

Síndrome de burnout. Biodesarrollo y reversión de impactos en el sector de la salud del estado de Guanajuato, México

Burnout Syndrome. Biodevelopment and Reversion of the Impacts in the Health Sector of the State of Guanajuato, Mexico

Mario Jesús Aguilar Camacho*  <https://orcid.org/0000-0001-9436-4822>
José Enrique Luna Correa**  <https://orcid.org/0000-0002-8572-8943>
Alma Rosa Tovar Vega***  <https://orcid.org/0000-0002-6685-5285>
Enrique Blancarte Fuentes****  <https://orcid.org/0000-0001-5768-2899>

Resumen

El síndrome de burnout es una patología severa que se manifiesta más en los profesionales de la salud que en los de otras profesiones. El objetivo de esta investigación es determinar su prevalencia en el personal médico, paramédico y administrativo que labora en hospitales del sistema de salud pública del estado de Guanajuato. La metodología del estudio es exploratoria, descriptiva, transversal y correlacional. Se utilizó el inventario Maslach Burnout. Los resultados demuestran que el personal médico presenta un índice de 44% en agotamiento emocional, 7.1% en despersonalización y 7.1% bajo en realización personal. De la rama paramédica se observó que 36.4% presenta un índice alto en agotamiento emocional; 22.7% alto en despersonalización y 54.5% bajo en realización personal. Participaron 135 trabajadores. Se concluye que el síndrome aparece en 9.1% de los participantes. Se sugiere implementar un programa preventivo y correctivo, válido para evitar o retrasar sus manifestaciones. **Palabras clave:** Síndrome de burnout; estrés laboral; personal de salud; sistema de salud pública; Maslach Burnout Inventory.

Abstract

Burnout Syndrome (SB) is a severe pathology that manifests itself in health professionals more than in the members of other professions. The objective of this research is to determine the prevalence of SB among the medical, paramedical and administrative personnel who work in Public Health System of the State of Guanajuato hospitals. The study's methodology is exploratory, descriptive, cross-sectional and correlational. The Maslach Burnout Inventory instrument was used. The results show that medical personnel present level 44% in emotional exhaustion, 7.1% in depersonalization and 7.1% low in personal fulfillment. From the paramedical branch, it was identified that 36.4% present in emotional exhaustion; 22.7% in depersonalization, and 54.5% low in personal fulfillment. In the study 135 workers participated. The existence of the syndrome is concluded in 9.1% of the participants; it is suggested to implement a preventive and corrective program, valid to avoid or delay its manifestations. **Keywords:** Burnout syndrome; work stress; health personnel; public health system; Maslach Burnout Inventory.

Cómo citar: Aguilar Camacho, M. J., Luna Correa, J. E., Tovar Vega, A. R., y Blancarte Fuentes, E. (2020). Síndrome de burnout. Biodesarrollo y reversión de impactos en el sector de la salud del estado de Guanajuato, México. *región y sociedad*, 32, e1308. doi: 10.22198/rys2020/32/1308

* Universidad de Guanajuato, Campus Celaya-Salvatierra, División de Ciencias Sociales y Administrativas. Ing. Javier Barros Sierra Núm. 201, Ejido Santa María del Refugio, C. P. 38110, Celaya, Guanajuato, México. Correo electrónico: macamach57@gmail.com

** Autor para correspondencia, Universidad de Guanajuato, Campus Celaya-Salvatierra, División de Ciencias Sociales y Administrativas. Ing. Javier Barros Sierra Núm. 201, Ejido Santa María del Refugio, C. P. 38110, Celaya, Guanajuato, México. Correo electrónico: enrique_luncor@hotmail.com

*** Universidad de Guanajuato, Campus Celaya-Salvatierra, División de Ciencias de la Salud e Ingenierías. Ing. Javier Barros Sierra Núm. 201, Ejido Santa María del Refugio, C. P. 38110, Celaya, Guanajuato, México. Correo electrónico: ar.tovar@ugto.mx

**** Universidad de Guanajuato, Campus Celaya-Salvatierra, División de Ciencias de la Salud e Ingenierías. Ing. Javier Barros Sierra Núm. 201, Ejido Santa María del Refugio, C. P. 38110, Celaya, Guanajuato, México. Correo electrónico: e.blancarte@ugto.mx

Recibido: 5 de marzo de 2020
Reevaluado: 20 de julio de 2020
Aceptado: 26 de agosto de 2020
Liberado: 5 de octubre de 2020



Esta obra está protegida bajo una Licencia
Creative Commons Atribución-No Comercial
4.0 Internacional.

