

Síndrome de Burnout, funcionalidad familiar y factores relacionados en personal médico y de enfermería de un hospital de Villahermosa, Tabasco, México.

Saray del Carmen Contreras-Palacios⁽¹⁾, María Isabel Ávalos-García⁽²⁾
 Heberto Romeo Priego Álvarez⁽²⁾, Manuel Higinio Morales-García⁽²⁾
 Juan Antonio Córdova Hernández⁽²⁾

Resumen

Objetivo: Determinar la presencia del Síndrome de Burnout y su relación con la funcionalidad familiar en el personal médico y de enfermería de un Centro de Especialidades Médicas de Tabasco. **Método:** Se realizó un estudio de tipo observacional, transversal y analítico, se utilizó el cuestionario Maslach Burnout Inventory de 22 ítems y el cuestionario FF-SIL con 14 ítems. El universo de estudio fueron 458 trabajadores, la muestra fue de n=201. Se utilizó el paquete SPSS versión 18.0, estadística descriptiva e inferencial. **Resultados:** El 74.6% de la población estudiada presentó Síndrome de Burnout, predominando las mujeres en un 61%, la media de edad fue de 43 años, la antigüedad de 11 años, unidos a una pareja el 70%, con plaza de base el 68%, ha presentado incapacidad el 20%, incapacidad por lumbalgias el 85%, con Síndrome de Burnout en el nivel leve 55%, moderado 17%, grave 2%. La disfuncionalidad familiar se presentó en el grupo de los médicos. La relación entre el Síndrome de Burnout y funcionalidad familiar fue estadísticamente significativa con una $\chi^2=16.771$ y una $p=0.000$. **Conclusiones:** Las enfermeras fueron el grupo más afectado con el síndrome y los médicos con mayores niveles de disfuncionalidad familiar. La mitad de los que presentaron el Síndrome de Burnout forman parte de una familia disfuncional.

Palabras claves: Síndrome de Burnout, Disfuncionalidad familiar, Familia.

Summary

Objective: To determine the presence of Burnout Syndrome and its relation to family functioning in the medical and infirmary personnel of the medical specialty center in Tabasco, ISSET. **Method:** An observationa, transversal and analytical study was done. It was used a Malach Burnout Inventory questionnaire of 22 items and the FF-SIL with 14 items. The universe of study were about 458 health care workers, the sample was of n=201. The package SPSS model 18.0, descriptive and inferential statistic, expressed in tables and graphs. **Results:** The 74.6% of the population studied presented Burnout Syndrome, women predominated in a 61%, the average age was 43 years old, the average was 11 years, joined to a couple was a 70%, with an established working base was a 68%, a disability presented of a 20%, a lumbar disability of 85%, with Burnout Syndrome there were different levels, the mild level was of 55%, mild 55%, moderate 17% , severe 2%. In relation to dysfunctional families, it was presented in the group of doctors. The relationship among the Burnout Syndrome and family functionality was of a significance statistics with a $\chi^2=16.771$ and a $p=0.00$. **Conclusions:** The nurses were the most affected group with the syndrome and doctors with the higher levels of dysfunctional families where there are several related factor. Half of those with Burnout Syndrome are part dysfunctional family.

Key words: Burnout Syndrome, dysfunctional family, family.

(1) Maestra en Salud Pública. Psicóloga adscrita al Centro de Especialidades Médicas, Instituto de Seguridad Social del Estado de Tabasco.

(2) Profesor Investigador. División Académica de Ciencias de la Salud, Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.

ARTÍCULO ORIGINAL

Fecha de recibido: 29 de abril de 2013 **Fecha de aceptación:** 27 de junio de 2013

Dirección para recibir correspondencia:

Dra. María Isabel Ávalos García, . Av. Mártires de Río Blanco No.605 Col. Indeco C.P.86029 Villahermosa, Tabasco.
 e-mail: isaavalos67@hotmail.com

Introducción

La situación en los países en desarrollo se ha complicado generando crisis económicas y el nuestro no queda exento; existen diversos cambios globales y locales que provocan un incremento de las exigencias laborales a un creciente número de trabajadores como la nueva tecnología, la estructura cambiante de la organización y cambios en la cultura, entre otros. Cuando hay estrés laboral y este ocurre repetidamente, puede tener varios efectos negativos sobre los trabajadores y las compañías para las que trabajan, como el síndrome de Burnout, proceso que surge como respuesta al estrés laboral crónico. La prevalencia de este síndrome a nivel nacional es de un 20 y 30%. En los diversos estudios hechos en México y en Tabasco, hay una prevalencia similar que nos indica el panorama que se vive en nuestro país con respecto a problemas psicológicos que aumentan el factor de riesgo de enfermedades cardiovasculares, músculo esqueléticas, enfermedades diversas que generan accidentes de trabajo e incapacidades y que ocasionan pérdidas económicas entre el 10 y hasta un 20 % del Producto Interno Bruto de un país.

Una de las causas del estrés como respuesta negativa del individuo es el síndrome del Burnout el cual se conceptualiza por Freudenberg en 1974 como estado de fatiga o frustración que se produce por la dedicación a una causa, forma de vida o relación que no produce un objetivo esperado.

La definición en la actualidad que más se utiliza es la de Maslach y Jackson en 1981, donde el Burnout es definido como una respuesta integrada por actitudes y sentimientos negativos hacia las personas con las que se trabaja y por la vivencia de encontrarse emocionalmente agotado (agotamiento emocional, despersonalización y realización personal).

El síndrome se presenta en individuos cuya labor radica en el trato con personas y asistencia social, en donde factores como: la edad, sobre todo en los primeros años de trabajo donde el profesional pierde el enfoque idealista; el género que afecta a la mujeres y/o el estado civil que tiene mayor impacto en las personas solteras, influyen en el desarrollo de este síndrome, de acuerdo con las investigaciones consultadas, siendo estos condicionantes de reacciones que conlleva el síndrome.

Burnout se refiere a los bajos niveles de realización personal en el trabajo, altos niveles de agotamiento emocional y de despersonalización y es derivado del estrés laboral que es la reacción (desequilibrio) que puede tener el individuo ante exigencias y presiones laborales que no se ajustan a sus conocimientos y capacidades, y que ponen a prueba su capacidad para afrontar la situación.

