-----------------



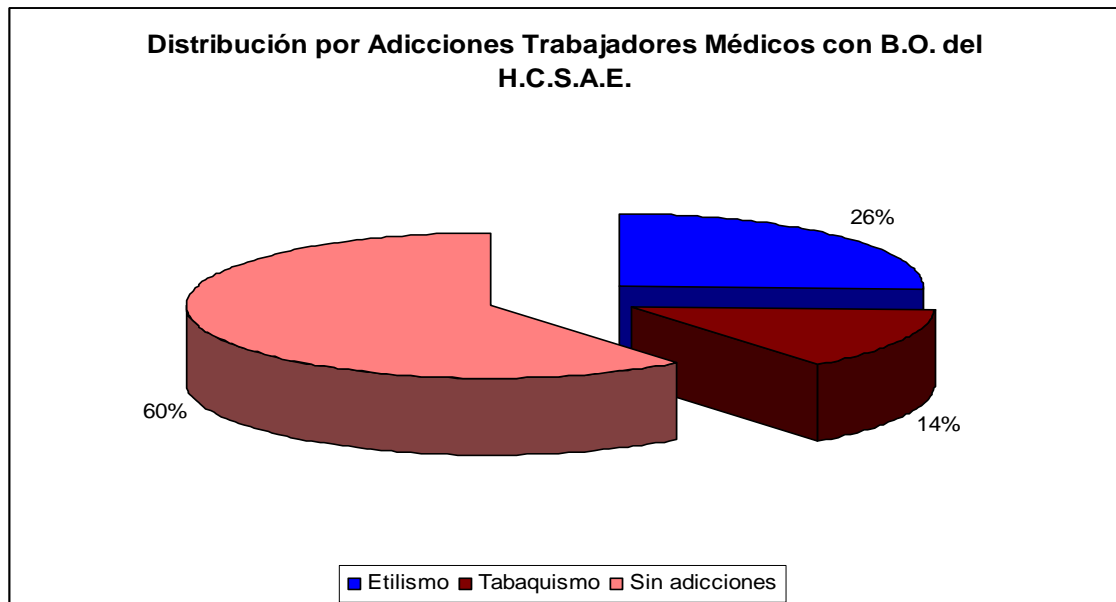
Ejercicio Profesional	Promedio 22.88	Media 24	Moda 27
------------------------------	-------------------	-------------	------------



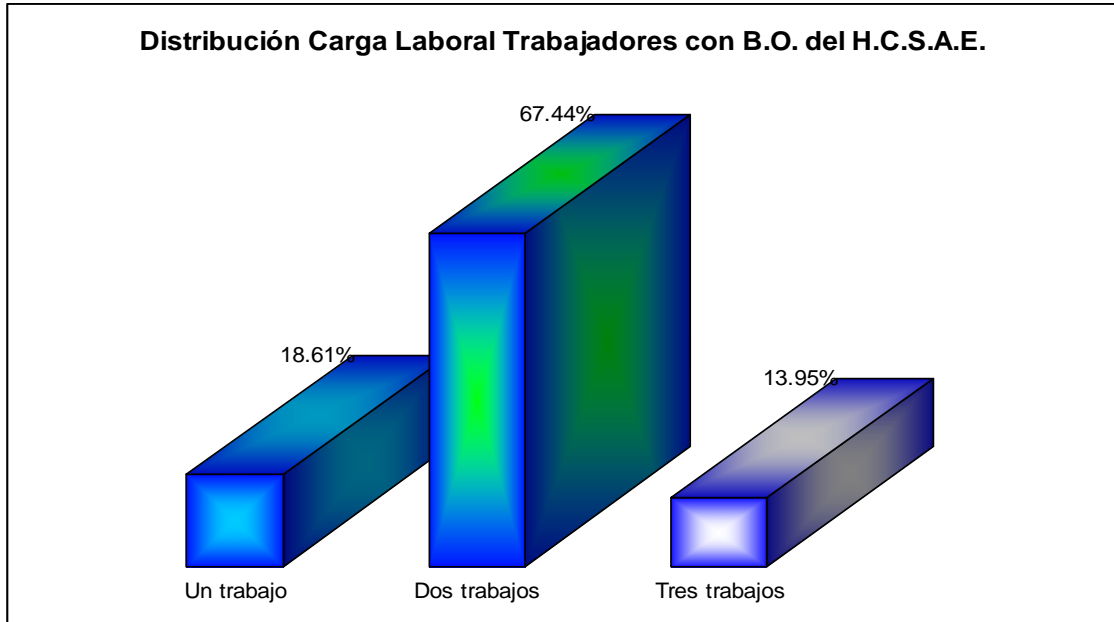
Descendencia	Con hijos 81.40%		Sin hijos 18.60%	
Número de Hijos	Promedio 1.67	Media 2		Moda 2