Introducción

La globalización es un proceso de naturaleza política, económica y cultural mediante el cual las políticas nacionales van perdiendo importancia a medida que las políticas internacionales se vuelven más relevantes. Estas últimas se deciden en centros cada vez más alejados de la vida cotidiana de los ciudadanos (Estefanía, 2002).

El prólogo del *Informe sobre las inversiones en el mundo 2018* de la Conferencia de las Naciones sobre Comercio y Desarrollo (Organización de las Naciones Unidas [ONU], 2018) indica que nos encontramos en los albores de una cuarta revolución industrial, un proceso impulsado por tecnologías de vanguardia y avances en la robotización que permiten que la producción sea mejor, más barata y más rápida. Esta nueva revolución industrial ofrece enormes oportunidades de crecimiento económico y desarrollo sostenible con unos beneficios potenciales a una escala difícil de cuantificar.

Las nuevas tecnologías prometen posibilidades de modernización y superación de etapas industriales. El abaratamiento del transporte, la comunicación y el aumento de la eficiencia de la logística también pueden ayudar a los países en desarrollo a integrarse mejor en las cadenas de valor mundiales (Organización Mundial del Comercio, 2018). Algunas de las economías emergentes más avanzadas ya están a punto de convertirse en líderes tecnológicos mundiales en varios sectores. Sin embargo, la nueva era económica y el ritmo acelerado de la innovación tecnológica también podrían dar lugar a graves disrupciones económicas y a una mayor desigualdad. Las pautas de inversión existentes, por ejemplo, podrían experimentar cambios profundos y de gran alcance, tanto en términos de flujos como de contenido (ONU, 2018).

En este contexto, los países en desarrollo, y en particular los países menos adelantados, se enfrentan a desafíos considerables, como limitaciones estructurales, deslocalización y relocalización de la industria en destinos que ofrecen una mano de obra más barata pero que están perdiendo importancia en un mundo donde la fabricación está cada vez más automatizada. Al mismo tiempo, para mejorar las condiciones de vida estos países requieren crear puestos de trabajo, y para ello la industria manufacturera sigue siendo muy necesaria. Las políticas de inversión de los países en desarrollo con mercados pequeños son objeto de una presión adicional, ya que las empresas buscan cada vez más lugares donde invertir que ofrezcan las mejores condiciones para fabricar y vender productos nuevos y de alta calidad, cerca del cliente y mediante el uso de procesos de producción flexibles (Murillo, 2019).

Importantes empresas transnacionales se establecen en México por los altos índices de productividad y de calidad que los trabajadores tienen, para crear un ciclo de ganancias y empleo que resulta bastante jugoso para los inversionistas. Aunque esto favorece la economía mexicana, no todo lo que se deriva es el panorama idóneo que se esperaría (Oviedo, 2019).

De acuerdo con el *ranking* de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OECD, 2019), México se posiciona como el país que más horas de jornada laboral tiene por trabajador al año a escala mundial (2 250

horas por trabajador al año), muy por encima de las 1 780 horas/trabajador de Estados Unidos, de las 1 980 horas/trabajador de Rusia o de las 2 121 horas/trabajador de su contendiente más cercano, Costa Rica. Lo anterior repercute sin duda de manera directa en un flujo económico que beneficia al país, pero también afecta la salud de los trabajadores.

En México se están reportando cada vez más casos de estrés laboral derivado de las arduas jornadas de trabajo y de las extenuantes demandas que los patrones exigen a sus trabajadores (Maldonado, 2019). De la población trabajadora del país, 75% ha reportado padecer fatiga o estrés laboral en algún punto de su vida. Estos números también sitúan a México en las primeras posiciones de los rankings mundiales de estrés laboral: supera a China (73%) y a Estados Unidos (59%) (González, 2019).