Existen diversos modelos para la explicación de este síndrome. El Modelo tridimensional de Maslach y Jackson de 1986, es el más utilizado para la medición de éste y se dividen en tres áreas de afectación o dimensiones.

a) Realización personal: Se caracteriza como una tendencia del trabajador a autoevaluarse de forma negativa. Las personas se sienten infelices consigo mismas, insatisfechas con su desarrollo profesional, experimentan una declinación en el sentimiento de competencia y de éxito en su trabajo y en su capacidad de interactuar con las personas.

b) Agotamiento emocional: se caracteriza por una ausencia o falta de energía, entusiasmo y un sentimiento de escasez de recursos. A estos sentimientos pueden sumarse los de frustración y tensión en los trabajadores que se dan cuenta que ya no tienen condiciones de gastar más energía. Se muestra en la pérdida progresiva de energía, el agotamiento, la fatiga, que se manifiesta física o psíquicamente.

c) Despersonalización o deshumanización: se caracteriza por tratar a los clientes, compañeros y la organización como objetos. Los trabajadores pueden demostrar insensibilidad emocional, un estado psíquico en que prevalece el cinismo o la disimulación afectiva, la crítica exacerbada de todo su ambiente y de todos los demás.¹

Síntomas del Síndrome de Burnout

Hay diversos autores que mencionan la sintomatología o síntomas que son avisos útiles en donde la salud puede estar amenazada sea por algo psíquico, físico, social o combinación de todas.

De acuerdo con Paine los síntomas del síndrome de Burnout se presentan en cinco categorías:

a) Síntomas físicos: se caracterizan por el aumento de fatiga y agotamiento, aumento de molestias, dolores musculares, y aparición de alteraciones funcionales en casi todos los sistemas del organismo (cardiorrespiratorios, digestivo, reproductor, nerviosismo, etc.)

b) Desarrollo de conductas de exceso: caracterizadas por el aumento en el consumo de barbitúricos, estimulantes y otro tipo de sustancias (café, tabaco, alcohol), aparición de conductas de riesgo, conductas hiperactivas y agresivas.

c) Problemas de ajuste emocional: entre los que se encuentran agotamiento emocional, paranoia, depresión, sentirse atrapado, miedo a volverse loco, etc.

d) Alteración de las relaciones interpersonales: caracterizada por el aislamiento del individuo y negación a comunicarse con los demás, por la aparición de conflictos interpersonales y por la indiferencia y frialdad con las personas con las que se trabaja.

e) Síntomas actitudinales y cambios en los valores y en las creencias del individuo: incluye síntomas como cinismo e ironía hacia los clientes de la organización, sensación de impotencia, frustración y fracaso.

Gil y Monte describen los síntomas psicológicos, presentan un cuadro dividido en factores afectivos-emocionales, cognitivos, actitudinales y otros.

Cuadro I
Síntomas psicológicos.

Afectivo-emocionales	Cognitivos	Actitudinales	Otros síntomas
Nerviosismo Irritabilidad y mal humor Disgusto y Enefado Frustración Agresividad Desencanto Aburrimiento Agobio Tristeza y depresión Desgaste emocional Angustia Sentimientos de culpa	Sentirse contrariado Sentir que no valoran su trabajo Percibirse incapaz para realizar las tareas Pensar que no puede abarcarlo todo Pensar que se trabaja mal Falta de control Verlo todo mal Todo se hace una montaña Sensación de no mejorar Inseguridad Pensar que el trabajo no vale la pena Pérdida de la autoestima	Falta de ganas de seguir trabajando Apatía Irresponsabilidad Pasar de todo Estar harto Intolerancia Impaciencia Quejarse por todo Evaluar negativamente a compañeros Romper con el entorno laboral Ver al paciente como un enemigo Frialdad hacia los pacientes No aguantar a los pacientes Indiferencia Culpar a los demás de su situación	Aislamiento No colaborar Contestar mal Enfrentamientos Cansancio Cefaleas

Fuente: Gil Monte 2003

Fases del Síndrome de Burnout

Este síndrome pasa por distintos momentos o fases de acuerdo a diversos autores, debido a su sintomatología, en donde se toma en cuenta su frecuencia y aparición. Autores como Alarcón en 2002 y Fernández en 2008 lo dividen en tres fases según la aparición de los síntomas:

Fase Leve

En esta fase el individuo presenta síntomas físicos, vagos e inespecíficos tales como: cefaleas, dolores de espalda y lumbalgias y se vuelve un poco operativos. Uno de los primeros síntomas de carácter leve pero que sirve de primer alarma, es la dificultad para levantarse por la mañana o el también conocido como cansancio patológico; todos estos de corta duración y pueden desaparecer a través de distracciones o hobbies.

Fase Moderada

Aparece el insomnio, déficit de atención y concentración, tendencia a la auto-medicación, distanciamiento, irritabilidad, cinismo, fatiga, aburrimiento, progresivamente perdida de idealismo que convierte al individuo en emocionalmente exhausto con sentimientos de frustración, incompetencia, culpa y autoevaluación negativa. Los síntomas son mas constantes, duran mayor tiempo y cuesta más trabajo sobreponerse a ellos.³

Fase Grave

Se manifiesta un mayor ausentismo, aversión por la tarea, abuso de alcohol o tabaco, aislamiento, crisis existencial, depresión crónica, problemas familiares e incluso riesgos de suicidio.

Factores que influyen en el desarrollo del Síndrome de Burnout

En cuanto a los factores que influyen al desarrollo de este síndrome, según las investigaciones revisadas se encontraron las que tienen que ver con el clima o puesto de trabajo. Los factores que más se han estudiado como variables que intervienen en el desarrollo del síndrome de Burnout: Características del puesto y el ambiente de trabajo, turnos laborales y el horario de trabajo, seguridad y estabilidad en el puesto, la antigüedad profesional, progreso excesivo o escaso, incorporación de nuevas tecnologías en las organizaciones, oportunidad para el control, retroalimentación de la propia tarea y las relaciones interpersonales.

El perfil de la persona más vulnerable a Burnout se caracteriza por elementos como: elevada auto exigencia, baja tolerancia al fracaso, necesidad de excelencia y perfección, necesidad de control y sentimiento de omnipotencia frente a la tarea. Entre otros factores Gil y Monte en el año 2007 enuncian la insatisfacción laboral, relaciones familiares empobrecidas, falta de tiempo, de ocio y supresión de la actividad física, junto con insatisfacción permanente y sobrecarga en la agenda laboral.

Consecuencias del Síndrome de Burnout para el profesional

La literatura documenta una serie de manifestaciones que se presentan en las personas al cuidado de la salud como consecuencia con el síndrome y son las siguientes:

Cuadro II
Manifestaciones que se presentan en el síndrome.