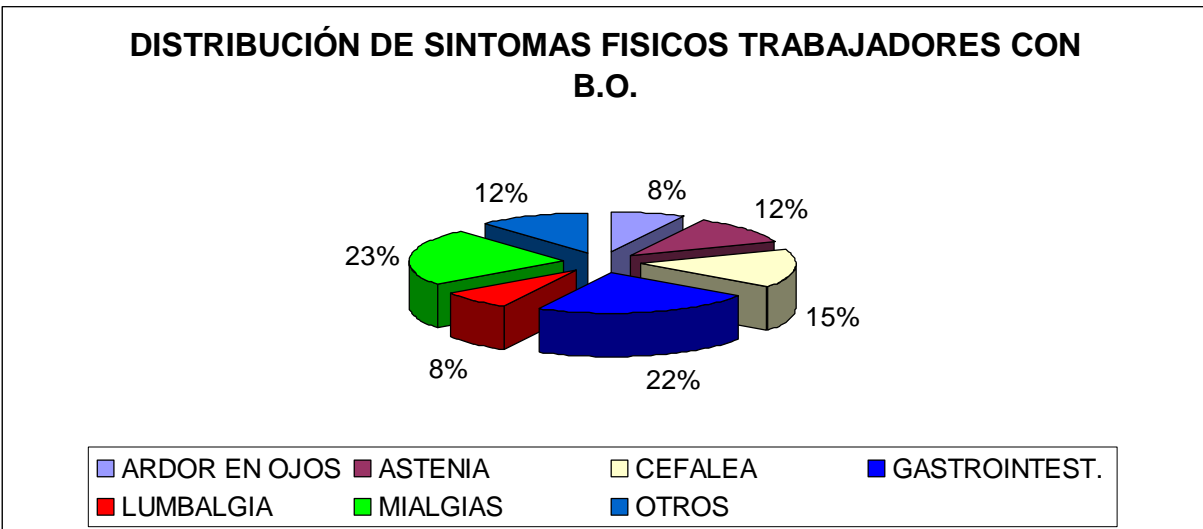
Adicciones	Etilismo 25.6%	Tabaquismo 13.95%	Sin adicciones 60.45%
-------------------	-------------------	----------------------	--------------------------



Carga Laboral	Un solo trabajo 18.61%	Segundo trabajo 67.44%	Tercer Trabajo 13.95%
----------------------	---------------------------	---------------------------	--------------------------



Síntomas	Ardor ojos 8%	Astenia. 12%	Cefalea 15%	G.I. 22%	Lumbalgia 8%	Mialgias 23%	Otros 12%
-----------------	------------------	-----------------	----------------	-------------	-----------------	-----------------	--------------



1 1. DISCUSIÓN

El objetivo del presente estudio fue el de conocer la prevalencia del síndrome de Burnout en los trabajadores médicos del Hospital Central Sur de Alta especialidad y uno de los principales hallazgos fué, que no solo existe el síndrome en los trabajadores médicos del H.C.S.A.E., sino que nos encontramos en el nivel límite máximo de acuerdo a los estudios que se han realizado a nivel nacional por la Dra. Carolina Aranda Beltrán, la cual reporta prevalencias en médicos mexicanos que van desde el 35% al 43%. Sin embargo a nivel Internacional nos ubica por debajo de prevalencias Europeas como las de España y de Alemania y de algunas de América como las de Estados Unidos y Argentina. Es importante destacar el hecho de que este estudio es el inicio para futuros análisis no solo en la población médica, sino también de todo el grupo que conforma el sistema de salud de Petróleos Mexicanos, como enfermeras, trabajadoras sociales, asistentes, etc.