El estrés laboral continuo puede afectar de manera significativa la calidad de vida del trabajador, puesto que ocasiona cuadros de ansiedad, desequilibrio del sueño, depresión y hasta infartos que terminan en parálisis o en la muerte del empleado. El Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) ha reportado un incremento de 57% en los casos de infarto en la población trabajadora en los últimos años (Franco Chávez, Salazar Paramo, Aguilera Velasco y Villagómez Zavala, 2019).

El director de la empresa Sodexo en México, Thierry Guihard, dijo a *La Opinión* (2018) que “el estrés laboral es un factor de riesgo para desarrollar depresión, obesidad, diabetes y, en casos extremos, infartos, por lo que es fundamental que trabajadores y empresas aprendan a gestionarlo y controlarlo”. Aunado a las consecuencias para la salud del empleado, está la pérdida económica para las empresas causada por ausencias en el trabajo, errores de ejecución de procesos, protocolos, procedimientos o pagos por indemnización a los empleados.

Los trabajadores, por ello, “pueden sentirse deprimidos o ansiosos”, y en México las pérdidas de productividad relacionadas con estos factores se estiman en hasta 16 000 millones de pesos (unos 833 millones de dólares) al año. De acuerdo con el Workplace Wellness Council México, el estrés, la obesidad y el sobrepeso son las principales causas de ausentismo, lo que en México provoca pérdidas en productividad mayores a 20% anual (*La Opinión*, 2019). Meza (2019) comenta que el ausentismo en las empresas genera una pérdida de 7.3% en la nómina al año de las empresas en México.

De acuerdo con datos del Workplace Wellness Council México (2019), un trabajador que sufre depresión puede faltar al trabajo 25 días al año, hasta 20 días cuando enfrenta ataques de pánico, 14 días si padece de estrés postraumático y 20 días si pasa por un periodo de ansiedad.

La Organización Internacional del Trabajo (OIT) indica que el estrés se ha convertido en un problema de salud pública, pues en el ámbito laboral genera descuidos en el trabajo, disminución en la productividad, aumento en la rotación de personal e incremento de las enfermedades mentales, sin mencionar el impacto económico (Martínez González y Martínez García, 2018).

Las repercusiones del síndrome de burnout (SB) en los trabajadores que lo padecen afectan la psicología de la persona (estados de depresión, frustración,

insatisfacción, baja autoestima, ansiedad, propensión a recurrir al uso de drogas e incluso pensamientos suicidas) y su físico (incremento en la producción de cortisol, fatiga, cambios cognitivos, problemas de sueño, dolores musculares, cefaleas, complicaciones sexuales, problemas cardiovasculares, tales como infartos, aceleramiento del envejecimiento y problemas digestivos) (Maslach y Schaufeli, 2017). Predominan las complicaciones físicas, como alteraciones mentales, disminución del sistema inmune, alteraciones músculo-esqueléticas y cardiovasculares. Entre las medidas de afrontamiento, se destacan las técnicas de manejo del estrés. En conclusión, los profesionales sometidos a presiones excesivas presentan un alto riesgo de padecer el síndrome de burnout (Isaza Romero, 2019).

Problemática

Es tan abrumador el impacto del SB en las corporaciones, que la Organización Mundial de la Salud (OMS) lo ha catalogado como un riesgo laboral sobresaliente. Esta afección incide en profesionales sometidos a un contacto directo con personas, por lo cual es un trastorno muy frecuente en el medio hospitalario (OMS, 2005). Debido a la naturaleza y a las características de sus actividades, los trabajadores del sector de la salud que se desempeñan en instituciones públicas y privadas son uno de los grupos más afectados en términos emocionales, debido a lo cual su desempeño profesional se ve mermado con el tiempo y repercute de forma negativa en la eficiencia corporativa (OMS, 2005).

El adverso clima laboral que experimenta el personal sanitario en los centros de trabajo en que presta sus servicios, ha sido objeto de estudios registrados desde el siglo pasado, de los cuales se originó el concepto de síndrome de burnout. En 1986, William Ogle publicó un trabajo en el que demostró que el nivel de muerte de dichos profesionales es mayor que el que presentan otras labores y oficios. Destaca el hecho de que los más vulnerables son los miembros del personal recién egresado e incorporado al sector de la salud pública (Ogle, citado en Woods, 1996).