Afectivo- emocionales	Cognitivos
Manifestaciones generales:	Conductas adictivas con abuso de sustancias tóxicas:
Cansancio	Tabaco
Pérdida de apetito	Alcohol
Malestar general	Irritabilidad
Problemas osteomusculares	Cambios bruscos de humor
Dolores de espalda	Hostilidad
Dolores cervicales	Aislamiento
Contracturas musculares	Agresividad
Alteraciones inmunológicas	Cinismo
Aumento de la infecciones	Comportamientos paranoide
Alergias	agresivo hacia enfermos, compañeros y la propia familia
Problemas dermatológicos	Problemas de pareja
Problemas cardiacos	Falta de eficacia
Palpitaciones	Disminución de la capacidad para tomar decisiones
Dolor precordial	Menor rendimiento laboral
Hipertensión arterial	Ausentismo laboral
Problemas respiratorios	Consecuencias Familiares y Sociales
Catarros frecuentes	Deterioro de la vida de pareja
Crisis de taquipnea	Deterioro de la vida familiar en general
Crisis asmáticas	Aislamiento, con el consiguiente deterioro de las relaciones en su entorno social
Problemas digestivos	Consecuencias para la Organización
Gastritis	Conflictos con otros profesionales
Úlcera duodenal	Conflictos con los pacientes y las familias
Nauseas	Insatisfacción de los pacientes por el trato recibido
Diarrea	Ineficacia en la actividad diaria. ⁴
Problemas sexuales	
Impotencia parcial	
Ausencia de eyaculación	
Frigidez	
Dispareunia	
Vaginismo	
Alteraciones del sistema nervioso	
Jaquecas	
Trastornos de sueño	
Sensación de vértigo o sensación de vacío	

Fuente: Gil Monte 2003

La familia y su repercusión en el ámbito laboral

Según se demuestra en investigaciones realizadas en diversos ámbitos, la familia es un elemento importante en el marco del desempeño laboral de los individuos y su nivel de funcionalidad puede repercutir en el desarrollo de patologías del tipo del síndrome de Burnout.

Hoy en día tanto hombres como mujeres se enfrentan a un gran dilema que surge cuando tratan de conciliar el papel de trabajador, la vida y las obligaciones familiares. Se muestran insatisfechos con la gestión de su tiempo,

desean disponer de más tiempo para sí mismos, para la pareja, para la familia; pero no consiguen sacar ese tiempo de su situación real. El contexto de trabajo se presenta como una presión continua y una demanda de presencia y de compromiso que hace que estos sean cada vez más dependientes del trabajo. Además las exigencias del mundo en el que vivimos son cada vez más y hacen que el individuo exija más a su persona en todos los ámbitos pero sobretodo en el laboral.

La familia es el primer ente social, es un grupo social natural, que determina las respuestas de sus miembros a través de estímulos desde el interior y desde el exterior. Su organización y estructura tamizan y califican la experiencia de los miembros de la familia. Es un conjunto de personas que conviven bajo el mismo techo, organizadas en roles fijos (padre, madre, hermanos, etc.) con vínculos consanguíneos o no, con un modo de existencia económico y social comunes, con sentimientos afectivos que los unen y aglutinan. Naturalmente pasa por el nacimiento, luego crecimiento, multiplicación, decadencia y trascendencia. A este proceso se le denomina ciclo vital de vida familiar.

En toda familia se presenta una dinámica compleja que rige sus patrones de convivencia y funcionamiento ya que esta es el primer ente social en donde nos desarrollamos los seres humanos. Si esta dinámica resulta adecuada y flexible, o sea, funcional, contribuirá a la armonía familiar y proporcionará a sus miembros la posibilidad de desarrollar sólidos sentimientos de identidad, seguridad y bienestar, por lo tanto el desarrollo de cada individuo en la sociedad será de manera funcional.

Dado los tipos de familia se consideran (indistintamente del tipo de ésta) que todas deben cumplir ciertas funciones.

Funcionalidad Familiar

En concepto de función familiar Minuchin determina como respuesta a las necesidades de la cultura, la familia sufre cambios paralelos a los cambios que enfrenta la sociedad día a día, ha abandonado las funciones de proteger y socializar a sus miembros. De acuerdo a esto, nos habla de que las funciones de la familia sirven a dos objetivos distintos: "Uno es interno, la protección psicosocial de sus miembros, el otro es externo, la acomodación a una cultura y la transmisión de esa cultura". En relación a estos dos objetivos podemos hablar de las siguientes cuatro funciones: biosocial, cultural, socializadora y económica. Un funcionamiento familiar saludable implica el desarrollo de una dinámica adecuada en la familia. La funcionalidad familiar se alcanza cuando los objetivos

familiares o funciones básicas se cumplen plenamente (seguridad económica, afectiva, social y de modelos sexuales) y cuando se obtiene la finalidad (generar nuevos individuos a la sociedad) en una homeostasis sin tensión, mediante una comunicación apropiada y basada en el respeto de las relaciones intrafamiliares. La disfuncionalidad familiar se da a nivel comunicacional, la disfuncionalidad puede estar dada en la perturbación severa del tipo de intercambios establecidos (dobles mensajes, bloqueos, desplazamientos, doble vínculo).

La familia es la más compleja de todas las instituciones, aunque en la sociedad muchas de sus actividades tradicionales hayan pasado parcialmente a otras, todavía quedan sociedades en las que la familia continua ejerciendo las funciones educativas, religiosas protectoras, recreativas y productivas. Hay familias que no se acomodan a las diferentes exigencias del desarrollo de sus miembros y ello puede causar dificultades. Uno de los aspectos importantes en el tema de la educación es cómo se resuelven las adaptaciones a nuevos "etapas" del ciclo vital. El sistema familiar es un ser vivo que, al igual que un ser individual, puede ser susceptible de estudio desde la perspectiva de etapas o fases de evolución.

Teoría General de Sistemas

La Teoría General de Sistemas se ha relacionado con el núcleo familiar cuando se trata de explicar el fenómeno desde una perspectiva de análisis.

La teoría de sistemas de Bertalanffy publicada en la década de 1940, surge como modelo práctico para conceptualizar los fenómenos que la reducción mecanicista de la ciencia clásica no podía explicar. La familia es vista como un sistema integrador multigeneracional, caracterizado por múltiples subsistemas de funcionamiento interno e influido por una variedad de sistemas externos relacionados.

Un sistema es un conjunto de unidades interrelacionadas entre sí, cada una de ellas con: diferente nivel de complejidad, límites de permeabilidad variables, sistema de comunicación interno, y medio de comunicación con el exterior. La mayoría de los sistemas son abiertos ya que establecen algún tipo de intercambio con su entorno; sin embargo, se podría hablar de sistemas cerrados en aquellos casos en los cuales el intercambio sería escaso o prácticamente nulo.

La visión sistémica de la familia ayuda a comprender que las relaciones que se dan entre los diferentes miembros tienen una causalidad circular, es decir, nadie es culpable y nadie es víctima. Todos, paciente y familia, juegan el

mismo juego desempeñando cada uno su papel.

Derivado los modelos y teorías anteriormente descritas, el modelo que se sigue en este trabajo de investigación es el de Maslach y Jackson, pioneros de la medición del síndrome de Burnout. La funcionalidad familiar en la visión sistémica, es vista como variable que se propone puede asociarse al síndrome de Burnout.

Material y Métodos.

Se realizó un estudio observacional, analítico, transversal, en el periodo de octubre 2011 a mayo 2012. El universo estuvo constituido por 458 trabajadores que realizan la función de médicos y enfermeras en los diversos turnos y áreas del Centro Médico. A través de muestreo no probabilístico por conveniencia se obtuvo una muestra de n=201, personal que se encontró laborando y en contacto con el paciente durante el periodo de estudio. Se excluyeron jefes de servicio, estudiantes, personal con licencia médica así como personal suplente, además de aquellos trabajadores que están bajo tratamiento psicológico o psiquiátrico.

La variable dependiente fue el síndrome de Burnout (cansancio emocional, despersonalización y realización personal). La variable Independiente: Funcionalidad Familiar. Las variables Secundarias: Sociodemográficas: (edad, sexo, nivel escolar, estado civil, hijos, enfermedad crónica). Laborales: (categoría laboral, área laboral, años de antigüedad, turno laboral, percepción económica, trabajos con los que cuenta).

Se realizaron dos etapas:

En la primera etapa se aplicó el cuestionario Maslach Burnout Inventory, instrumento traducido al español y validado por Gil Monte en el año 2002, que evalúa el síndrome de Burnout. El tiempo promedio para su llenado fue de aproximadamente 10 minutos y mide tres aspectos: cansancio emocional, despersonalización y realización profesional. Está constituido de 22 ítems en forma de afirmaciones, sobre los sentimientos y actitudes del profesional en su trabajo y hacia los pacientes. Estas tres escalas tienen consistencia interna, considerándose el grado de agotamiento como una variable continua con diferentes grados de intensidad; van desde: 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; hasta 6=todos los días. Para su evaluación se utilizaron criterios de puntaje. En la dimensión de cansancio emocional para catalogarlo como alto se consideraron de 29-42 puntos, moderado de 15-28 puntos y bajo de 0-14 puntos. En la dimensión de despersonalización para catalogarla como alta de 21-30 puntos, moderada de 11-20 puntos y baja de

0-10 puntos. La dimensión de realización personal para catalogarla como alta se consideraron de 0-16 puntos, moderada de 17-32 puntos y baja de 33-48 puntos, para esta última dimensión el puntaje de las respuestas de este apartado vienen inversas: 6 =nunca; 5=pocas veces al año o menos; 4=una vez al mes o menos; 3=unas pocas veces al mes o menos; 2=una vez a la semana; 1=pocas veces a la semana; hasta 0=todos los días. Los criterios de estas puntuaciones se obtuvieron del puntaje mínimo y máximo para delimitar rangos de respuesta. Para obtener la prevalencia general del síndrome de Burnout en fase leve 0-43 puntos, moderada 44-87 puntos y grave 88-132 puntos.

El instrumento tiene una alta consistencia interna y una confiabilidad cercana al 0,9, 0,90.

En la segunda etapa se utilizó el FF-SIL instrumento construido por Ortega et al 1999, Máster en Psicología de la salud para evaluar la funcionalidad familiar, en el cual se miden las variables: cohesión, armonía, comunicación, permeabilidad, afectividad, roles y adaptabilidad. Consiste en una serie de situaciones que pueden ocurrir o no en la familia, con un total de 14 ítems, correspondiendo 2 a cada una de las 7 variables que mide el instrumento. Con una escala tipo Likert según intensidad que van desde: 1= casi nunca; 2= pocas veces; 3= a veces; 4= muchas veces; 5= casi siempre. La puntuación final de la prueba se obtiene de la suma de los puntos por ítems, lo que permite llegar al diagnóstico de funcionamiento familiar; los criterios para clasificar los puntajes son: la familia funcional con una puntuación de 70 a 57 puntos, moderadamente funcional de 56 a 43 puntos, disfuncional de 42 a 28 puntos y severamente disfuncional de 27 a 14 puntos. La confiabilidad detectada en esta prueba fue de .71

Para complementar las variables en estudio se utilizó una cédula de identificación que hace referencia a datos sociodemográficos y laborales con 17 preguntas.

Para el análisis se construyó una base de datos con la información obtenida de los instrumentos aplicados. Se utilizó la paquetería de Excel de Office y SPSS versión 18.0 y se empleó estadística descriptiva y analítica (coeficiente de correlación de Pearson). El estudio se consideró de

riesgo mínimo y se apegó a lo dispuesto en el reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud, por lo que proporcionó a los participantes información clara y completa y se respetaron los principios de privacidad, libertad, respeto y autonomía.

Resultados

Análisis Univariado

El grupo de edad de mayor predominio fue el de 44-54 años con el 36.8% (n=74), de 33-43 el 34.3% (n= 69), de 22-32 el 16.9% (n=34), de 55-65 el 9.5% (n=19) y el grupo de 66-76 años de edad el 2.5% (n=5).

En cuanto al género, el que predominó fue el sexo femenino con el 61.2% (n=123) representado en su mayoría por el personal de enfermería, para el masculino el 38.8% (n=78).

Con respecto a la escolaridad de los sujetos, el grupo que predominó fue el de licenciatura con el 47.8% (n=96), seguido de especialidad con el 34.8% (n=70), el nivel técnico con el 13.9% (n=28) por último el grado de maestría con el 3.5% (n=7).

En cuanto al estado civil del personal, predominaron los que tienen una pareja con el 70.1% (n=141) y sin una pareja el 29.9% (n=60).

La categoría que representó el mayor porcentaje fue la de médico especialista con el 29.9% (n=60), seguido de enfermera general con el 29.4% (n=59), médico general con el 17.9% (n=36), enfermera auxiliar el 12.9% (n=26) y enfermera especialista el 10% (n=20).

En relación al tipo de contratación, predominaron los de base con el 68.7% (n=138), seguido del personal de contrato con el 26.9% (n=54) y de confianza el 4.5% (n=9).

Los que están satisfechos con el salario obtuvieron el mayor porcentaje con el 52.7% (n=160) y los insatisfechos con el 47.3% (n=95).

De los 201 trabajadores encuestados, se han incapacitado el 20.9% (n=42) en el último año y los que no el 79.1%

Cuadro III
Características sociodemográficas y laborales de la población estudiada.

	Edad	Número de hijos	Antigüedad Laboral	Número de Trabajos	Número de Incapacidades
Media	43.2288557	1.88059701	11.3731343	1.60696517	0.34825871
Mediana	43	2	10	2	0
Moda	40	2	1	2	0

(n=159).

De los incapacitados, tuvieron una incapacidad el 57.1% (n=24), dos incapacidades el 30.9% (n=13) y tres incapacidades el 11.9% (n=5).

La antigüedad laboral con mayor representatividad se observó en el grupo de 1-5 años con el 28.9% (n=58), de 6-10 años con el 24.4% (n=49), de 16-20 años el 18.9% (n=38), de 11-15 años el 14.9% (n=30), de 21-25 el 8% (n=16) y el grupo de 26-30 años el 5% (n=10).

El personal que posee hasta dos trabajos, resultó con la mayor frecuencia en el 53.7% (n=108), seguido de uno con el 42.8% (n=86) y con tres trabajos el 3.5% (n=7).

El principal motivo de incapacidad fueron las enfermedades respiratorias con el 5% (n=10), enfermedades gastrointestinales con el 4.5% (n=9), las lumbalgias con el 3.5% (n=7), enfermedades traumáticas el 2% (n=4), cirugías, accidentes y extracciones el 1% (n=2) y amenaza de aborto el 0.5% (n=1).

Presentaron el Síndrome Burnout el 74.6% (n=150) de la población estudiada y el resto presentó manifestaciones leves de estresores que tiene el ser humano en el 25.4% (n=51).

En cuanto a la manifestación que predominó fue la categoría de leve con el 55.2% (n=111), moderado con el 16.9% (n=34) y grave con el 2.5% (n=5).

En cuanto a la manifestación en la dimensión de cansancio emocional el personal desarrolló un nivel bajo en el 72.1% (n=145), medio con el 19.9% (n=40) y alto con el 8% (n=16).

En la dimensión de despersonalización fue bajo con el 88.1% (n=177), medio con el 9.5% (n=19) y alto con el 2.5% (n=5).

En la dimensión de realización personal se observó un nivel alto en el 85.6% (n=172), medio el 13.9% (n=28) y bajo el 0.5% (n=1).

Los resultados indican que presentan una familia funcional el 53.7% (n=108) del personal estudiado y una familia disfuncional el 46.3% (n=93).

En cuanto a los grados de disfuncionalidad, el porcentaje más elevado se encontró en los moderadamente funcionales con el 28.9% (n=57), disfuncionales el 15.4% (n=31) y severamente disfuncionales el 2.5% (n=5).

Análisis Bivariado

El personal que presentó con mayor frecuencia el síndrome de Burnout se localizó en el grupo de edad de 22-32 con un 82%, $\chi^2 = 5.802$ y $p = 0.214$.

En relación al género fueron las mujeres las que presentaron síndrome de Burnout en un 80% una $\chi^2 = 4.265$, una $p = 0.039$, estadísticamente significativa.

Los trabajadores con nivel licenciatura presentaron el síndrome en el 82%, con una $\chi^2 = 6.330$, una $p = 0.097$. En cuanto al estado civil del personal fue más frecuente el síndrome en los trabajadores sin una pareja en el 78% con una $\chi^2 = 0.621$ y una $p = 0.431$.

La media del país en cuanto al número de hijos corresponde a la frecuencia del personal estudiado con dos hijos, siendo esta misma los individuos que desarrollaron con mayor frecuencia el síndrome, con una $\chi^2 = 2.502$, una $p = 0.776$.

La presencia del síndrome se observa en las enfermeras generales y en los médicos generales, con una $\chi^2 = 2.469$, una $p = 0.781$.

En cuanto al contrato del personal los que presentaron mayor frecuencia del síndrome fueron los de base con una $\chi^2 = 0.349$, una $p = 0.840$.

Con respecto al área laboral, se observó que el síndrome se presentó con mayor frecuencia en urgencias, UCIN, labor y terapia intensiva que presentan el 100%, con una $\chi^2 = 11.757$, una $p = 0.227$.

En cuanto al turno en donde se presentó en número mayor de personal con síndrome fue en el turno nocturno, con una $\chi^2 = 3.386$, una $p = 0.336$.

En cuanto a la satisfacción con el salario del trabajador se encontró que no hay diferencias entre los que presentan o no el síndrome con una $\chi^2 = 0.085$, una $p = 0.771$.

El personal que desarrolló más el síndrome son los que tienen tres trabajos, con una $\chi^2 = 0.548$, una $p = 0.760$.

El personal que presenta el síndrome, se incapacitó en el 60%, con una $\chi^2 = 6.396$ y una $p = 0.011$, estadísticamente significativa.

El personal que presentó con mayor frecuencia el síndrome fueron los que tuvieron cinco incapacidades con un 100%, seguida de los que presentaron una incapacidad 66.7% con una $\chi^2 = 8.514$, una $p = 0.074$.

El número de años de antigüedad laboral de los trabajadores que presentaron con mayor frecuencia el síndrome fue de 11-15 y de 16-20, con una $\chi^2 = 10.727$, una $p = 0.057$.

El motivo por el cual, el personal que presentó el síndrome, tuvo un mayor número de incapacidades fueron las lumbalgias en un 86% y enfermedades

respiratorias en el 60%, con una $\chi^2 = 16.642$, una $p = 0.034$, estadísticamente significativa.

El personal que presentó síndrome de Burnout tienen una familia disfuncional con un 88%, con una $\chi^2 = 16.771$ y una $p = 0.00$, estadísticamente significativa. (Cuadro IV)

Cuadro IV
Síndrome de Burnout, funcionalidad familiar y factores relacionados en el personal médico y enfermería de un Centro de Especialidades Médicas de Tabasco, año 2012.

Grupo de edad	Univariado		Bivariado					
	f	%	Con Síndrome	Sin Síndrome	Total	%	χ^2	p
22-32	34	17%	28	6	34	82%	5.802	0.214
33-43	69	34%	51	18	69	74%		
44-54	74	37%	57	17	74	77%		
55-65	19	10%	12	7	19	63%		
66-76	5	3%	2	3	5	40%		
Género	f	%	Con Síndrome	Sin Síndrome	Total	%	χ^2	p
Femenino	123	61%	98	25	123	80%	4.265	0.039
Masculino	78	39%	52	26	78	67%		
Escolaridad	f	%	Con Síndrome	Sin Síndrome	Total	%	χ^2	p
Técnico	28	14%	20	8	28	71%	6.33	0.097
Licenciatura	96	48%	79	17	96	82%		
Especialidad	70	35%	47	23	70	67%		
Maestría	7	4%	4	3	7	57%		
Estado civil	f	%	Con Síndrome	Sin Síndrome	Total	%	χ^2	p
Con pareja	141	70%	103	38	141	73%	0.621	0.431
Sin pareja	60	30%	47	13	60	78%		
Número de hijos	f	%	Con Síndrome	Sin Síndrome	Total	%	χ^2	p
0	22	11%	15	7	22	68%	2.502	0.776
1	48	24%	37	11	48	77%		
2	78	39%	60	18	78	77%		
3	41	20%	29	12	41	71%		
4	9	5%	6	3	9	67%		
5	3	2%	3	0	3	100%		
Categoría	f	%	Con Síndrome	Sin Síndrome	Total	%	χ^2	p
Enfermera auxiliar	26	13%	20	6	26	77%	2.469	0.781
Enfermera general	60	30%	48	12	60	80%		
Enfermera especialista	19	10%	14	5	19	74%		
Médico especialista	60	30%	41	19	60	68%		
Medico general	36	18%	27	9	36	75%		
Tipo de contrato	f	%	Con Síndrome	Sin Síndrome	Total	%	χ^2	p
Base	138	69%	104	34	138	75%	0.349	0.84
Confianza	9	5%	6	3	9	67%		
Contrato	54	27%	40	14	54	74%		

Área laboral	f	%	Con Síndrome	Sin Síndrome	Total	%	Chi ²	p
Consulta externa	69	34%	51	18	69	74%	11.757	0.227
Urgencias	57	28%	45	12	57	79%		
Quirófanos	25	12%	18	7	25	72%		
Medicina preventiva	2	1%	1	1	2	50%		
CEyE	5	3%	1	4	5	20%		
Labor	4	2%	4	0	4	100%		
Hospital	26	13%	20	6	26	77%		
Hemodiálisis	10	5%	7	3	10	70%		
UCIN	1	1%	1	0	1	100%		
Terapia	2	1%	2	0	2	100%		
Turno laboral	f	%	Con Síndrome	Sin Síndrome	Total	%	Chi ²	p
Matutino	81	40%	61	20	81	75%	3.386	0.336
Vespertino	47	23%	34	13	47	72%		
Nocturno	25	12%	22	3	25	88%		
Sábado, Domingo y festivos	48	24%	33	15	48	69%		
Salario laboral	f	%	Con Síndrome	Sin Síndrome	Total	%	Chi ²	p
Satisfecho	106	53%	80	26	106	76%	0.085	0.771
Insatisfecho	95	47%	70	25	95	74%		
Número de trabajos	f	%	Con Síndrome	Sin Síndrome	Total	%	Chi ²	p
1	86	43%	63	23	86	73%	0.548	0.76
2	108	54%	81	27	108	75%		
3	7	4%	6	1	7	86%		
Incapacidades	f	%	Con Síndrome	Sin Síndrome	Total	%	Chi ²	p
Si	42	21%	25	17	42	60%	6.396	0.011
No	159	79%	125	34	159	79%		
No. de incapacidades	f	%	Con Síndrome	Sin Síndrome	Total	%	Chi ²	p
0	158	79%	124	34	158	79%	8.514	0.074
1	24	12%	16	8	24	67%		
2	13	7%	7	6	13	54%		
3	5	3%	2	3	5	40%		
5	1	1%	1	0	1	100%		
Antigüedad laboral	f	%	Con Síndrome	Sin Síndrome	Total	%	Chi ²	p
1-5	58	29%	43	15	58	74%	10.727	0.057
6-10	49	24%	38	11	49	78%		
11-15	30	15%	25	5	30	83%		
16-20	38	19%	31	7	38	82%		
21-25	16	8%	8	8	16	50%		
26-30	10	5%	5	5	10	50%		
Motivo de incapacidades	f	%	Con Síndrome	Sin Síndrome	Total	%	Chi ²	p
Ninguna	163	81%	128	35	163	79%	16.642	0.034
Enfermedades crónicas	3	2%	1	2	3	33%		
Enfermedades respiratorias	10	5%	6	4	10	60%		

Cirugías	2	1%	1	2	2	50%		
Enfermedades traumáticas	4	2%	2	3	4	50%		
Accidentes y extracciones	2	1%	2	0	2	100%		
Lumbalgias	7	4%	6	1	7	86%		
Enfermedades gastrointestinales	9	5%	3	6	9	33%		
Amenaza de aborto	1	1%	1	0	1	100%		
Familia	f	%	Con Síndrome	Sin Síndrome	Total	%	Chi ²	p
Funcional	108	54%	68	40	108	63%	16.771	0.00
Disfuncional	93	46%	82	11	93	88%		

Cuadro V
Síndrome de Burnout y funcionalidad familiar en personal médico y de enfermería de un Centro Médico de Tabasco, año 2012.

Burnout	Familia		Total
	Disfuncional	Funcional	
Sin Síndrome	11	40	51
	11.7%	37.4%	25.4%
Con Síndrome	83	67	150
	88.3%	62.6%	74.6%
Total	94	107	201
	100%	100%	100%

Esta tabla muestra la diferencia del personal que presenta el síndrome por las categorías agrupadas en porcentaje total, donde las enfermeras presentaron el mayor en relación con los médicos.

Cuadro VI
Síndrome de Burnout y categoría laboral del personal del Centro Médico 2012

Categoría	Con Síndrome %	37.4%
Enfermeras	82 40.8	23 11.4
Médicos	68 33.8	28 13.9
Total	150 74.6	51 25.3

FUENTE: Cuestionario MBI para detectar el Síndrome de Burnout en el personal médico y enfermería del Centro Médico.

Esta tabla muestra el síndrome por los niveles y categorías agrupadas en donde el más sobresaliente es enfermería que presentaron un porcentaje mayor en la fase leve.

Cuadro VII
Niveles del MBI por Categoría del personal médico y enfermería del Centro Médico ISSET 2011

Categoría	Sin Síndrome	Leve	Moderado	Grave
Enfermeras	23 11.44	59 29.35	18 8.96	5 2.49
Médicos	28 13.93	52 25.87	16 7.96	0 0.00
Total	51 25.37	111 55.22	34 16.92	5 2.49

FUENTE: Cuestionario MBI para detectar el Síndrome de Burnout en el personal médico y enfermería del Centro Médico.

Discusión

Los resultados de este estudio revelan que la tercera parte de la población estudiada del Centro Médico presenta síndrome de Burnout y este se relaciona con la funcionalidad en sus familias, resultados que coinciden con lo encontrado en un estudio en México 2007 de Osuna y Cols.¹³

Más de la mitad de la población estudiada correspondió al sexo femenino coincidiendo lo encontrado con el estudio realizado en México por Osuna en una muestra de residentes de Medicina Familiar del IMSS y con el estudio de Lozada en México¹⁴ en donde también predominó el sexo femenino en el grupo de enfermeras.

Los factores que se relacionaron con la presencia del síndrome de Burnout fueron: la antigüedad laboral, tener más de dos empleos, el servicio en donde labora y la profesión de este personal, los más afectados fueron el personal de enfermería lo que concuerda con la literatura consultada.^{15,16,17}

Un factor que se debe subrayar en este estudio es el motivo de incapacidades del personal, esta variable resultó estadísticamente significativa, resultando con mayor predominio las patologías asociadas al estrés, siendo éste el que lo antecede para el desarrollo del síndrome de Burnout en la población estudiada, como son lumbalgias, enfermedades respiratorias y enfermedades traumáticas.¹⁶

El presente estudio presenta una prevalencia del síndrome de Burnout en el personal de las áreas del hospital, similar al estudio de Sally en el 2010 en donde se encontró que los médicos residentes presentaban una prevalencia equivalente.

Una de las variables que fueron significativas en este estudio fue el sexo con relación al síndrome similar a lo encontrado por Osuna y cols.¹⁴ y diferente a lo encontrado en el estudio de Montero en España¹⁸ en donde esta variable no influye con diferencias significativas. Otra variable que se encontró relacionada con el síndrome es el área en donde labora el personal estudiado, trascendiendo en urgencias y otras áreas de mayor conocimiento, experiencia y destreza en las actividades de su categoría como quirófanos, hemodiálisis y UCIN, resultados que coinciden con el estudio de Grau en España.¹⁹

La prevalencia de la edad en este estudio resultó ser una variable importante a mencionar siendo la edad de 43 años la de mayor prevalencia, así como la antigüedad

laboral mayor a 10 años y personas unidas, similar al estudio de Cabana en Cuba 2009²⁰ donde se presenta mayor tendencia a presentar el síndrome en una edad media de 35 a 44 años.

Otros factores que se relacionan y son primordiales para el desarrollo de este estudio son el turno, el servicio y el ausentismo, resultados semejantes a los observados por Rodríguez en el 2009²¹ en donde la población de estudio fue personal de enfermería de diversos hospitales.

En cuanto a los resultados del análisis por dimensiones del síndrome de Burnout como el cansancio emocional, despersonalización y realización personal fueron similares a lo encontrado en el estudio de Domínguez en México 2006²² y al de Gómez en Tabasco²³ presentándose en un nivel bajo y medio a excepción de la dimensión de realización personal que presenta un nivel alto.

La dimensión de cansancio emocional resulta ser la más afectada coincidiendo con el estudio de Guevara C. en el 2002 realizado en Colombia.²⁴ A diferencia del estudio de Radman en Yemen²⁵ en donde la prevalencia del síndrome de Burnout en esta dimensión fue identificada como significativamente alta, pero similar en cuanto a una variable utilizada que es la antigüedad en donde se presenta en un tiempo mayor de 10 años de antigüedad de Melita en Chile 2008²⁶ donde esta variable se presenta en el personal de menos 10 años de antigüedad.

En cuanto a los niveles del síndrome de Burnout, el nivel leve se dio en más de la mitad de la población, el nivel moderado en una cuarta parte y grave una mínima parte, estos resultados concuerdan con lo encontrado en un estudio realizado en Tabasco, México por Gómez en el año 2011.

En relación a la disfuncionalidad familiar se presenta en más de la mitad del personal, resultados que fueron similares al estudio de Osuna en México 2007, siendo el sexo femenino el de mayor frecuencia. La variable relacionada con el número de hijos resultó significativa en este estudio, en donde el personal con tres hijos tiene un grado de disfunción en la familia. El laborar en el área de urgencias, en los turnos nocturno y vespertino, así como tener dos a tres trabajos también está relacionado con la probabilidad de presentar disfunción familiar.

La frecuencia de la disfuncionalidad en sus niveles es similar a lo encontrado en México por Mendoza en 2006¹⁶ en donde se revelan datos similares al estudio en cuestión en donde se dan en la mitad de la población.

El síndrome de Burnout y la disfunción familiar se observó en la mitad del personal total, resultados que coinciden a lo encontrado en el estudio de Guevara en Colombia en el año 2002.¹⁸

Conclusiones

Existe relación entre la presencia del Síndrome del Burnout y la funcionalidad familiar en el personal médico y enfermeras del Hospital de Especialidades Médicas.

Una tercera parte de la población estudiada presenta sSíndrome de Burnout, en un rango de edad de 33-54 años, predominado las mujeres, con nivel de licenciatura, estado civil sin pareja, con dos hijos en promedio.

Las enfermeras presentan mayores porcentajes del síndrome a diferencia de los médicos, poseen un contrato eventual o de base en el área de urgencias del turno nocturno, cuentan con tres trabajos, una antigüedad laboral de 10 a 20 años y presentan incapacidades por lumbalgias y enfermedades respiratorias.

La mitad del personal presenta disfuncionalidad familiar en un nivel moderado, lo que indica que este personal tiene un grado de afectación en una de las funciones básicas de la familia.

En el grupo de los médicos se presentó con mayor frecuencia en las edades de 33-43 años, género masculino, nivel licenciatura, estado civil unidos, con tres hijos en promedio y con categoría de médicos de base del área de urgencias y UCIN del turno nocturno, con una antigüedad laboral de 3-15 años y con más de dos trabajos. La mitad de los que presentan el sSíndrome de Burnout forman parte de una familia disfuncional.

El grupo de enfermería fue el que más presentó el síndrome de bBurnout en las edades de 33-43 años, sexo femenino, con nivel licenciatura, unidas a una pareja y con dos hijos, con una plaza de base, laborando en el área de consulta externa y con una antigüedad de 20 años del turno matutino, las cuales se incapacitaron por gastroenteritis y lumbalgias.

Se concluye que las enfermeras muestran mayor presencia del Síndrome de Burnout, esto con referencia a las funciones que desarrollan en su área laboral y además por el género de mayor frecuencia en esa categoría, donde sabemos que tienen mayor carga en el hogar, con el cuidado de los hijos y labores domésticas.

En cuanto a los médicos se concluye que presentan mayores niveles de disfuncionalidad familiar y tienen la necesidad de tener más de dos empleos para cubrir las necesidades que les da su estatus.

Este estudio demuestra que el fenómeno antes descrito, combinado con las relaciones familiares determina en el individuo repercusiones físicas, emocionales y laborales que contribuyen al desarrollo del Síndrome de Burnout. Los resultados encontrados servirán de pauta para otros estudios de mayor profundidad y es un llamado de atención para tomar en cuenta los factores familiares y sociales en el ámbito laboral.

Referencias

1. Gil Monte P. R. El Síndrome de quemarse por el trabajo (Burnout) Una enfermedad laboral en la sociedad del bienestar. Madrid: Ed. Pirámide. 2005.
2. Bosqued M. Quemados. El síndrome del burnout. Qué es y cómo superarlo. España: Paidós Iberica; 2008.
3. Buendía, J y Ramos, F. Empleo, Estrés y Salud. Madrid: Pirámide. 2001
4. Goñi M. Guía de prevención de Burnout para profesionales de cuidados paliativos. ciudadEd. SECPAL, 2008. Pag.28-30
5. Instituto Interamericano del niño. OMS. Familia: Un sistema. [revista en la Internet]; 2010 [citado 2011 Junio 03] Disponible en: www.iin.oea.org/Cursos_a_distancia/Lectura%2012_UT_1.PDF
6. Minuchin S. Familias y Terapia Familiar, Madrid: Ediciones Gedisa.2004.
7. Palacios J. Familia y Desarrollo Humano. Madrid: Alianza Editorial, S. A. 2002
8. Zaldívar Pérez D.F., Funcionamiento familiar saludable en, <http://saludparalavida.sld.cu/modules.consultado> el 8 de mayo de 2013.
9. Instituto Interamericano del niño. OMS. Familia: Un sistema. [revista en la Internet]; 2010 [citado 2011 Junio 03] Disponible en: www.iin.oea.org/Cursos_a_distancia/Lectura%2012_UT_1.pdf
11. Ortega T., De la Cuesta F. y Díaz R. Propuesta de un instrumento para la aplicación del proceso de atención de enfermería en familias disfuncionales. Rev Cubana Enfermer, 1999; 13 (3): 164-8.
12. Diario oficial de la Federación, Rep. Mex. Ley general de salud. Publicada 2008. Última reforma Diciembre 2010. Título Quinto. Capítulo único.

13. Osuna M., Medina L., Rometo J., Alvarez M. Prevalencia del Síndrome Burnout en médicos residentes de la Unidad de Medicina Familiar N. 24 de Tepic Nayarit. *Rev. Aten Fam* 2009; 16(2): 24-27.
14. Lozada V. Síndrome de quemarse por el trabajo en un hospital de tercer nivel de la Ciudad de México. 3er. Foro de las Américas en Investigación sobre Factores Psicosociales Estrés y Salud Mental en el Trabajo. 2010.
15. Houtman I., Jettinghoff K., Cedillo L. Sensibilizando sobre el Estrés Laboral en los Países en Desarrollo. Un riesgo moderno en un ambiente tradicional de trabajo: Consejos para empleadores y representantes de los trabajadores. Serie protección de la salud de los trabajadores; N° 6. OMS 2008.
16. Lozada V. Síndrome de quemarse por el trabajo en un hospital de tercer nivel de la Ciudad de México. 3er. Foro de las Américas en Investigación sobre Factores Psicosociales Estrés y Salud Mental en el Trabajo. 2010.
17. Pereda T., Marquez G, Hoyos V, Yanez Z. Síndrome de burnout en médicos y personal paramédico. *Salud Mental, Cardel Veracruz México*. 2009; 32:399-404.
18. Montero-Marín J y cols. Towards a brief definition of burnout syndrome by subtypes: Development of the "Burnout Clinical Subtypes Questionnaire" 2008 (BCSQ-12)
19. Grau Armand y cols. Influencia de factores personales, profesionales y transnacionales en el Síndrome de Burnout en personal sanitario hispanoamericano y español. *Rev Esp. Elec. Salud Pública*. V 83 No. 2. Madrid Mar-Abril 2009. . [citado 2011 Mayo 17]. Disponible en: <http://www.scielo.br>
20. Cabana Salazar JA, García Ceballos E, García García G, Melis Suárez A, Dávila Ramírez R. El síndrome de Burnout en el personal de una unidad quirúrgica. *Rev méd elec. [Seriada en línea]* 2009; 31(3). . [citado 2010 Noviembre 10]. Disponible en: <http://www.scielo.br>
21. Obra cit. Rodríguez García. Pág. 12
22. Barco Díaz y Cols. El Síndrome de Burnout en enfermeros básicos del segundo año de la carrera. Facultad de Ciencias Médicas de Cienfuegos Cuba. *Rev. Salud Pub. Elec.* 2008. [citado 2010 Diciembre 01]. Disponible en: <http://www.scielo.br>
23. Gómez Domínguez Y. Síndrome de burnout y factores relacionados, en médicos y enfermeras del cessa tierra colorada, centro, tabasco (tesis). Universidad Juárez Autónoma de Tabasco; 2011
24. Guevara C., Henao D., Herrera J. Síndrome de desgaste profesional en médicos internos y residentes. Hospital Universitario del Valle, Cali, 2002. *Rev. Colombia médica [revista en la Internet]*; 2004 [citado 2011 Mayo 31] Vol. 35. N.4. Disponible en: <http://www.scielo.br>
25. Radman. Abdo Prevalencia y factores asociados en doctores Yemen. *J. Occup Health* 2010. 52, 58-65.
26. Rodríguez Melita y Cols. Burnout en profesionales de enfermería que trabajan en Centros asistenciales de la octava región, Chile. *Ciencia y Enfermería XIV* (2): 75-85, 2008. [citado 2010 Noviembre 11]. Disponible en: <http://www.scielo.br>