En lo que respecta a las variables sociodemográficas que tienen una relación directa con el síndrome de Burnout en los trabajadores médicos del H.C.S.A.E. los resultados obtenidos en el presente estudio concuerdan con los reportados por Mingote y Pérez, (2003) quienes aseguran que la carga laboral y el género si establecen diferencias en el nivel del síndrome de burnout pero difieren con los de Ciancaglini (2005) quien afirma que: "Las personas que tienen hijos parecen ser más resistentes ante el Burnout". Además los resultados coinciden con los reportados por Álvarez, Arce, Barrios y Sánchez (2005), quienes afirman que el síndrome de burnout predominó en el sexo femenino, en la edad entre 38-45 años y entre los médicos que tenían menos

de 18 años de servicio; Otro de los factores que se encontró que influyen en los niveles de burnout es el número de trabajos desempeñados por los sujetos estudiados; estos hallazgos concuerdan con los estudios anteriores (Barnett, Gareis y Brennan, 1999; van Wijk, 1997), en los que se halló una asociación positiva entre el número de horas trabajadas y el burnout. De acuerdo a los resultados obtenidos, no se estableció relación entre el padecer el síndrome y adicciones como tabaquismo y alcoholismo, en lo referente a los síntomas físicos, se encontró que el 60.46% de los trabajadores afectados por B.O. presentaban síntomas físicos de los cuales predominaron los gastrointestinales y los musculares, lo que concuerda con estudios realizados por la Dra. Aranda en médicos de Guadalajara.

12. CONCLUSIONES

Como resultado del trabajo realizado se concluye que el Síndrome de Burnout está presente en Médicos del Hospital Central Sur de alta especialidad en una prevalencia del .43 lo que nos ubica dentro del promedio que a nivel nacional se ha encontrado por la Dra. Carolina Aranda Beltrán y otros autores, que oscila entre el .35 al .43 pero desafortunadamente en el límite máximo

Al hacer el análisis por dimensiones se concluye que la dimensión más representativa e incluso determinante para el desarrollo del B.O. en éste hospital es la de Cansancio Emocional, lo que nos habla de la relación que existe entre los diferentes factores sociodemográficos como la carga laboral por un segundo o tercer empleo, que a pesar de que esto implica una mejor remuneración económica global, provoca que el trabajador no descanse lo suficiente, además se refleja en los síntomas físicos que en su mayoría son de carácter gastrointestinal y muscular, todo esto nos hace pensar en que efectivamente la dimensión de cansancio emocional tiene un alto impacto para la población con Burnout del H.C.S.A.E. ya que esto lo que repercute en la disminución de productividad y aumenta las incapacidades laborales.

En relación a la dimensión Despersonalización se encontró que hay moderada tendencia a la positividad lo que nos indica que si no se toman medidas generales de prevención se tornará a mayor positividad lo que se traducirá en un aumento en la prevalencia del síndrome, además de que provocará una mala atención al derechohabiente y por consiguiente, el aumento de las quejas por maltrato o indiferencia hacia el propio paciente.

En lo referente a la dimensión de Realización Personal se concluye que el 70% de la población estudiada se encuentra en un grado leve de afectación lo que habla de que gran parte de los médicos se encuentran realizados en materia profesional, esto se puede considerar como un factor de protección para evitar la tendencia al síndrome, pero debido al potencial riesgo de la positividad de la dimensión de Despersonalización, se debe reforzar ésta dimensión en el personal médico del H.C.S.A.E.

Por lo anteriormente expuesto se puede concluir que es necesario hacer un análisis más profundo pero en todo el personal, no solo el personal médico, sino también en enfermeras, trabajadoras sociales, domésticos, porque si bien es cierto que en el personal médico la realización personal es alta, probablemente en el resto de la población asistencial del hospital se podrían encontrar resultados interesantes.

De la misma manera es necesario hacer un estudio comparativo con el Hospital Central Norte de Pemex, para saber la diferencia y/o la relación entre los diferentes factores sociodemográficos, así como también para poder analizar las causas de tales diferencias (si existiesen)

Por último derivado del presente estudio se hace un llamado para tratar de tomar medidas preventivas en nuestro hospital, porque si bien es cierto que estamos dentro de la media nacional, es posible que en algunos años ésta prevalencia tienda a aumentar de manera alarmante, y provocar las consecuencias laborales antes descritas, es pues un momento ideal para aplicar los programas de prevención que se explicaron en éste estudio.

Las diferentes estrategias propuestas son:

Estrategias orientadas a nivel organizacional

- Incrementar la autonomía del trabajo, pasando la responsabilidad y el control sobre el trabajo del supervisor a los propios trabajadores.
- Planificar un horario flexible por parte del trabajador; se debería dar más oportunidades en la elección de los turnos.
- Fomentar la participación de los trabajadores en la toma de decisiones.
- Mejorar los niveles de calidad del ambiente físico de trabajo.
- Enriquecer los trabajos, incorporando en ellos autonomía, retroalimentación, variedad de habilidades, identidad de la tarea y significado de la misma.
- Asignación de tareas al grupo, así como la organización y control del propio trabajo y en su conjunto, proporcionando retroalimentación adecuada de su ejecución.
- Limitar el número de horas de trabajo, así como el número de pacientes que atender.
- Plantearse los objetivos a conseguir en el equipo de trabajo de manera clara.
- Tomarse periodos de descanso, básicamente hacer pausas de 10 -15 min. cada 2-3 hrs., para lograr un ambiente relajado y con baja tensión, además al presentarse casos difíciles o problemáticos con los pacientes es importante tomarse un tiempo de reflexión para poder tomar decisiones más concretas y sin arrebatamientos.
- Tipo de relación del personal con sus superiores. La incidencia del burn-out es menor en los trabajadores que tienen buenas relaciones laborales con los superiores y que obtienen de ellos apoyo y reconocimiento.

Estrategias orientadas a nivel individual

1.- Trabajar mejor en vez de más:

Realizar pequeños cambios que pueden hacer el trabajo menos estresante y más eficiente.

- Establecer objetivos realistas, conseguir cosas factibles y realistas, teniendo en cuenta nuestra capacidad y nuestras limitaciones.

- Realizar lo mismo de forma diferente, intentar huir de la rutina, ya que esto proporciona psicológicamente un mayor sentido de autonomía y de libertad personal.

- Hacer pausas, oportunidad de darse un respiro o de reflexionar, antes de dar una respuesta ante una pregunta impertinente.

- Tomar las cosas con más distancia, ya que el agotamiento emocional aumenta cuando se involucra demasiado con la gente, tomar una cierta distancia puede ayudar, procurar no llevarse el trabajo a casa, ni en las manos ni en la cabeza.

2.- Cuidarse a uno mismo además de a los otros:

- Acentuar los aspectos positivos, pensar en los éxitos y gratificaciones personales que obtenemos de nuestro trabajo, así contrarrestaremos las frustraciones y los fracasos.

- Conocerse a sí mismo, analizar nuestras propias reacciones y reflexionar sobre el por qué de tales reacciones. El autoanálisis debe ser constructivo, no destructivo.

Reconocer nuestros límites y aprender de nuestros errores, ya que esto será un paso hacia el crecimiento personal.

- Reposo y relajación, ya que la aparición del estrés significa que existe una sobrecarga y será preciso identificar y tratar su causa.

- Establecer las fronteras, diferenciando lo que es el trabajo y lo que es el hogar.

- Mantener la vida privada, ya que muchos obtienen una descarga de su tensión con amigos o con una pareja comprensiva. Es importante también tener aficiones que ocupen nuestro tiempo libre y nos ayuden a olvidar el trabajo.

- Cambiar de trabajo, esto representa la última alternativa, pues se trata de una decisión que hay que meditar llegado el momento.

- Limitar la contaminación del tiempo libre, de acuerdo a lo establecido en cada institución, lo adecuado es respetar los momentos de esparcimiento y relajación del trabajador porque es bien sabido la importancia que le damos a los momentos de esparcimiento con la familia y los amigos.



PETROLEOS MEXICANOS
 GERENCIA DE SERVICIOS MEDICOS
 HOSPITAL CENTRAL SUR DE ALTA ESPECIALIDAD
 DEPARTAMENTO DE MEDICINA DEL TRABAJO
 CUESTIONARIO DE MASLACH- BURNOUT

ANEXO I

INSTRUCCIONES: Marcar con una X en los espacios correspondientes tomando como guía la tabla que se encuentra en la parte superior derecha de la hoja

ESPECIALISTA SI NO

EDO. CIVIL SOLTERO CASADO VIUDO DIVORCIADO UNION LIBRE

ANTIGÜEDAD AÑOS MESES

AÑOS DE HABERSE RECIBIDO DE SU FACULTAD DE MEDICINA

CUENTA CON UN SEGUNDO EMPLEO

SEXO H M

EDAD NUM. DE HIJOS

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

CONTESTAR EN ESTA AREA NO MARCAR EN ESTA AREA

1. Debido a mi trabajo me siento emocionalmente agotado.	<input type="text"/> 0 <input type="text"/> 1 <input type="text"/> 2 <input type="text"/> 3 <input type="text"/> 4 <input type="text"/> 5 <input type="text"/> 6 <input type="text"/>	<input type="text"/>
2. Me siento agotado al final de la jornada de trabajo.	<input type="text"/> 0 <input type="text"/> 1 <input type="text"/> 2 <input type="text"/> 3 <input type="text"/> 4 <input type="text"/> 5 <input type="text"/> 6 <input type="text"/>	<input type="text"/>
3. Me siento cansado cuando me levanto por la mañana y tengo que ir a trabajar.	<input type="text"/> 0 <input type="text"/> 1 <input type="text"/> 2 <input type="text"/> 3 <input type="text"/> 4 <input type="text"/> 5 <input type="text"/> 6 <input type="text"/>	<input type="text"/>
4. Puedo entender con facilidad lo que piensan mis pacientes.	<input type="text"/> 0 <input type="text"/> 1 <input type="text"/> 2 <input type="text"/> 3 <input type="text"/> 4 <input type="text"/> 5 <input type="text"/> 6 <input type="text"/>	<input type="text"/>
5. Trato a algunos pacientes como si fueran objetos impersonales.	<input type="text"/> 0 <input type="text"/> 1 <input type="text"/> 2 <input type="text"/> 3 <input type="text"/> 4 <input type="text"/> 5 <input type="text"/> 6 <input type="text"/>	<input type="text"/>
6. Para mí, trabajar es una tensión todos los días.	<input type="text"/> 0 <input type="text"/> 1 <input type="text"/> 2 <input type="text"/> 3 <input type="text"/> 4 <input type="text"/> 5 <input type="text"/> 6 <input type="text"/>	<input type="text"/>
7. Trato muy eficazmente los problemas de los pacientes.	<input type="text"/> 0 <input type="text"/> 1 <input type="text"/> 2 <input type="text"/> 3 <input type="text"/> 4 <input type="text"/> 5 <input type="text"/> 6 <input type="text"/>	<input type="text"/>
8. Me siento fatigado, desmotivado y/o harto por el trabajo	<input type="text"/> 0 <input type="text"/> 1 <input type="text"/> 2 <input type="text"/> 3 <input type="text"/> 4 <input type="text"/> 5 <input type="text"/> 6 <input type="text"/>	<input type="text"/>
9. Creo que influyo positivamente con mi trabajo en la vida de las personas	<input type="text"/> 0 <input type="text"/> 1 <input type="text"/> 2 <input type="text"/> 3 <input type="text"/> 4 <input type="text"/> 5 <input type="text"/> 6 <input type="text"/>	<input type="text"/>
10. Me he vuelto mas insensible con la gente desde que ejerzo esta profesión	<input type="text"/> 0 <input type="text"/> 1 <input type="text"/> 2 <input type="text"/> 3 <input type="text"/> 4 <input type="text"/> 5 <input type="text"/> 6 <input type="text"/>	<input type="text"/>
11. Me preocupa el hecho de que este trabajo me endurezca emocionalmente	<input type="text"/> 0 <input type="text"/> 1 <input type="text"/> 2 <input type="text"/> 3 <input type="text"/> 4 <input type="text"/> 5 <input type="text"/> 6 <input type="text"/>	<input type="text"/>
12. Me siento muy activo	<input type="text"/> 0 <input type="text"/> 1 <input type="text"/> 2 <input type="text"/> 3 <input type="text"/> 4 <input type="text"/> 5 <input type="text"/> 6 <input type="text"/>	<input type="text"/>
13. Me siento frustrado en mi trabajo	<input type="text"/> 0 <input type="text"/> 1 <input type="text"/> 2 <input type="text"/> 3 <input type="text"/> 4 <input type="text"/> 5 <input type="text"/> 6 <input type="text"/>	<input type="text"/>
14. Creo que estoy trabajando demasiado	<input type="text"/> 0 <input type="text"/> 1 <input type="text"/> 2 <input type="text"/> 3 <input type="text"/> 4 <input type="text"/> 5 <input type="text"/> 6 <input type="text"/>	<input type="text"/>
15. Realmente no me preocupa lo que le ocurre a mis pacientes	<input type="text"/> 0 <input type="text"/> 1 <input type="text"/> 2 <input type="text"/> 3 <input type="text"/> 4 <input type="text"/> 5 <input type="text"/> 6 <input type="text"/>	<input type="text"/>
16. Trabajar directamente con personas me produce estrés	<input type="text"/> 0 <input type="text"/> 1 <input type="text"/> 2 <input type="text"/> 3 <input type="text"/> 4 <input type="text"/> 5 <input type="text"/> 6 <input type="text"/>	<input type="text"/>
17. Puedo crear fácilmente una atmósfera relajada con mis pacientes	<input type="text"/> 0 <input type="text"/> 1 <input type="text"/> 2 <input type="text"/> 3 <input type="text"/> 4 <input type="text"/> 5 <input type="text"/> 6 <input type="text"/>	<input type="text"/>
18. Me siento estimulado después de trabajar con mis pacientes	<input type="text"/> 0 <input type="text"/> 1 <input type="text"/> 2 <input type="text"/> 3 <input type="text"/> 4 <input type="text"/> 5 <input type="text"/> 6 <input type="text"/>	<input type="text"/>
19. He conseguido muchas cosas útiles en mi profesión	<input type="text"/> 0 <input type="text"/> 1 <input type="text"/> 2 <input type="text"/> 3 <input type="text"/> 4 <input type="text"/> 5 <input type="text"/> 6 <input type="text"/>	<input type="text"/>
20. Me siento acabado	<input type="text"/> 0 <input type="text"/> 1 <input type="text"/> 2 <input type="text"/> 3 <input type="text"/> 4 <input type="text"/> 5 <input type="text"/> 6 <input type="text"/>	<input type="text"/>
21. En mi trabajo trato los problemas emocionales con mucha calma	<input type="text"/> 0 <input type="text"/> 1 <input type="text"/> 2 <input type="text"/> 3 <input type="text"/> 4 <input type="text"/> 5 <input type="text"/> 6 <input type="text"/>	<input type="text"/>
22. Siento que los pacientes me culpan por alguno de sus problemas	<input type="text"/> 0 <input type="text"/> 1 <input type="text"/> 2 <input type="text"/> 3 <input type="text"/> 4 <input type="text"/> 5 <input type="text"/> 6 <input type="text"/>	<input type="text"/>

0 0 0
 CE DP RP

SUBDIRECCIÓN TÉCNICA ADMINISTRATIVA
GERENCIA DE SERVICIOS MEDICOS
HOSPITAL CENTRAL SUR DE ALTA ESPECIALIDAD

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

México, D.F., a _____ De _____ del 200__

Yo _____ declaro libre y voluntariamente que acepto y autorizo al Dr. Alvar Chavarría Palmero para que me incluya en el estudio "Prevalencia del Síndrome de Burnout en Médicos del Hospital Central Sur de Alta Especialidad de PEMEX "

Los objetivos del estudio son:

- 1.- Conocer la Prevalencia del Síndrome de Burnout en personal médicos del H.C.S.A.E
- 2.- Determinar cuáles son los factores sociodemográficos que se asocian a éste síndrome.

Estoy consiente que los procedimientos, pruebas y tratamientos, para el logro de los objetivos mencionados consistirán en la aplicación del cuestionario de 22 preguntas de Maslach-Burnout en su adaptación catalana y que no existe ningún riesgo para mi persona son.

Entiendo que del presente estudio se derivarán los siguientes beneficios:

- 1.- Conocer si existe el Síndrome de Burnout en Médicos del H.C.S.A.E.
- 2.- Conocer cuáles son los factores socio-demográficos a los cuales se asocia el mismo.

Es de mi conocimiento que seré libre de retirarme de la investigación cuando yo así lo desee, también que puedo solicitar información adicional acerca de los riesgos y beneficios de mi participación en el estudio.

Nombre: _____

Firma: _____

TESTIGOS

Nombre: _____

Firma: _____

Nombre: _____

Firma: _____

- 1.- LEY FEDERAL DEL TRABAJO, poder ejecutivo secretaria del trabajo y prevision social publicada en el Diario Oficial de la Federaci3n el 1 de abril de 1970 : 1
- 2.- LEIBOWIEZ, J., Enciclopedia de Salud y Seguridad en el Trabajo, OIT (Organizaci3n Internacional del Trabajo) Vol. 1 2001;231
- 3.- OIT, ORGANIZACI3N INTERNACIONAL DEL TRABAJO (2004) "*Organizarse en Pos de la Justicia Social*", Conferencia Internacional del Trabajo, 92 reuni3n Informe N91, www.cinterfor.org
- 4.- MASLACH, C.; LEITER, P. Y SCHAUFELI (2001) "Job Burnout", *Annual Review of Psychology*, Vol. 52, pgs. 397- 422
- 5.- FREUDENBERGER, H. J. (1983). Burnout: Contemporary issues, triends, and concerns. En B.A. Farber (Ed.), *Stress and burnout*. Nueva York: Pergamon Press.
- 6.- FREUDENBERGER, H.J. (1974). The professional in the free clinic: news problems, new views, new goals. En D. J. Bental y J. L. Schwartz (Eds.), *The free clinic: A community approach to health care and drug abuse*. Beloit, WI: Stash Press.
- 7.- MACHLOWITZ, M. (1980). *Workaholics: Living with them, working with them*. Reading: Addison-Wesley.
- 8.- PINES, A. Y KAFRY, D. (1978). The experience of life tedium in three generations of professional women. *Sex Roles*, 7, 117-134.
- 9.- FREUDENBERGER, H.J. (1980). Speaking from experience -burn-out-organizational menace. *Training and Development Journal*, 31(7), 26-27.
- 10.- CHERNISS, C. (1980). Natural recovery from burnout. *Journal of Health and Human Resources Administration*, 13, 132-154.

- 11.- MASLACH, C. Y JACKSON, S.E. (1984). Burnout in organizational setting. *Applied Social Psychology* 5, 133-154.
- 12.- MARTÍN, DAZA, F. (2005). El estrés: proceso de generación en el ámbito laboral. Nota Técnica de Prevención (318). Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo.
- 13.- GIL-MONTE, P. Y PEIRÓ, J. (1999a) "Perspectivas Teóricas y Modelos Interpretativos Para el Estudio del Síndrome de Quemarse por el Trabajo", *Anales de Psicología*, Vol. 15 N° 2, pgs. 261-268
- 14.- MASLACH, C. (2003) "Job Burnout: New Directions in Research and Intervention" American Psychological Society, Vol.12, N° 5
- 15.- SALANOVA, M., SCHAUFELI, W.B., LLORENS, S., PEIRÓ, J.M., Y GRAU, R. Desde el 'burnout' al 'engagement': ¿una nueva perspectiva?. *Revista de Psicología del Trabajo y las Organizaciones*, 2000; 16, (2), 117-134.
- 16.- GIL-MONTE PR, PEIRÓ JM. Un estudio comparativo sobre criterios normativos y diferenciales para el diagnóstico del síndrome de quemarse por el trabajo ("burnout") en España según el MBI-HSS. *Rev Psicología Trabajo Organ* 2000; 16(2):135-149.
- 17.- SCHAUFELI, W.; JANSSEN, P. Y HOUKES, I. (1999) "Work Related and Individual Determinants of the Three Burnout Dimensions", *Work and Stress*, Vol. 13, N° 1, pgs. 174-86
- 18.- EDELWICH, J. Y BRODSKY, A. *Burnout: Stages of disillusionment in the helping professions*. 1980; 1(7):238-245; Nueva York: Human Sciences Press.

- 19.- MASLACH, C.; LEITER, P. Y SCHAUFELI (2001) "Job Burnout", *Annual Review of Psychology*, Vol. 52, pgs. 397- 422
- 20.- SCHAUFELI, W. B., LEITER, M. P., MASLACH, C., Y JACKSON, S. E. (1996). Maslach Burnout Inventory - General Survey. In C. Maslach, S. E. Jackson & M.P. Leiter (Eds.), *The Maslach Burnout Inventory-Test Manual* (3rd ed.). Palo Alto, CA.
- 21.- ARANDA B. C. , PANDO M.M. Factores psicosociales laborales y síndrome de Burnout en médicos del primer nivel de atención *Investigación en Salud* 2004; 6(1):28-34
- 22.- HILLHOUSE, J.; ADLER, C. Y WALTWERS, D. (2000) "A Simple Model of Stress, Burnout, and Symptomatology in Medical Residents: A Longitudinal Study", *Psychology, Health & Medicine*, Vol. 5, N° 1, pgs. 63 –73
- 23.- CAROLINA ARANDA BELTRÁN, MANUEL PANDO MORENO, JOSÉ G. SALAZAR ESTRADA, TERESA M. TORRES LÓPEZ, MA. GUADALUPE ALDRETE RODRÍGUEZ, MA. BERENICE PÉREZ REYES (2005) " Síndrome de Burnout en médicos familiares del Instituto Mexicano del Seguro Social, Guadalajara, México Instituto Regional de Investigación en Salud Pública, Uiversidad de Guadalajara. *Revista Cubana de S. Pub.* Vol 31 pgs. 31-39.
- 24.- CURIEL-GARCÍA JA, RODRÍGUEZ-MORÁN M, GUERRERO-ROMERO F (2006) "Síndrome de agotamiento profesional en personal de atención a la salud" *Rev Med IMSS* 2006; 44 (3): 221-226
- 25.- CALDERÓN ROBLES JOSÉ AGUSTÍN, , URBIOLA VERDEJO MARCOS, SÁNCHEZ VIZCAÍNO PEDRO.(2005) "Síndrome de burnout en médicos

familiares y no familiares del imss” *Revista de Salud Pública y Nutrición de la UANL* Edición Especial No. 8-2005

26.- NIETO, M. A. P., CANO-VINDEL, A., TOBAL, J. J. M., CAMUÑAS, N., SAYALERO, M. T., & BLANCO, J. M. (2001). La ansiedad, la ira y el estrés asistencial en el ámbito hospitalario: Un estudio sobre sus relaciones y la eficacia del tratamiento. / Anxiety, anger and burnout in a hospital setting: A study about their relationships and the treatment efficacy. *Ansiedad y Estrés*, 7(2-3), 247-257.

27.- PEIRÓ, J., GONZÁLEZ-ROMA, V., TORDERA, N. Y MAÑAS, A. (2001) “Does Role Stress Predict Burnout Among Health Care Professionals?” *Psychology and Health*, Vol. 16, pgs. 511–525