Señalan Zaldúa y Lodieu (2010) que “el personal dedicado a prestar sus servicios de salud en alguna organización del sector se encuentra inmerso en un mundo de dudas, miedos, aprensiones e incertidumbres, que son ocasionados por el ejercicio de una profesión donde el error puede terminar en un entierro” (pp. 115-117). Al respecto, Weyers (2006) señala que los efectos subjetivos ocasionados por estar en contacto directo con el dolor, los padecimientos y el sufrimiento de un ser humano son parte inherente de ejercer una actividad profesional diaria de alta tensión y angustia. De igual manera, Stolkiner (2014) sostiene que la labor de asistencia a enfermos guarda una relación directa con la salud mental de los trabajadores, que una vez “quemados” es muy difícil que vuelvan a activarse.

En el sector de la salud, hacia principios de la mitad del siglo XX, la mortalidad de la población estaba provocada por la alta prevalencia de las en-

fermedades infectocontagiosas —como la difteria, el tifus y la escarlatina—, transmitidas en especial a la rama médica y paramédica, sobre todo a médicos cirujanos y médicos generales. Según los estudios de Gutiérrez, Rojas, Tovar, Tirado, Cotoñieto y García (2005) y de Vahey, Aiken, Sloane, Clarke y Vargas (2004), las únicas ocupaciones en las que la mortalidad se relacionaba con la edad y con el quehacer profesional, eran las del servicio sanitario público. Se detectó que el grado de riesgo provocaba elevados niveles de ansiedad entre quienes atendían a enfermos con padecimientos infecto-contagiosos, como tifus, tuberculosis, hepatitis, neumonía y otros. Esto originó la idea de que la única rama laboral enfocada en el estudio empírico del SB debería ser la médica (Danielson, 2011).

En 1930 la OIT sostuvo que el profesional de la salud está expuesto a riesgos de estrés y agotamiento que producen efectos psíquicos: ansiedad, depresión, enfermedades psicosomáticas y trastornos neuróticos, motivados por la presión que ejerce la profesión sanitaria (Woods, 1996). Lo anterior coincide con el planteamiento de que los profesionales del sistema de salud se encuentran en contacto permanente con el dolor, la incertidumbre, la angustia, la muerte, así como también con su contraparte, la alegría, la salud, la vida y la cura, lo cual puede provocar una suerte de bipolaridad que deteriora el capital humano y por lo tanto el clima laboral (Bosqued, 2008).

Las situaciones estresantes, si bien constituyen un riesgo profesional esperado, aumentadas en determinadas circunstancias, por factores personales, organizacionales, institucionales o macroestructurales, pierden el valor de protectores de la identidad profesional del trabajador y se convierten en componentes de inseguridad, lo cual coloca a los trabajadores en situación de vulnerabilidad (Zaldúa y Lodieu, 2010). El estrés es bueno en pequeñas dosis, pero los efectos de un estrés crónico, tanto físico como psicológico, pueden causar una disminución en la productividad y la calidad de vida de la persona (Freudenberger, 1974).

El SB ha ido generando interés por su repercusión en el clima laboral no sólo sobre el trabajador de la salud, sino también en otras organizaciones por sus consecuencias institucionales (Büyükhahin Çevik y Atıcı, 2009). Y es que el SB provoca a ritmo creciente el deterioro de la calidad asistencial, las renunciadas y el ausentismo de los agentes, además de aumentar los costos institucionales por el daño de los profesionales (enfermedad o despidos) y el costo potencial de reclamos por negligencia y pérdida del cometido o misión organizacional (Coxy Heames, 2010). Así mismo, en México la Comisión Nacional de Derechos Humanos (CNDH) ha emitido múltiples recomendaciones a las organizaciones prestatarias de servicios de salud, en las cuales se enfatiza que deben esforzarse en brindar un mejor trato a los usuarios (Arce, 2000). La Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) reporta que los mexicanos laboran 500 horas más que el promedio de los trabajadores de otras naciones. El contraste radica en que los de México no toman conciencia de su propia salud (Najmanovich, 2016).

Marco teórico

El concepto del SB fue introducido en las ciencias sociales por primera vez en 1974, definido como un estado psicológico según el cual el individuo que lo padece tiene una sensación de fracaso y agotamiento acompañado de un sentimiento absoluto de incomodidad; es decir, está exhausto a cada minuto (Freudenberger, 1974).

Está claro que el SB se define como una consecuencia del estrés laboral crónico, caracterizada por el agotamiento emocional o por la pérdida de recursos emocionales para enfrentarse al trabajo, la despersonalización o el desarrollo de actitudes de insensibilidad y cinismo para con los receptores del servicio. Otras consecuencias son la falta de realización personal, la tendencia a evaluar el propio trabajo de forma negativa y la baja autoestima profesional (Maslach, 1981).

La aparición del SB se explica por la acción conjunta de una serie de factores y antecedentes, entre los que destacan los relacionados con la organización o entidad en que se desarrolla el trabajo, el tipo de tarea y los destinatarios de la acción profesional, lo que conlleva una serie de consecuencias individuales (físicas, psicológicas y sociales), así como organizacionales (ausentismo, rotación de personal y abandono, entre otras) (Maslach, Jackson, Leiter, Schaufeli y Schwab, 1986).

El SB se asocia con mayor frecuencia con las profesiones que tienen una interacción constante con personas, cada una con su propia carga genética, cultural y étnica. Por lo común, se denominan profesiones cara a cara, y quienes las ejercen son muy vulnerables debido a la naturaleza del servicio: profesionales dedicados al cuidado de la salud, a la asistencia social, gestores sociales, deportistas, cuidadores paliativos y profesores (Garcés de los Fayos y Vives Benedicto, 2002).

La sintomatología del burnout aparece como consecuencia de una sobrecarga de exigencias de fuerza física, emocional y espiritual, aunadas a bajas recompensas por el oficio, lo cual deriva en una sensación de fracaso laboral y profesional, así como de una existencia agotada o gastada por el desaprovechamiento de las capacidades del talento humano no reconocidas. Esto está acompañado de una pérdida de motivación, agotamiento emocional, despersonalización y baja realización profesional (Pines y Aronson, 1988). La persona con el SB es apática, irritable, con baja tolerancia a la frustración, con pensamientos recurrentes de incompetencia, lo cual conduce a un alto grado de absentismo y propensión a desarrollar conductas adictivas (Flores Tesillo y Ruíz Martínez, 2018).

Si se padece el SB, a veces se pueden experimentar alteraciones psicofisiológicas, tales como astenia y agitación al mismo tiempo (tics nerviosos, temblor de manos), palpitaciones, taquicardia, entre otras. Estos síntomas terminan invadiendo la vida social y familiar del afectado, que opta por aislarse y quedarse solo (Knox, Willard-Grace, Huang y Grumbach, 2018).

Causas del burnout

Una de las principales características del SB es que se produce en profesiones que las personas han elegido con libertad, es decir, más vocacionales que obligatorias. La problemática empieza a surgir cuando los horarios no permiten a los trabajadores solucionar todo lo que quieren o lo que habían idealizado para su profesión, de modo que la realidad termina pareciéndose poco o nada a lo que habían imaginado. Los bajos sueldos, los escasos incentivos profesionales o la pérdida de prestigio social también son causas del SB (Shanafelt, Hasan, Dyrbye, Sinsky, Satele, Sloan y West, 2015).

Los profesionales relacionados con el mundo sanitario, de la educación o la administración pública suelen ser los que más incidencia reflejan en las estadísticas, porque están en contacto con personas que tienen alguna problemática y suelen ser ellos los que deben solucionarla. La frustración se produce cuando sienten que su trabajo es infecundo. Según datos de Bermejo (2016) y de la OIT (2018), entre 20% y 30% de los médicos, profesores y policías padecen sus síntomas.

El biodesarrollo y su perspectiva

Hasta hace poco tiempo, los estudios y proyectos versados en el tema del desarrollo habían tenido un enfoque reduccionista, casi exclusivo de avance y progreso económico. Por lo general, se refieren al desarrollo alternativo, al desarrollo sostenible, sustentable, participativo, sistémico, rural, pero se les critica que son limitativos o con dificultades para incluir temas como atraso, inequidad o dependencia y, sobre todo, daños al ecosistema (Eschenhagen, 2014).

Platón, en su teoría organicista del Estado (en realidad la *polis*, pues nunca conoció la institución estatal, que no apareció sino hasta dos mil años después), sostenía que las distintas comunidades humanas eran organismos, seres vivos, con sus funciones y miembros u órganos muy bien determinados (Azcárate, 1999).

En la moderna teoría organizacional, se incluyen en esa interpretación no sólo los entes y entidades públicos, sino también los privados; es decir, no sólo las ciudades, los municipios, las regiones, los países; también las empresas y en general las organizaciones e instituciones, los cuales requieren el tratamiento de ecosistemas (Maldonado, 2014).

En biología, por ecosistema se entiende la comunidad de seres vivos cuyos procesos vitales están relacionados entre sí. El desarrollo de estos organismos se produce en función de los factores físicos del ambiente que comparten (Basnou, Pino y Terradas, 2015). Al respecto, Terradas y Peñuelas (2012) dicen que “los ecólogos han sostenido que la actividad humana, con preeminencia economicista, altera los ecosistemas o las condiciones de vida a nivel local o planetario” (pp. 849-850). La conclusión es que todos los organismos viven de la explotación del ecosistema, y la especie humana también necesita explotarlo

para asegurar su supervivencia, pero los humanos son depredadores insostenibles que seguirán alterando los procesos ecológicos y evolutivos a escala global, a menos que los gestores del desarrollo no se limiten a aspectos meramente económicos e incluyan factores culturales, sociales y ambientales (Basnou, Pino y Terradas, 2015).

En la visión de las organizaciones humanas como ecosistemas, la primera necesidad es la búsqueda del equilibrio. La interdependencia las convierte en vulnerables y las alteraciones que se produzcan van a tener un fuerte impacto en el bienestar de sus componentes (Maldonado, 2014, pp. 71-96). Aquí entra en escena el biodesarrollo, con una metodología que aborda los ecosistemas humanos en sus dimensiones económica, política, y física, incluida la satisfacción de necesidades y requerimientos de educación y salud, teniendo en cuenta las dimensiones ambiental, social y cultural (Gómez Rodríguez, Barbosa Pérez y Rojas Velásquez, 2017; Maldonado, 2012; Molano, 2011).

Casos de burnout en el sector de la salud en el estado de Guanajuato

El sistema público de salud en el estado de Guanajuato ha resentido los efectos del SB. En 2014 se presentaron siete casos de muerte súbita de trabajadores pertenecientes a dicho sistema. Cinco casos se atribuyen al peligro que presentaban estos profesionales de salud pública multinivel por padecer el SB en un grado superlativo (Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI], 2017).

Un fenómeno que afecta de manera considerable la devaluación del capital humano en la rama de la prestación de servicios de salud pública es la existencia de las denominadas *constelaciones familiares* dentro de una misma unidad. Éstas *heredan* el trabajo de generación en generación, con lo cual se controlan los puestos limitándolos a una rama familiar. Quienes heredan el trabajo muchas veces no cuentan con experiencia previa o con los conocimientos suficientes, lo que afecta los servicios de salud y provoca que se devalúe el capital humano en los hospitales públicos (Pucheu, 2016).

El principal problema es que el talento humano dotado con capacidades para desempeñar las tareas de las ramas paramédica y administrativa percibe que su trabajo siempre es rutinario. Justo en esta etapa aparece de manera sigilosa el SB, pues aun contando con preparación académica, no se le considera en la toma de decisiones dentro de los hospitales públicos, ni se ofertan las posibilidades para ascensos dentro de dichas instituciones. Además, lo anterior se acompaña de una percepción salarial tendiente al mínimo establecido; por lo tanto, le da lo mismo hacer o no hacer su trabajo de forma eficiente y funcional (Colmenares de la Torre, Acosta, Cárdenas, Carvajal, Guzmán, Hernández, Hernández, Lara y Cordero, 2018). El problema descrito es un detonador que provoca que las organizaciones resten valor al capital humano y que se priven de trabajadores que le aporten valor (Flores-Ramos, Sánchez-Jiménez, Sámano, Rodríguez-Ventura y Chinchilla Ochoa, 2018).

Objetivo e hipótesis

El objetivo general de la presente investigación es determinar la prevalencia del SB en el personal médico, paramédico y administrativo de las áreas que componen una organización pública multinivel de servicio de atención a la salud que brinda el gobierno del estado de Guanajuato.

Los objetivos específicos son identificar los factores asociados con el SB y sus causas; y establecer un indicador preventivo para evitar o retrasar el progreso del síndrome entre los trabajadores que atienden los servicios de salud para beneficiarlos a ellos, a las instituciones en que laboran y a los usuarios.

La hipótesis general del estudio es que quienes prestan sus servicios personales en las instituciones de salud pública en el estado de Guanajuato sufren altos índices de SB, lo que provoca la devaluación del capital humano y repercute en la salud de los trabajadores y en la calidad de los servicios prestados.

Hipótesis 1. La falta de realización profesional, debida a los bajos sueldos, los escasos incentivos profesionales o la pérdida de prestigio social son las causas de la desmotivación del personal que presta servicios laborales en las instituciones de salud pública en el estado de Guanajuato. Esa desmotivación ocasiona la aparición del SB.

Hipótesis 2. El cansancio emocional del personal en las instituciones de salud pública en el estado de Guanajuato deriva de que percibe que su trabajo siempre es rutinario y contrario a su aptitud aspiracional, lo que provoca su inconformidad con las responsabilidades que tiene en el trabajo en cuanto a sus funciones.

Hipótesis 3. La despersonalización de los trabajadores en las instituciones de salud pública en el estado de Guanajuato es provocada por la carencia de material y de equipo para la prestación del servicio, lo que repercute negativamente en el rendimiento, que es un factor determinante para que las personas se sientan incómodas en su trabajo y sufran el SB.

Metodología

Para lograr los objetivos y comprobar las hipótesis, se efectuó un estudio exploratorio de tipo descriptivo, transversal y correlacional (Kerlinger, 2002), debido a que se le considerara el más adecuado para puntualizar la frecuencia, las características y los patrones de esta patología; también para identificar los grupos y los rangos más vulnerables que establecen los factores de riesgo que existen en las organizaciones atendidas. Para la recolección de datos, se utilizaron una encuesta y varios cuestionarios.

El presente trabajo de investigación se efectuó en el estado de Guanajuato, México. De acuerdo con los servicios ofertados, la organización del sector público dedicada a atender la salud se divide en cinco grupos: 1) Unidad Médica de Atención Primaria a la Salud (UMAPS), 2) Centro de Atención Integral de Servicios de Salud (CAISES), 3) hospitales de segundo y tercer nivel (multinivel), 4) sectores y 5) jurisdicciones.

En el estado existen 21 hospitales públicos, de los cuales se seleccionaron 12 de manera aleatoria para estudiarlos, incluidos hospitales de segundo, de tercer nivel y de alta especialidad en los diferentes turnos de jornada laboral, que equivale a 57.14% del total de los hospitales del estado. En ellos laboran 716 trabajadores. Se obtuvo la muestra de 135 participantes de los diferentes códigos laborales: área médica, 67 participantes (49%); área paramédica, 34 participantes (25%); área administrativa, 17 participantes (13%) y 17 trabajadores que no contestaron (12.60%). En la muestra, el sexo de los participantes es masculino, 43 trabajadores (31.85%), femenino, 75 (55.55%) y 17 personas que no contestaron (12.60%).

Se utilizó el Maslach Burnout Inventory (MBI) (Maslach y Jackson, 1981), instrumento de medición universal del SB, que mide tres aspectos: cansancio emocional, despersonalización y falta de realización profesional. La técnica de recolección de datos empleada se realizó con el MBI y se agregó un reactivo que mide la percepción de salario en igualdad al trabajo realizado, con lo que se obtiene la incidencia del síndrome al tener acceso a una muestra no probabilística (Hernández Sampieri, 2016). Se aplicó a todo el personal que labora en los hospitales públicos, el cual otorgó su consentimiento verbal para llenar dicho instrumento. Éste se validó a través de Cronbach y se procedió a la investigación. La escala MBI también fue sometida a un análisis de consistencia interna, mostró un coeficiente Alfa de Cronbach de 0.97%.

Resultados

La investigación evaluó la prevalencia del SB en médicos, paramédicos y administrativos de 12 hospitales públicos del estado de Guanajuato durante 2017 y principios de 2018. El análisis estadístico es de tipo descriptivo, con el programa SPSS versión 13.

A partir de la aplicación del MBI, los resultados obtenidos de la muestra investigada señalan la existencia de dos casos de SB. Se observó que en el personal médico no existe presencia del síndrome, sino sólo en el personal de enfermería. En cuanto a las dimensiones, los médicos y las médicas presentaron 44% alto en agotamiento emocional, 7.1% alto en despersonalización y 7.1% bajo en realización personal. Las enfermeras mostraron 36.4% alto en agotamiento emocional, 22.7% alto en despersonalización y 54.5% bajo en realización personal. En conclusión, se identificó la existencia del síndrome en 9.1% de la muestra.

Se encontró el SB alto en los hospitales generales de los municipios de Celaya, San José Iturbide, Silao, Pénjamo, Valle de Santiago y en el Hospital Materno Infantil de León; el SB medio, en hospitales generales de Salamanca, Irapuato, Uriangato y en el Centro de Atención Integral en Salud Mental de Estancia Breve Psiquiátrico; y el SB bajo, en el hospital general de San Francisco del Rincón. Se concluye que la tendencia es muy alta en la falta de realización profesional, seguida por el cansancio emocional y la despersonalización. Es importante señalar que existen 32 casos registrados en 2014 con niveles máximos del SB,

con consecuencias fatales en cinco casos. Son escasas, por no decir nulas, las herramientas de afrontamiento institucional del SB en todo el sistema.

Todos los trabajadores encuestados participaron de manera voluntaria en esta investigación y cuentan con un mínimo de un año de antigüedad en el puesto; así mismo, son trabajadores de base, es decir, ostentan algún tipo de plaza (federal, estatal, seguro popular, seguro popular regularizado u otros). Son trabajadores activos en algunos de los seis turnos habilitados y ejercen una actividad profesional relacionada con su formación académica.

Los estudios de Maslach (1981) muestran que los varones tienden a obtener puntajes más altos en la despersonalización que las mujeres, lo cual se interpreta, desde el punto de vista de la socialización, que las diferencias conducen al desarrollo de los roles masculinos y femeninos (Beck, Epstein, Brown y Steer, 1988). Con ello se constata que la profesión de enfermería es ocupada sobre todo por mujeres.

Destaca el hallazgo de esta investigación en cuanto a la sintomatología del SB asociada con el género, ya que se observó que 75 mujeres participantes representan 55.5% del total de los encuestados. Los 43 hombres colaboradores significan 33.33% de la muestra. Y los que no contestaron son 17 trabajadores, lo que produce un promedio de 12.60%. Por lo anterior, se registró que las mujeres representan mayor susceptibilidad de presentar SB.

La edad de los participantes oscila entre los 18 y los 60 años. En la tabla 1 se muestra el panorama general de las categorías del SB (se usa la señalización de colores: niveles altos en color rojo, nivel medio representado en color azul y en verde, los niveles bajos).

El capital humano que labora en los hospitales públicos del estado de Guanajuato tiene niveles altos en cansancio emocional (45.93%), de despersonalización (46.66%) y de falta de realización profesional (43.70%). Hay 18 casos equivalentes a 13.3% en niveles máximos en todas las categorías. Son personas susceptibles de atentar contra su vida.

Tabla 1. Niveles globales de SB en hospitales públicos de Guanajuato

Categorías	Número	Porcentaje
Cansancio emocional alto	62	45.93
Cansancio emocional medio	19	14.07
Cansancio emocional bajo	54	40
Despersonalización alto	63	46.66
Despersonalización medio	29	21.48
Despersonalización bajo	43	32
Falta de realización profesional alto	59	43.70
Falta de realización profesional medio	22	16.29
Falta de realización profesional bajo	54	40

Fuente: elaboración propia.

A continuación, se muestra la división por ramas. La médica incluye médicos generales y médicos especialistas; la paramédica incorpora enfermeras generales, auxiliares de enfermería, trabajadoras sociales y laboratoristas. La rama administrativa concentra recepcionistas, cocineros, operadores de calderas, lavandería, estadísticos y choferes. Los resultados arrojan que las ramas médica y paramédica presentan la categoría más alta del SB, como se muestra en la tabla 2. