



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

CENTRO MÉDICO NACIONAL MANUEL AVILA CAMACHO. PUE.

PREVALENCIA DEL SÍNDROME DE BURNOUT EN EL PERSONAL MEDICO Y DE  
ENFERMERÍA DEL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL GENERAL TOLUCA  
DR. NICOLAS SAN JUAN.

**TESIS**

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO EN:  
MEDICINA INTERNA

PRESENTA:  
DR. ALBERTO ESTEBAN MIRANDA LARA

ASESOR:  
DR. JOSÉ LUIS FLORES MORALES

CIUDAD DE MÉXICO  
ABRIL 2022



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**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.



# ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	5
MARCO TEORICO CONCEPTUAL.....	9
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	27
JUSTIFICACIÓN.....	28
OBJETIVOS.....	29
METODOLOGÍA.....	30
CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	35
ORGANIZACIÓN.....	36
FINANCIAMIENTO.....	37
BIBLIOGRAFIA.....	38

## INTRODUCCIÓN

### ¿CÓMO ENFERMA, SE DETERIORA Y ANIQUILA EL MÉDICO ANTE SU PROPIA PRACTICA CLÍNICA?

El dolor de enfrentar el dolor y no poderlo decir, de no dar respuestas, de reprimir reacciones, de justificar acciones que incluso causan más dolor, es parte del dolor del médico. (1)

Humanos, nos dolemos y nos condolemos, pero como médicos, atendemos en los pacientes internados la presencia del dolor y de la muerte.

Tomando en consideración los datos aportados por la amplia bibliografía se tienen como principales causas de muerte en los médicos, el infarto, el cáncer y el suicidio, esto nos obliga a preguntarnos a que causa debemos remitirnos en el intento de comprender este fenómeno? Se habla de la angustia repetidamente pero ¿Por qué aparece?

¿Acaso se debe a un deficiente procesamiento de los límites entre los mismos médicos con relación a sus capacidades y de las demandas de los pacientes y sus familiares que reclaman más allá de profesionalismo, su capacidad humana?

Ser médico es cubrirse de convencionalismos y reconocimientos sociales que para el que llega a serlo, no tiene tiempo de reflexionar si él puede o quiere responder a estas exigencias.

Al parecer el principal problema es que los médicos acepten y reconozcan que existe el problema y no nada más padecerlo, justificándolo con explicaciones lógicas desde su particular punto de vista sin que se considere incompetencia académica o debilidad emocional, resalta la dificultad que tiene el médico para compartir con los

otros, para que le regresen eso de lo que estamos hechos; palabras, miradas, caricias, compañía.

Es un gran problema social y de salud pública que afecta a miles de trabajadores, de sumo interés y poco estudiado en el contexto sanitario.

Por lo preocupante de sus consecuencias en el sector de la salud, en el XXI congreso de la Asociación Psiquiátrica de América latina celebrado en el año 2000, fue el tema seleccionado y allí se le denominó: “La Epidemia emergente de los profesionales de la salud” (2)

Las profesiones que los estudios señalan como las más afectadas por este síndrome son la de enfermería y la de medicina, que tienen como tarea fundamental la satisfacción de las necesidades del individuo, ya sea de un enfermo para su incorporación a la sociedad o de aquel aparentemente sano para evitar el deterioro de su salud. La enfermería es una ocupación muy relacionada con el sufrimiento humano y demanda prodigar, tanto a pacientes como a familiares: amor, comprensión y consagración, contribuyentes a elevar la calidad de vida de todo aquel que este siendo atendido (3).

La presencia del síndrome en el personal médico y de enfermería puede resultar fatal no solo para el personal que lo padece, sino también para la calidad de la atención recibida por nuestra población, llega a ser un dilema ético, en el que se pondrían en peligro los principios de beneficencia, autonomía, justicia y consentimiento informado, que todo profesional debe tener en cuenta.

El personal Médico y de Enfermería en su actuar diario debe dirigir sus esfuerzos a establecer una relación cargada de humanismo y sensibilidad con sus pacientes, para ganar su confianza.

La discreción es otro elemento importante en esta relación, además de respeto tanto a ese paciente como a sus familiares, pues el objetivo es aumentar el bienestar del paciente y brindar una atención encaminada a su restablecimiento y sobre todo alejada del daño (4) (5).

Por lo que el profesional médico y de enfermería deben ser capaces de colocarse en su lugar y mostrarse cooperativo, debe ser capaz de entregar sin esperar recibir nada a cambio.

En esta relación hay interacción constante; el paciente busca la recuperación de su salud por lo que el médico y la enfermera (o) requiere de una buena comunicación que le permita identificar las necesidades afectadas de sus pacientes, para priorizarlas y buscarles soluciones, pero esto en ocasiones, resulta difícil de mantener y puede generar conflictos. (6)

La comunicación es sumamente importante dentro de la relación con el paciente, mientras más intensas sean las demandas emocionales de esas personas y más alto su grado de dependencia del trabajo del enfermero (a) mayor probabilidad existe para que aparezca toda una serie de alteraciones en la esfera psíquica.

Entre otras características tenemos; entusiasmo, idealismo y gran nivel de implicación personal con el trabajo. Se constató que los enfermeros (as) comprometidos con la institución y más satisfechos con su trabajo pueden ser los más afectados, además se plantea el uso de los avances científicos y técnicos como una fuente potencial generadora de BURNOUT a tener muy en cuenta. (7)

La mayoría de los profesionales que inician su carrera laboral lo hacen teniendo expectativas de desarrollo personal y de éxito en su profesión, de manera especial los que trabajan en tareas de servicio social y están comprometidos en ayudar a

otras personas como es el médico pues son personas que tienen la expectativa de contribuir positivamente en el mejoramiento de las condiciones de aquellos a quienes sirven y muchas veces estas expectativas se constituyen en el origen de sus fracasos profesionales. Estas personas están propensas a caer en el estado de fatiga o frustración con respecto a su devoción a una causa, forma de vida de estrés avanzado, un desgastarse, sentirse exhausto por demandas excesiva de energía al cual se le dio el nombre de BURNOUT (8).

## MARCO TEÓRICO

Burnout, es un síndrome clínico descrito en 1974 por Herbert J. Freudenberger, psicólogo clásico. Familiarizado con las respuestas al estrés, quien observó que al año de trabajar, la mayoría de personas sufrían pérdida progresiva de energía, hasta llegar al agotamiento y depresión, aunque su categorización y difusión se debe principalmente a Cristina Maslach, investigadora de psicología social, a partir de la segunda mitad de los 70's.

Este síndrome es llamado: síndrome de desgaste profesional o síndrome de desgaste ocupacional o síndrome del trabajador consumido e incluso síndrome de quemarse por el trabajo. Cuando se dice que un profesional esta "quemado", indica que su situación familiar, social o laboral le han sobrepasado y ha quedado reducida su capacidad de adaptación.

Es una patología severa, relativamente reciente que consiste 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 y que conlleva graves consecuencias físicas y psicológicas que incluye fatiga crónica, ineficiencia y negación de lo ocurrido. Se produce cuando se desequilibran las expectativas en el ámbito profesional y la realidad del trabajo diario.

Se suele presentar en aquellas situaciones laborales en las que los niveles excesivos de exigencia ya se han vuelto un hábito inconsciente e incluso socialmente ha sido aceptado. Las consecuencias en la salud pueden ser muy graves: desde deterioro de las relaciones interpersonales, desgaste o pérdida de la empatía y síntomas emocionales (depresión) hasta síntomas físicos como insomnio crónico, daños cerebrales; cardiovasculares y gastrointestinales.

Algunos estudios sociológicos efectuados para determinar el grado de satisfacción de los médicos con su situación profesional ofrecen cifras alarmantes de insatisfacción y desilusión que van del 10 al 15 % lo que se acompaña de angustia y desinterés para la práctica de la profesión.

En Japón el desgaste ocupacional llegó a un nivel dramático. Con la palabra KAROSHI, que significa "MUERTE POR EXCESO DE TRABAJO", los nipones comenzaron a describir a finales de los años 60 las consecuencias nefastas de tener jornadas excesivas (9) es un mal invisible que afecta y repercute directamente en la calidad de vida de los individuos que trabajan con personas.

Las principales áreas en donde se ha investigado este padecimiento han sido: medicina, la docencia y enfermería, sin embargo también han atacado a deportistas de élite, empresarios etc. En especial padecen el síndrome personas altamente calificadas y comprometidas. Las relaciones personales o matrimoniales padecen las consecuencias y terminan por romperse, el trabajo es lo más importante en la vida de los afectados.

Aunque este síndrome se da con mayor frecuencia en el ámbito laboral, cada vez es más visto en estudiantes, quienes se sienten agobiados en la temporada de exámenes, si el síndrome se prolonga el afectado suele abandonar los estudios. El personal que labora con pacientes requiere de control mental y emocional además de una alta concentración y responsabilidad, pues comparte con el enfermo y su familia la ansiedad, depresión y sufrimiento espiritual ligados al diagnóstico.

Esta situación exige de los profesionales en cuestión un alto nivel de eficacia laboral y compromiso personal que, a su vez provocan desgaste físico y mental afectando sus emociones y necesidades.

El médico siempre comprometido a un esfuerzo intenso y prolongado de preparación muy superior a lo exigido a otros profesionales, ha dejado de ser un elemento socialmente respetado, para convertirse en un asalariado más con retribuciones a veces inferiores a las de otros profesionales con titulación equivalente y cuya actividad profesional requiere menos exigencia y responsabilidades.

El síndrome ataca especialmente cuando el horario de trabajo supera las ocho horas del día y cuando la remuneración económica es inadecuada, con sueldos bajos, escasos incentivos profesionales y pérdida de prestigio social, también sucede por las inconformidades con los compañeros de trabajo y sus superiores cuando lo tratan de manera incorrecta lo que condiciona un pésimo clima laboral.

Otros investigadores consideran que los factores asociados a la aparición del síndrome son la insatisfacción marital, las relaciones familiares empobrecidas, la

falta de tiempo de ocio y la sobrecarga laboral. Todos estos elementos, sin olvidar la edad y el tiempo de experiencia profesional del médico o del enfermero (a), representan factores propicios para el desarrollo del síndrome de BURNOUT.(10)

En cuanto a su forma de aparición. Existen diferentes opiniones; algunos investigadores planean que la despersonalización no es mediadora, sino que unida a la falta de realización personal son consecuencias del agotamiento emocional.

EL BURNOUT pueden generar fatales consecuencias éticas, ya que se caracteriza en primer Lugar, por el agotamiento emocional que se traduce en una pérdida de sus recursos emocionales ante su paciente, el profesional se siente cansado con toda una serie de manifestaciones orgánicas como son las psicósomáticas, entre las que se encuentran, cefalea, úlceras, alteraciones del sueño y disfunciones sexuales, que hacen que no pueda ser capaz de pensar en la magnitud de los problemas de los pacientes ni en su solución.

Esto desde el punto de vista ético pone en peligro el objetivo de la labor del médico y personal de enfermería a la vez que fomenta la despersonalización, por ejemplo, el distanciamiento afectivo, actitud cínica, impaciencia e irritabilidad, lo que engendra una actitud, en la que se pierde el respeto al paciente, se es injusto en su trato, no se hace el bien si no que se le hace daño.

A la par de estos síntomas, el actuar del paciente se vuelve más demandante, exigente e hipercrítico, convirtiendo al profesional de la salud en el blanco de sus protestas, incluso de todo el sistema sanitario. Situación que impacta al "yo" del prestador del servicio. Lo cual origina una relación hostil entre el profesional que

presta el servicio y el que lo recibe, el servidor se pone a la defensiva, actúa con desconfianza hacia su paciente, hacia sus familiares o hacia la sociedad.

Visto desde otra perspectiva, otra víctima del síndrome es la propia institución de trabajo, pues al tener personal que padece el síndrome provoca minusvalía de la calidad de atención, dañando la imagen institucional.

El modelo opresión-demografía, propuesto por MASLACH y JACKSON (1981) considera que las características opresoras del trabajo en su combinación con las características Socio-Demográficas son las causas principalmente del BURNOUT. Cabe descartar que este modelo es el más seguido en la actualidad.

El modelo demografía-personalidad — desilusión, propuesto por Sahili González (2010) incluye los factores Socio-Demográficos, que se conjuntan con la presión emocional, el elevado involucramiento en las tareas, exceso de trabajo así como la demanda de atención; lo cual incluye el concepto de desgaste por estrés, en combinación con la desilusión gradual sobre el entorno, todo lo cual condiciona una pérdida en el interés vocacional y una disminución de la energía. (11)

Diversos estudios indican que cuanto mayor grado de control tiene las organizaciones, mas aumenta la desmotivación en los individuos lo que los puede llevar a casos de BURNOUT.

Andreas Gehmeyr ( 15 de agosto de 1993) dice: que la ironía del BURNOUT es que le sucede a la misma persona que previamente era un profesional con mucho entusiasmo y despliegue de energía, que al pasar el tiempo sin los resultados esperados se frustra al insistir en una situación que escapa a las posibilidades reales,

Esta patología se desarrolla a partir de la tensión que genera al asumir la atención de los problemas de otros. (12)

El problema surge cuando los horarios no les permiten solucionar todo lo que quieren o que habían idealizado, la profesión y la realidad no se parece en nada a lo que había imaginado que era.

A la sobrecarga emocional frecuentemente se agrega una sobrecarga de trabajo, falta de tiempo, falta de personal, de material, etc. Lo cual progresivamente genera conflictos dentro del trabajo y de la familia, condicionando disminución del rendimiento, llegando a ignorar a las otras personas, comportándose de una manera fría o indiferente.

Esto favorece la aparición de manifestaciones conductuales en el profesional de la salud como el ausentismo laboral, el abuso de las drogas y su incapacidad para vivir de forma relajada; dificultades en la comunicación, disminución en la capacidad de trabajo y conductas violentas, que ponen en peligro la realización profesional del individuo, acompañándose de sentimientos de frustración. Un ejemplo es el que se detectó en las enfermeras jóvenes de entre 20-29 años que eran las que más se divorciaban a consecuencia de la presencia del síndrome. (13)

Es por esto que la presencia de esta alteración en la salud de los trabajadores de la salud constituye un verdadero obstáculo para nuestro Sistema Nacional de Salud, que está sufriendo un proceso transformador y renovador de sus servicios camino a la excelencia. Este proceso de deterioro lleva implícito una disminución en la calidad de la atención brindada a la población. Es necesario trabajar buscando que

sea lo más parecido a la perfección, ya que en todo el proceso de perfeccionamiento del sistema de salud, el eje central es el paciente y su grado de satisfacción (14)

El estrés laboral se considera como el conjunto de fenómenos que se suceden en el organismo del trabajador, y que son consecuencia de la presencia de agentes estresantes nocivos derivados directamente de la actividad laboral. (15)

Los estímulos psicosociales que están presentes en el trabajo son para el trabajador, habitualmente un conjunto de percepciones y experiencias muy diversas, siendo algunas de ellas de carácter general pero otras inherentes a las expectativas personales de cada individuo, como por ejemplo:

Las de tipo económico, las referentes al desarrollo personal, y las que tiene que ver con las relaciones humanas y sus aspectos emocionales. (16)

Estas consideraciones son relevantes, ya que el enfoque más común para abordar la interacción entre el medio psicológico laboral y la salud de los trabajadores ha sido de la presencia o ausencia de estrés. (17)

Las exigencias que existen en el ámbito laboral generan tensión inevitablemente, sin embargo cierto nivel de presión sobre los trabajadores puede ser aceptable si con esto se logra mantener un desempeño con motivación e interés, lo que se retroalimenta al conseguir logros y estímulos. (18)

En términos generales, un trabajo saludable será aquel en que la presión sobre el trabajo se corresponda con sus habilidades y capacidades, y el grado de control que logre ejercer sobre sus actividades. (19)

Podríamos señalar que un entorno laboral saludable no solamente es aquel en que hay ausencia de circunstancias perjudiciales, sino en donde se fomenta factores que promueven la salud del individuo. (20)

En este sentido, se debe establecer que una favorable promoción de la salud debe incluir estrategias como la evaluación y minimización constante de los riesgos laborales, la información y la capacitación adecuada en materia de salud y las practicas institucionales de apoyo entre otras cosas.(21)

Cuando el estrés laboral es constante el individuo puede: estar cada vez más angustiado e irritable y sufrir problemas físicos graves como: cardiopatías, arritmias, trastornos digestivos, aumento de la tensión arterial, etc. Actualmente se ha logrado identificar otro tipo de estresores y podemos dividirlos en diversas categorías: ambientales, familiares, personales e impersonales. (22)(23)

Por otro lado las mujeres son las más vulnerables en presentar este padecimiento ya que estas tienen un doble rol, en la tarea profesional y en lo familiar. El estado civil está asociado al síndrome ya que parece que las personas con pareja estable y sin hijos son las más perjudicadas.

Para algunos expertos este síndrome se desarrolla en tres fases evolutivas: en primer lugar existe una pérdida de balance entre las demandas y los recursos, es decir se presenta estrés psicosocial.

En segundo lu.gar existe un estado de tensión psicofísica y por último .se suceden varios cambios conductuales, como el evitar tareas estresantes y procurar el

Alejamiento personal, por lo que existe una tendencia a tratar a los pacientes en forma distanciada, rutinaria y mecánica.

El problema se tiende a negar y habitualmente los compañeros de trabajo son quienes primero lo notan. Existe una fase irreversible que siempre será conveniente tratar de evitar y puede darse en 5-10% de los casos, lo que es grave ya que favorece al abandono de las actividades laborales. (24)

Del mismo modo el síndrome se puede manifestar por cuatro niveles de patología: falta de ganas de ir a trabajar y dolores corporales diversos. Empieza a generar malestar la interacción con otros e inicia con sentimientos de persecución o de que todos están en contra. Se incrementa el ausentismo laboral, cambios de área de trabajo o de turnos laborales.

Existe disminución notable en la capacidad laboral, aparecen enfermedades psicosomáticas, inicia la tendencia a la automedicación o al consumo de bebidas alcohólicas. Finalmente se genera una etapa de alcoholismo franco, farmacodependencia, intentos de suicidio, accidentes y se abandona definitivamente el trabajo. (25)

Los sujetos afectados por este síndrome muestran desilusión, irritabilidad, sentimientos de frustración, enojo. rigidez, terquedad e inflexibilidad, así mismo afloran síntomas psicosomáticos y como consecuencia se produce un deterioro de la salud en las personas afectadas por este síndrome. (26)

Tal vez dentro del ejercicio de la profesión médica existan especialidades que por sus características puedan ser de mayor riesgo para el desarrollo de BURNOUT,

Como el personal médico que labora en servicios de urgencias o en unidades de cuidados intensivos y en aquellos que se dedican a la psiquiatría, medicina interna así como Anestesiólogos. (27) (28)

La muerte por suicidio es el mayor riesgo ocupacional para los médicos, el suicidio entre los médicos varones es mayor del 40% que entre la población de hombre en general. EL BURNOUT pareció estar asociado con el incremento de la ideación suicida, mientras la recuperación de BURNOUT se asocia con la disminución de esta. (29)

De la misma manera el profesional de enfermería está sometido a diversos factores estresantes que afectan su biorritmo, el trato con los usuarios demandantes, el contacto con la enfermedad, el dolor, la muerte, provocando conflictos; un ejemplo sería la escasez de personal lo que condiciona sobrecarga laboral y dobles jornadas de trabajo. (30) (31)

En los últimos años ha aparecido un nuevo marco que reorienta el ejercicio de la enfermería e implica nuevos procedimientos y funciones, cambios en los programas de formación de los profesionales y aumento en la demanda de servicios de salud. (32) Por lo que apenas se han realizado trabajos que demuestran la presencia de este síndrome y la influencia de este en la calidad de vida laboral de los enfermeros(as).

Autores como CAPILLA (2000) menciona que se requiere al menos seis meses de exposición continua, así como estar expuesto a un excesivo grado de exigencias (33) para desarrollar este padecimiento, generando el desarrollo de diversas

Manifestaciones en la salud de los trabajadores dentro de un periodo crítico entre el segundo y quinto año de experiencia en el ámbito médico asistencial. (34)

En base a lo anterior, habrá que tomar en cuenta que el medio hospitalario es compartido también con el plano familiar, ocasionando cambios de conducta, problemas de relación con hijos, con los padres, etc. Esto ayuda a agrupar los factores estresantes en tres grupos:

- a) Factores relacionados con el trabajo
- b) Factores externos o no relacionados con el trabajo
- c) Características individuales o personales

Este aspecto es a lo que Gil Monte (1998) refiere como “estrategias de afrontamiento” y que cuando estas estrategias fallan o son inadecuadas se desencadena en la persona una serie de síntomas propios del desgaste emocional que está viviendo. (35)

Considerando lo anterior, resulta importante destacar que una de las instituciones que desde hace un par de años vienen introduciendo el estudio del síndrome de desgaste o BURNOUT entre sus temas de investigación, es la Universidad Autónoma de Madrid, la cual lo define como una forma específica de estrés laboral.

En un estudio en Israel en el año de 2001 reportan que el síndrome está presente de manera significativa en los directores de clínica y que el fenómeno va aumentando sobre todo cuando el rol que desempeña en la institución hospitalaria, es conflictivo.

El síndrome se divide en tres dominios interrelacionados:

Agotamiento emocional; los individuos sienten que ya no pueden dar más de sí mismos, están exhaustos física y psíquicamente.

Despersonalización; se genera el desarrollo de sentimiento negativos y actitudes de cinismo hacia las personas que atienden, aislamiento y evitación de otras personas.

Falta de realización personal; los profesionales muestran cierta falta de habilidad para realizar su trabajo en relación a las personas que atienden con sentimientos de fracaso y baja autoestima.

En la década de los 80“s la psicóloga CRISTINA MASLASCHEW en california, retomó el término utilizado por FREUDENBERG para definir el síndrome de agotamiento profesional, fue así que el inventario MASLASCHEW, el cual desde su inicio en 1981 es el instrumento más utilizado en todo el mundo para evaluar la existencia de este trastorno.

Consiste en un cuestionario formado de 22 puntos en forma de afirmaciones con 7 opciones de respuesta con escala tipo LIKERT de 0—NUNCA a 6—TODOS LOS DIAS para cada reactivo; sobre los sentimientos y actitudes de profesional en su trabajo. Se valoran los tres aspectos fundamentales del síndrome. Altas puntuaciones en las dos primeras y bajas en la tercera permiten diagnosticarlo.

El inventario de MASLASCHEW es el instrumento que ha sido ampliamente utilizado para evaluar este trastorno y mide tres dominios del síndrome de Burnout que consiste en:

- DOMINIO CANSANCIO EMOCIONAL conformado de 9 preguntas: 1, 2, 3, 6, 8, 12, 14, 16,20 y valoriza la vivencia de estar exhausto emocionalmente por las demandas de trabajo. Puntuación máxima 54, se considera alta con una puntuación mayor a 33, su puntuación es directamente proporcional a la intensidad del síndrome, cuanto mayor es la puntuación, mayor es el agotamiento emocional y el nivel de BURNOUT experimentado por el sujeto.
- DOMINIO DESPERSONALIZACION: conformado por 5 preguntas 5, 10, 11, 15, y, 22 valora el grado en que cada individuo reconoce actitudes de frialdad y distanciamiento. Puntuación máxima 30, se considera alta en una puntuación mayor a 20, cuanto mayor es la puntuación mayor es la despersonalización y el nivel de BURNOUT que experimenta al sujeto.
- DOMINIO REALIZACION PERSONAL: se compone de 8 preguntas: 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21 evalúa los sentimientos de auto eficacia y realización personal en el trabajo. Puntuación máxima 48, se considera baja con una puntuación menor a 33, cuanto mayor es la puntuación, mayor es la realización personal, es decir menor puntuación de realización personal más afectado estará el sujeto.

Estas tres escalas tienen una gran consistencia interna, considerándose el grado de agotamiento como una variable continua con diferentes grados de intensidad:

0=NUNCA

1=POCAS VECES AL AÑO 0 MENOS

2=UNA VEZ AL MES 0 MENOS

3=UNAS POCAS VECES AL MES 0 MENOS

4= UNA VEZ A LA SEMANA

5= POCAS VECES A LA SEMANA

6= TODOS LOS DIAS

Durante su formación académica los médicos son sometidos a una gran carga horaria, a la necesidad frecuente de reprimir emociones personales y a la exposición constante a estrés emocional e intelectual por lo que es probable la aparición del síndrome de BURNOUT que podría ser la causa de errores en la atención médica y en el deterioro en la calidad de vida del profesionalista.

Las consecuencias del síndrome son potencialmente serias todo lo que le puede aumentar el número de errores, condicionando deterioro de la calidad de los servicios y como consecuencia el número de reclamos, faltas laborales, pérdida de tiempo durante horas de trabajo y mala utilización de recursos.

Para evitar su aparición, es importante reconocer e identificar los factores desencadenantes; para ello se recomienda:

- Reconocer las situaciones de estrés y su consecuencia
- Identificar factores de riesgos
- Tomar medidas de prevención adecuadas
- Desarrollar estrategias de contención para los casos identificados

Síndrome de BURNOUT completo: son aquellos individuos con niveles altos de agotamiento y despersonalización y niveles bajos de realización personal, en tanto que el síndrome de BURNOUT incompleto serán aquellos individuos que presenten algunos niveles de agotamiento y despersonalización con niveles medios de realización personal. (42).

La salud laboral es, en la época actual un importante indicador para el aumento del bienestar y la calidad de vida. Toda actividad profesional implica la exposición a estímulos estresantes que pueden potenciar la inadaptación y afectar la salud física y emocional en sujetos susceptibles.

La vida de un médico está dirigida a la atención directa de los seres humanos, en cuanto a que se trabaja para evitar o controlar enfermedades que atenten contra el equilibrio del bienestar biopsicosocial que cada ser humano debe conservar, para que así aproveche todas sus potencialidades y transite por la vida con el pleno disfrute de un cuerpo, una mente y un espíritu sano.

En este caso, la actividad de los profesionistas de la salud implica un compromiso personal y una interacción directa con los problemas y preocupaciones de los pacientes con los que tiene contacto, problemas cargados de muy diversos sentimientos, preocupaciones, miedos, rechazos, desesperanzas cuya solución no siempre es fácil o rápida y que en consecuencia aumenta cargas en muchos casos de estrés ya existentes.

El estado de salud de un trabajador depende en gran medida de la actividad laboral que desempeña, de las condiciones de trabajo y de la realidad social en que se desarrolla.

Este hecho, se complica dado que es médico el que será el tratante de otros médicos

(compañeros de labor y del mismo “mal”), aunado a la sospecha y al prejuicio social que existe sobre la enfermedad mental dentro de nuestra sociedad.

Bajo esta perspectiva, se podría decir que los médicos resultan muy malos “pacientes”, pues muchos de ellos se rehúsan a consultar a sus colegas acerca de sus molestias físicas y esta evasión se fortalece cuando los síntomas apuntan a un posible daño psicológico.

Algunos factores subyacentes a tal manifestación de resistencia por parte del profesional de la salud, pueden ser el proceso por el cual los médicos no proyectan sus debilidades y vulnerabilidades a sus pacientes.

Este acto de malentendida “omnipotencia”, se ve fortalecido por la estructura social de la propia carrera y de especial manera por la inherente competencia que se da dentro del contexto hospitalario.

Es entonces cuando el médico, profesional “todo poderoso”, se vuelve vulnerable ¿Qué debe hacer cuando tenga dudas, depresión o cuando simplemente se encuentre en dificultades?

Si prevalece la suposición de que los médicos pueden curarse a sí mismos, de ahí que recurran al consumo de alcohol, a las drogas, al trabajo compulsivo y a la negación, ya que cada uno de estos elementos le añade una dosis más al manejo de su integridad mental.

E.GUTHRIE y D. BLACK (1997), argumentan que en la profesión médica existe una especial vulnerabilidad al aniquilamiento debido a los ideales tan elevados de la profesión y a las largas horas de trabajo. Además de las profesiones adicionales que las reformas al sector salud han impuesto en las últimas décadas (políticas de calidad, calidad en el servicio, certificaciones, etc.), el incremento en cargas de

trabajo, en las expectativas de los pacientes, quejas contra el mal servicio médico, juicios por “mala praxis”. Etc., configuran un conjunto de fuentes de estrés a las que enfrenta día a día el médico.

HALE(1997) menciona que existen diversas fuentes de ansiedad de acuerdo al tipo de instituciones donde se labora, en caso particular del hospital general la que pueda considerarse como fuente principal de estrés y ansiedad esta originada por la asociación con la enfermedad y la muerte.

El médico que trabaja en este tipo de instituciones no solo se enfrenta a la enfermedad y a la pérdida de la vida; sino, a los efectos del envejecimiento y la decrepitud, sobre todo en médicos jóvenes ya que les recuerda su propia mortalidad.

En el caso del hospital psiquiátrico, las fuentes de ansiedad y estrés se encuentran en el tratamiento de la locura y la degradación humana por esta causa. En el servicio forense la mayor fuente de estrés y ansiedad se ubica en las prácticas corruptas propias de este tipo de instituciones.

Los beneficios de la promoción de la salud en el trabajo incluyen el aumento en la productividad, la disminución del ausentismo, el aumento en la moral de los empleados, reflejado en la lealtad hacia la institución, el incremento de la habilidad para ejecutar y desarrollar tareas de alta calidad y por consiguiente el aumento de la satisfacción laboral.

Para terminar sería importante retornar el planteamiento de SALANOVA y SCHAUFELI quienes concluyen que el elemento central de una dirección consistente de los recursos humanos radica justamente “EN CUIDAR” y “NO QUEMAR” a los empleados ya que estos son el corazón de la Institución. (42)

Desde la identificación de esta psicopatología ha existido interés en el desarrollo

de intervenciones encaminadas a su reducción, así como para mejorar la calidad de vida laboral y prevención del estrés en el trabajo; tal vez con un breve periodo de baja laboral no involucrándose de modo excesivo en el trabajo, técnicas de relajación y realización de algún deporte para moderar el afecto emocional, así como una mejor organización. En casos severos se puede recurrir a psicovigilancia, psicoterapia y uso de antidepresivos y ansiolíticos. El soporte social se correlaciona con los bajos niveles de Burnout, por lo que se recomienda dedicarle el tiempo necesario a la familia, amigos y otras relaciones sociales, factores que ayudan a prevenir el síndrome. Por lo tanto, atender estas variables, entre otras, se considera podría coadyuvar a continuar preservando los estándares en la calidad de la atención que tanto preocupa a las autoridades del sector salud, pero sobre todo permitir una mejor calidad de vida personal y laboral a favor de los médicos y enfermeras cuyas responsabilidades para con sus pacientes siempre son prioritaria.

## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Recientemente las últimas investigaciones sobre el estrés laboral, sus consecuencias y características propias, han logrado determinar la existencia de un nuevo trastorno, sobre el cual en nuestro país ya existen suficientes estudios que sustentan la existencia del mismo y me refiero a este fenómeno particular de estrés laboral que se denomina síndrome de BURNOUT.

Patología también conocida como el síndrome de "quemarse en el trabajo". Todo esto conduce a que los trabajadores formulen críticas y quejas en cuanto a las condiciones en que se desarrollan sus actividades de su carrera profesional, traducándose, en perjuicio para la salud. Esto ha llevado a que en los últimos años el síndrome de BURNOUT se constituya de manera creciente en uno de los focos de mayor atención, toda vez que esto lleva al profesional médico o de enfermería a un detrimento en sus actividades laborales.

De lo anterior; surge la necesidad personal de plantear la siguiente pregunta: ¿Cuál es la prevalencia del síndrome de BURNOUT En los profesionales (Medico-Enfermera) de base que laboran en el Hospital General Toluca Dr. Nicolás San Juan?

## JUSTIFICACIÓN

El presente estudio se realizará considerando que este disturbio va adquiriendo progresivamente más relevancia entre los profesionales encargados de atender la salud de la población, específicamente los médicos y las enfermeras y tomando en cuenta que los factores generadores de estrés en ellos son múltiples y de carácter crónico, dada la gran responsabilidad que representa trabajar con pacientes, sobre todo en grandes unidades hospitalarias donde la demanda de atención siempre es creciente, intensa y prioritaria, lo cual desencadena de manera progresiva e irreversible diferentes grados de afectación clínica en dicho personal.

## **OBJETIVO GENERAL:**

Identificar los casos de síndrome de **BURNOUT** en los Médicos y Enfermeras (os) de base que laboran en los diferentes turnos del Servicio de Medicina Interna del Hospital General Toluca Dr. Nicolás San Juan.

## MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizará un estudio de tipo transversal y descriptivo utilizando como población de estudio a los Médicos de base así como al personal de Enfermería de base, que laboran en los diferentes turnos del servicio de Medicina Interna del Hospital General Toluca Dr. Nicolás San Juan, en el año 2019, después de obtener la autorización de las autoridades correspondientes.

Se aplicará a cada uno el cuestionario estructurado llamada Maslach **BURNOUT** Inventory (MBI) adaptado al español. Dicha escala está compuesta por 22 ítems, divididos en 3 sub escalas que miden tres dimensiones; agotamiento emocional (AE) despersonalización (DP) y realización personal (RP), que caracterizan al síndrome de **BURNOUT**.

Se dividirán en subgrupos de acuerdo a: edad, sexo, (femenino, masculino); estado civil (casado, soltero, divorciado), años de servicio prestados en la unidad (0-10, 11- 20, 21- 30) y grado académico, con la finalidad de recabar datos que permitan confirmar la presencia de este síndrome en dicho personal, y con ello determinar la prevalencia del mismo.

El universo de trabajo incluirá al personal mencionado (Médicos de base y Enfermeras de base) que haya sido considerado en dicho estudio; en tanto que el tamaño de la muestra estará en base al porcentaje de incidencia en la proporción esperada de esta psicopatología.

Se solicitará a los participantes que respondan al cuestionario de manera voluntaria y anónima previo consentimiento informado.

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN
BURNOUT AGOTAMIENTO EMOCIONAL	Es la vivencia o sensación que experimentan las personas de estar exhaustos en el ámbito emocional por las demandas del trabajo	Respuesta a la su-escala de agotamiento emocional del Maslach Burnout Inventory (MBI) mostrando una confiabilidad de 0.75 a 0.90	Agotamiento emocional: consta de 9 items con opciones de respuesta que van desde nunca (0) a todos los días (6)	Intervalo o tipo Likert
BURNOUT REALIZACIÓN PERSONAL	Sentimientos de escasa competencia y fracaso profesional	Respuesta a la su-escala de realización personal del Maslach Burnout Inventory (MBI) cuenta con una confiabilidad de 0.81	Realización personal consta de 8 items; con opciones que van desde nunca (0) hasta todos los días (6)	Intervalo o tipo Likert
SINTOMATOLOGÍA DE ESTRÉS	Repercusiones físicas, funcionales, psicológicas y sociales que resultan de la exposición de una persona ante el estrés.	Respuesta al inventario de sintomatología del estrés señalado por: Benavides, Moreno Garrosa y Hernández	Consta de 30 items	Razón tipo Likert

## INVENTARIO DE MASLACH BURNOUT (MBI)

			Nunca	Alguna vez a año o menos	Una vez al mes o menos	Algunas veces al mes	Una vez a la semana	Varias veces a semana	Diariamente
			0	1	2	3	4	5	6
	EE	Debido a mi trabajo me siento emocionalmente agotado.							
	EE	Al final de la jornada me siento agotado.							
3	EE	Me encuentro cansado cuando me levanto por las mañanas y tengo que enfrentarme a otro día de trabajo.							
4	PA	Puedo entender con facilidad lo que piensan mis pacientes.							
5	D	Creo que trato a algunos pacientes como si fueran objetos.							
6	EE	Trabajar con pacientes todos los días es una tensión para mí.							
7	PA	Me enfrento muy bien con los problemas que me presentan mis pacientes.							
	EE	Me siento "quemado" por el trabajo.							
9	PA	Siento que mediante mi trabajo estoy influyendo positivamente en la vida de otros.							
10	D	Creo que tengo un comportamiento más insensible con la gente desde que hago este trabajo.							
11	D	Me preocupa que este trabajo me está endureciendo emocionalmente.							
12	•	Me encuentro con mucha vitalidad.							
13	EE	Me siento frustrado por mi trabajo.							
14	EE	Siento que estoy haciendo un trabajo que no me gusta.							
15	D	Me ocurre a algunos de los pacientes a los que tengo que atender.							
16	EE	Mantener en contacto directo con los pacientes me produce bastante estrés.							
17	PA	Tengo facilidad para crear una atmósfera relajada a mis pacientes.							
18	PA	Me encuentro animado después de trabajar junto con los pacientes.							
19	PA	He realizado muchas cosas que merecen la pena en este trabajo.							
20	EE	En el trabajo siento que estoy al límite de mis posibilidades.							
21	PA	Siento que se enfrentan de manera adecuada los problemas emocionales en el trabajo.							
22	O	Siento que los pacientes me culpan de algunos de sus problemas.							

SEXO: F      M      EDAD: \_\_\_\_\_      PROFESION: \_\_\_\_\_      TURNO: \_\_\_\_\_

Años de Servicio: \_\_\_\_\_      Estado Civil: \_\_\_\_\_

Se procederá a la realización de este estudio a partir de que se dictamine ACEPTADO el mismo, por el comité de ética de investigación del Hospital General Toluca, Dr. Nicolás San Juan; hasta que se concluya sin rebasar el año 2019.

El procesamiento de los datos se realizará en el Software Microsoft Excel.

INSTITUTO DE SALUD DEL ESTADO DE MÉXICO

HOSPITAL GENERAL TOLUCA DR. NICOLAS SN JUAN

ISEM



### PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN

Prevalencia del síndrome de Burnout en el personal médico y de enfermería del servicio de medicina interna del Hospital General de Toluca Dr. Nicolás Sn Juan

### DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Se aclara que el entrevistador ha sido informado detalladamente sobre la finalidad clínica que se persigue con la presente encuesta que se les realizará, aclarando que será totalmente anónima.

Todo ello tal y como lo establecen los fundamentos legales, por lo cual entiende y acepta responder este cuestionario.

Toluca de Lerdo, México. Enero 2022

## SÍNDROME DE BURNOUT

ORGANIZACIÓN:

ASESOR:

Dr. José Luis Flores Morales

INVESTIGADOR:

Dr. Alberto Esteban Miranda Lara.

## SÍNDROME DE BURNOUT

### FINANCIAMIENTO.

Los costos que se generen de la realización de esta investigación, serán cubiertos en su totalidad por el propio investigador.

# RESULTADOS:

De 35 cuestionarios entregados, se recolectaron y se analizaron 33 y se anularon 2 (dos) por ser personal becario (no base) por lo que solo se analizaron en total treinta y tres (33) cuestionarios. Fueron respondidos tanto por mujeres (19) (57.5%) y por hombres (14) (42.4%).

Grafica 1

Siendo los intervalos de edad, como a continuación se detallan:

Mujeres: de 20 a 40- (9)  
De 41 a 50-(4) y  
De 51 a 60- (6)

En tanto que para hombres fue:

De 20 a 40-(9)  
De 41 a 50-(3)  
De 51 a 60-(2)

Apreciándose predominancia en las primeras décadas de la vida. grafica 2.

Por otro lado, la profesión que tuvo mayor frecuencia fueron: enfermeras (23) siendo 15 mujeres y 8 hombres; en tanto que la rama medica solo fueron (10), 4 mujeres y 6 hombres. Grafica 3

En cuanto al turno en que laboran los encuestados, (Grafica 4) se obtuvieron los siguientes resultados:

Matutino: 8 4 mujeres / 4 hombres

Vespertino:10 8 mujeres / 2 hombres

Nocturno:13 6 mujeres / 7 hombres

JA (especial):2 1 mujeres / 1 hombre

El estado civil que demostró mayor frecuencia fue: casado con 16 encuestados y de estos fueron 11 mujeres y 5 hombres.

Soltero: un total de 11, con 7 mujeres y 4 hombres.

En unión libre, solo 4 encuestados de los cuales fue 1 mujer y 3 hombres.

Sin respuesta: 1 y una encuesta fue contestada con el termino: feliz (1) grafica 5

La antigüedad en el puesto de cada encuestado arrojó los siguientes resultados:

Antigüedad en el puesto burnout 33 grafica 6

Mujeres:19

1-5a	4	21-25a	5
6-10a	3	26-30a	2
11-15a	4	+30a	1
16-20a _____			

Hombres:14

1-5a	3	21-25a	1
6-10a	5	26-30a	-----
11-15a	4	+30a	
16-20a 1			

Cansancio emocional (CE):3

Femeninos: enfermeras (2) de 46 años y 48 años respectivamente

Doctora (1) de 30 años

Despersonalización (DP):1

Hombres 1-23 años

Realización personal (RE):13

Mujeres (9) enfermeras 7

29a/ 32a/ 33a/ 48a/ 56a/ 58a (2)

Médicos (2) 23a/ 50a

Hombres (4) médicos 3

Enfermero1

23a/ 41a/ 46a/ 50a

Grafica7

Total, encuestados 33-----100%

Con alteración 17-----51.5%

Sin alteración-----48.5%

### Grafica 8

En general los datos presentados en este pequeño análisis. Son por si mismos informativos, que permiten identificar las áreas de oportunidad en la investigación de este tema.

Con respecto a las variables demográficas asociados a esta psicopatología, se puede destacar la edad como una de las variables más frecuentemente señalada; así como: el sexo, la antigüedad en el puesto, el estado civil o la estabilidad de la pareja y la escolaridad

Este pequeño estudio nos demostró que los profesionales de la salud (médicos y enfermeras (os)) denotaron falta de energía, llegando incluso a presentar desmoralización.

Observe que según lo dicho por Maslach y Jackson un sector muy vulnerable a padecer este mal eran principalmente los médicos entre 20%; y 35% de las enfermeras (os). Ya que los niveles de burnout entre ambos sectores tienen las medidas más altas.

### **CONCLUSIONES:**

El síndrome de burnout se caracteriza por una fatiga en el trabajo, con repercusiones en el ámbito laboral y familiar, por desgaste emocional del individuo.

Con la respectiva pérdida de desarrollo de oportunidades tanto en el aspecto personal como profesional.

Este síndrome es un mal que no podemos ver y que afecta y repercute en la calidad de vida de las personas, originando síntomas psicopáticos, de conducta, emocionales y laborales.

Con el procedimiento descrito se identificaron 33 profesionales de la salud (médicos, enfermeras) del servicio de medicina interna del hospital general Toluca, Dr. Nicolás San Juan, siendo esta la población evaluada, representando 10 médicos (porcentaje 30.3%) y 23 enfermeras (os) (porcentaje 69.6%) respectivamente; la población estudiada no mostró equilibrio en cuanto al género pues la mayoría de las muestras evaluadas fueron mujeres, 23 (69.6%).

Se realizó un análisis estadístico tipo transversal y descriptivo. Acto seguido se ordenaron los datos haciendo una lectura global, para que al final se realizara una revisión más exhaustiva que permitió ubicar los núcleos de sentido, cuya presencia significó el objetivo de esta investigación.

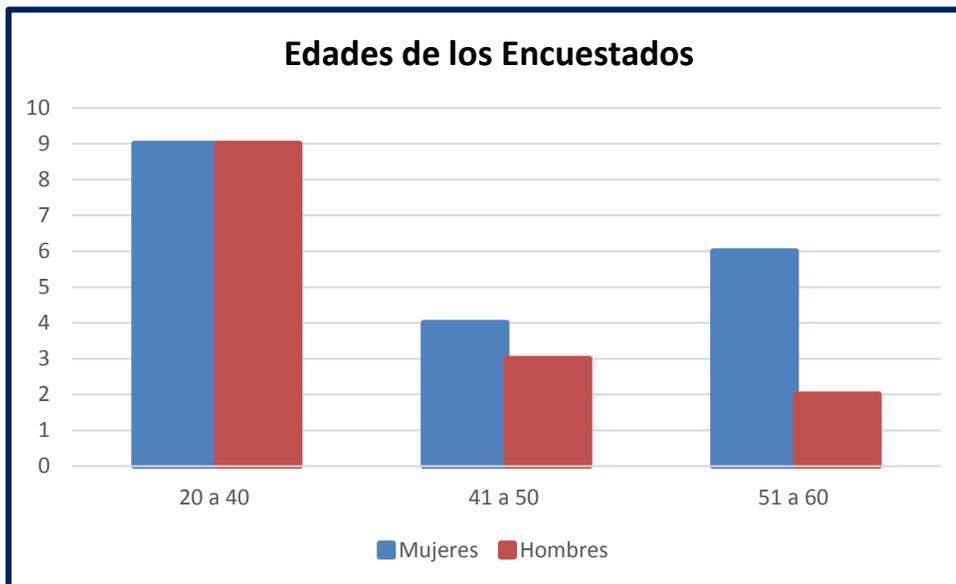
### Síndrome de Burnout

Mujeres	57.50%
Hombres	42.40%
Cuestionario Anulado	0.10%



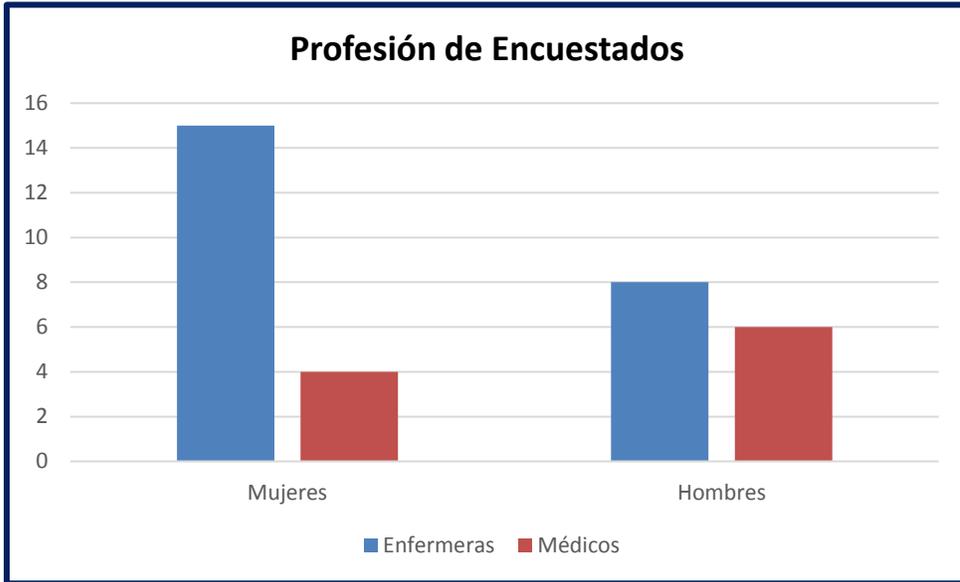
GRAFICA 1

Edad	Mujeres	Hombres
20 a 40	9	9
41 a 50	4	3
51 a 60	6	2



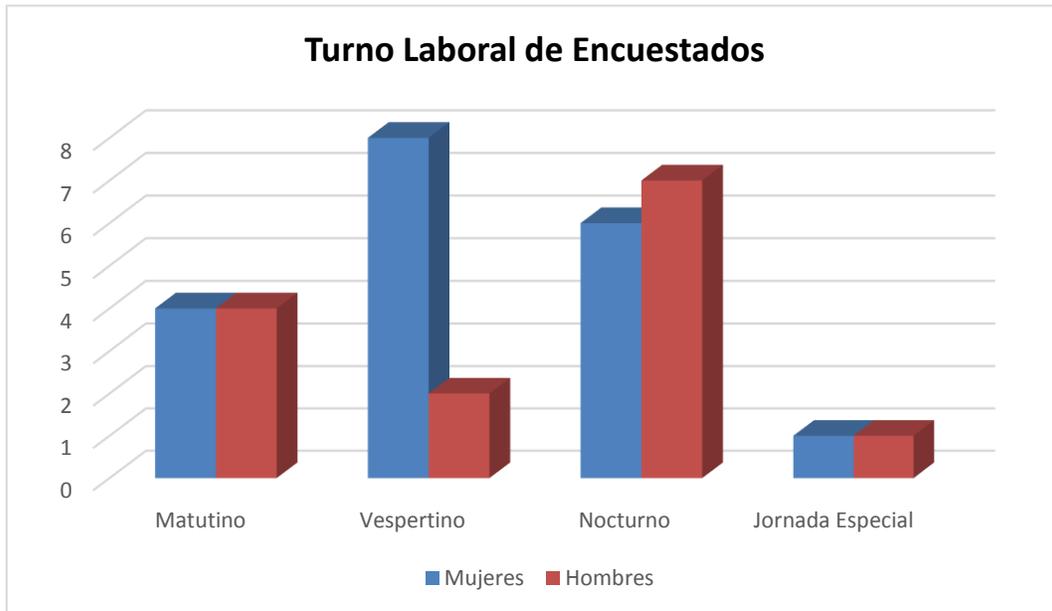
GRAFICA 2

Profesión	Mujeres	Hombres
Enfermeras	15	8
Médicos	4	6



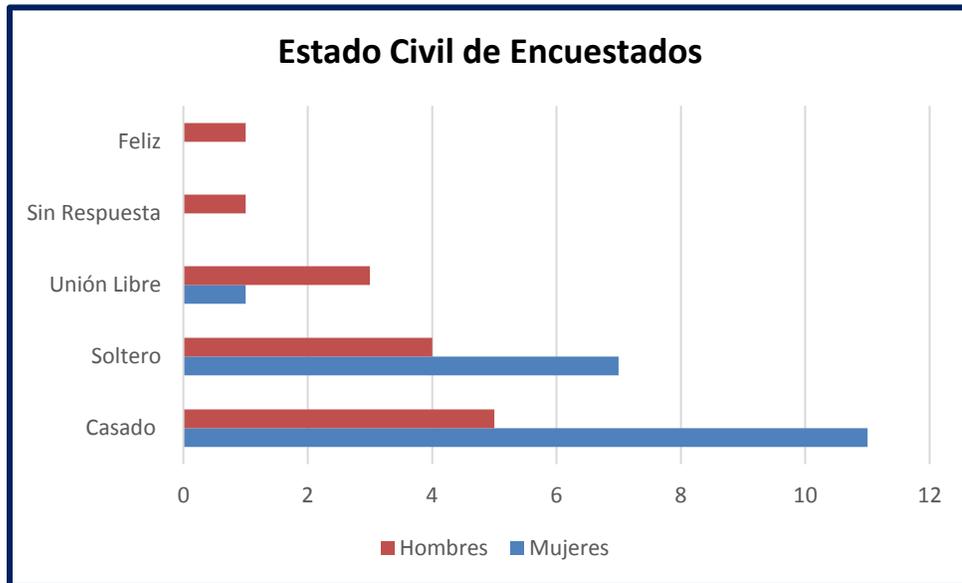
GRAFICA 3

Turnos	Mujeres	Hombres
Matutino	4	4
Vespertino	8	2
Nocturno	6	7
Jornada Especial	1	1



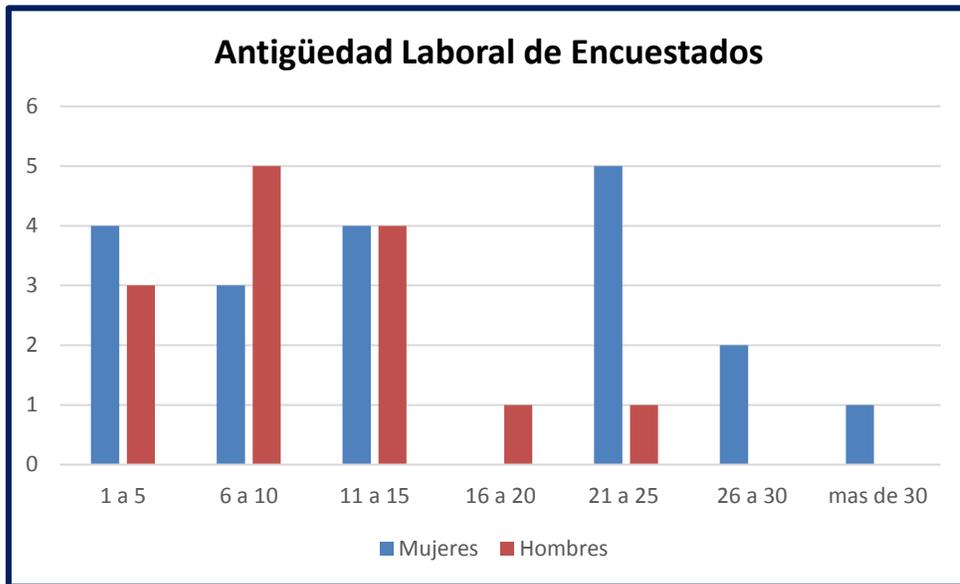
GRAFICA 4

Estado Civil	Mujeres	Hombres
Casado	11	5
Soltero	7	4
Unión Libre	1	3
Sin Respuesta		1
Feliz		1



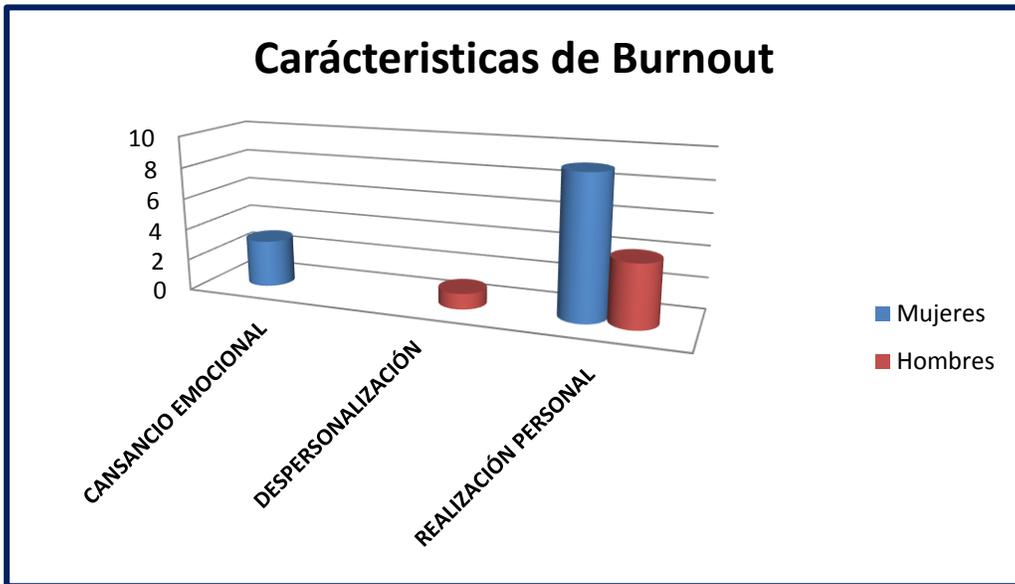
GRAFICA 5

Antigüedad Laboral	Mujeres	Hombres
1 a 5	4	3
6 a 10	3	5
11 a 15	4	4
16 a 20		1
21 a 25	5	1
26 a 30	2	
mas de 30	1	



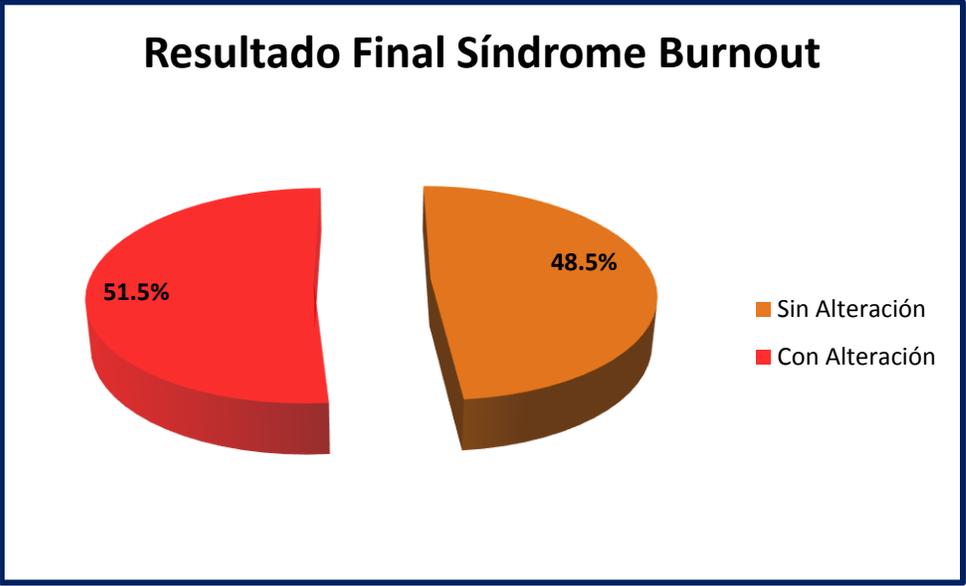
GRAFICA 6

Características de Burnout	Mujeres	Hombres
CANSANCIO EMOCIONAL	3	
DESPERSONALIZACIÓN		1
REALIZACIÓN PERSONAL	9	4



GRAFICA 7

**Sin Alteración**    **Con Alteración**  
48.50%                51.50%



GRAFICA 8

Por lo que se plantean las siguientes **sugerencias**:

- Se recomienda la necesidad de establecer estrategias de detección oportuna de casos, no solamente en esta unidad médica, sino también en otros hospitales integrales del sector salud estatal.
- Es fundamental establecer estrategias de atención para los profesionales que sean portadores de este síndrome y que ya hayan sido identificados.
- Debe ser prioritario establecer programas de orientación, apoyo psicosocial e información a los profesionales que pudieran tener factores de riesgo para el desarrollo de esta patología.
- Sería interesante realizar trabajos de investigación en este campo para lograr la detección de casos en otras unidades hospitalarias del sector salud.
- Se sugiere implementar estrategias y actividades, tales como seminarios para el control de estrés y mejorar el afrontamiento.
- Organizar grupos de reflexión y análisis dinámico del trabajo asistencial.
- Delimitar bien las responsabilidades de cada integrante del equipo de salud disminuyendo las ambigüedades y la tensión en el trabajo.
- Incentivar el reconocimiento profesional por parte de colegas y superiores, favorecer a una retribución económica justa, el sentirse bien pagado, incrementan la imagen profesional y la autoestima.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Dr Rebolledo Mota, J.F, el medico y el dolor, el dolor del médico (síndrome de aniquilamiento). Enero 2003; p13-41.
2. Gil Monte, P.R y Peiro J.M (1997) desgaste psíquico en el trabajo. El síndrome de quemarse, Madrid: síntesis.
3. Cfr. Síntesis presentada en la VI escuela internacional de verano, escuela de salud pública, facultad de medicina, Universidad de Chile; enero 2004,
4. González R. Humanismo, Espiritualidad Y Ética Medica. La Habana: Editora Política 2005.
5. Gonzalez A. el Síndrome de BURNOUT en la enfermería comunitaria de arroyo naranjo (Tesis de Maestría). Ciudad de la Habana: Instituto Nacional de la Salud de los trabajadores; 2003.
6. Códigos Internacionales de ética Bol of sanit panam. 1990; 108 (5-6).
7. Cheryl A. mediaciones en conflictos interpersonales y de pequeños grupos. La Habana: Centro Félix Varela; 2002.
8. Mediano L. Fernández G. El BURNOUT y los Médicos: un peligro desconocido. Gerona: Ricardo Prats y asociados; 2001.
9. Lecturas de Filosofía, salud y sociedad. Colectivo de autores. La Habana: Editorial ciencias médicas; 2000.
10. Freudenberg, Herbert (1974). Staff BURNOUT, The Journal of social issues. Vol. 30 (1). Pp. 159-166.
11. Maslach C. y Jackson S.E. MBI Inventory "BURNOUT" de Maslach. Síndrome del "Quemado" por estrés laboral asistencial. Manual. Tea. Publicaciones de psicología aplicada. Serie menor nurn. 211. Madrid 1997.
12. Ministerio de salud de Japón y le Parisien. Fernando Camacho Servin. Periódico la Jornada. Septiembre 2010, p. 37.
13. Dr. Ali el Sahili González, L.F Docencia, riesgo y desafíos: el síndrome de BURNOUT,(2011).
14. Sariego JR. Bioética desde una perspectiva cubana. La Habana: publicaciones Acuario centro Felix Varela; 1997.

15. El Sahili González, Luis Felipe Al: 2010. Psicología para el docente. Universidad de Guanajuato, León Guanajuato, México.
16. Gehmeyre, Andreas. BURNOUT. UNversidad de Passau. En Inea: <http://www.fmi.uní.passau.de/worterklaerungen/burnout.html>.
17. Cabrera A. Manual de estándares para la administración de servicios de enfermería programa de garantía de calidad y administración, Montevideo: ediciones de enfermería: 2000.  
Anton, a, estrés del médico: método de relajación. Madrid, España, días de santos; 2002
18. Anton, A. Estrés en la enfermería: método de relajación. Madrid, España: días santos; 2002.
19. Arce Arnaez, M.A; Domínguez Carmona, M. Otero puime a. evaluación de la satisfacción laboral en los trabajadores de atención primaria y su relación con la condición de trabajo. Madrid, España: facultad de medicina. Departamento de medicina preventiva salud pública e historia de la ciencia servicio de publicaciones, 1992.
20. Ausfelder, T. Mobbing: el acoso moral en el trabajo: prevención, síntomas y soluciones. Barcelona Océano; 2001.
21. Bechr TA, Bhagat Rs, Human stress and cognition in organizations: an integrated perspective. New York: Jhon Wiley & sons; 1985.
22. Bechr TA, Bhagat Rs, Human stress and cognition in organizations: an integrated perspective. New York: Jhon Wiley & sons; 1985.
23. Buendia Vidal J, Ramos F empleo, estrés y salud. Madrid, España: pirámide; 2001.
24. Burchell B, Ladipo D, Wilkinson F. Job insecurity and work intensification. New York: routledge; 2002.
25. Caceres Lema V. Evaluación del estrés laboral en los profesionales sanitarios de la provincia de A Coruña: diputación provisional de A Coruña: 2000.
26. Calle, RA. ¡Otra vez lunes! técnicas para superar el estrés laboral. Madrid: oyeron; 2000.
27. Cooper CL, Payne R. Estrés at work. Reprint edition. Chichester: Wiley; 1980.
28. Guerrero ve, Rubio JJ. Estrategias de prevención e intervención del BURNOUT en el ámbito educativo. Salud mental 2005; 28:27-33.
29. Escriba V mas R Cardenas M Burguette D, Fernández R. estresores laborales y

- bienestar psicológico. Impacto en la enfermería hospitalaria rev. Rol enf. 2000; 23:506-511.
30. Panagopoulou e, Montgomery a, Benos a. BURNOUT in internal medicine physicians: differences between residents and specialist. Eur. J Intern med. 2006; 3:195-200.
  31. Frasilho MA. Medicine. Doctors and persons. Understanding Stress to prevent BURNOUT. Acta med por.2005,6:433-43
  32. Ekstedt M, Soderstrom M, Akerstedt T, Nilsson J, Sondergaard hp, Alek sander p. disturbed sleep and fatigue in occupational Burnout Scand J Word Eviron health, 2006; 2:121-131.
  33. Reader Tw, Cuthbertson BH, Decruyenaere. Burbourt in the ICU: Pontential consequences for staff and patient well-being. Intensive care med 2008:34:4-6.
  34. Lazarus, R.S y Folkman, S Estrés y procesos cognitivos. Barcelona. Martínez Roca, 1986.
  35. Chacón Roger Margarita, Grau Abalo Jorge Burnout en enfermeros que brindan atención a pacientes oncológicos, Instituto Nacional de oncología y radiología, Rev. Cubana Oncológica, 1997; 13(2): 118-125.
  36. Rodríguez Miranda, Lourdes, Villa Contreras Sofía, Liberos Bango Norma, Efectos de la asignación enfermera — paciente a través de la asignación clínica (TISS-28), Revista enfermería IMSS 2007, 10(2): 73-78.
  37. Capilla PR. El síndrome de Burnout o desgaste profesional. Revista Fundaciones 58, 1334 (2000).
  38. Dekcard G, Meterko M, Field D. Psycian Burnout; An Examination of personal, professional and Organizational relationships. Medical Care. 32, 745-54(1994).
  39. Gil Monte Pr, Peiro JM, Valcarcel P.A. Model of Burnout process development: an alternative from appraisal models of stress. Comportamiento organizacional e Gestao 2, 211-20(1998).
  40. Maslach c, Jackson s. Mbi. Maslach burnout inventory manual research edition. Palo alto: university of California. Consulting psychologist press, 1996: 133-48.
  41. Mingote, A.J.C. Perez- Corral F. el estrés del Médico. Madrid, España: ed. Días de Santos. 1999: 41-9.
  42. Gascon S, Olmedo M, Ciccotelli H. la prevención del Burnout en las organizaciones. Comunicación breve rppc, 2003; 8:18.
  43. Thomas K.T. resident burnout jama.2004;292(23): 2880-9.
  44. Gil Mone PR. Validez facoria de la adaptación a español de maWach burnou invenoy general survey. Salud publica de mexico. 2002; 44 (1): 33-40.
  45. Pino Manso JF. Estructura factorial del Maslach Burnout Inventory — versión fuman services survey. Revista Interamericana de psicología. 2006; 40 (1): 115-118.
  46. Maslach C, Jackson S. the measurement of experienced burnout. Journal of occupational behavior. 1981; 2:99 -113.

47. Grau a, Suñerb R, Garcia mm. Desgaste profesional en el personal sanitario y su relación con los factores personales y ambientales. Gaceta sanitaria Barcelona 2005; 19 (6): 463-470
48. Marine A, Ruotsalainen J, Serra C, et al. Prevención del estrés laboral en los trabajadores de la atención sanitarios (Revisión Cochrane traducida). En: Biblioteca Cochrane Plus, número 3, 2008.
49. Grau A, Flichtentrei D, Sunerd R, et al. El Burnout percibido o sensaciones de estar quemado en profesionales sanitarios, prevalencia y factores asociados. Información psicológica 2007;(91):64-79.
50. Guthrie, E.A; Black, D; Shaw, C.M; Hamilton, J; Credd, F.H; Tomenson B (1997). Psychological stress in medical students: A comparison of two very different University courses: stress Medicine 13(3) pp. 179-184.
51. Hale, R(1997) how our patients make us ill. Advances in psychiatric treatment, 3,254-258.
52. Salanova M, Shaufeli W. El engagement de los empleados: un emergente para la dirección de los Recursos Humanos. Estudios Financieros 2004; 62: 109-138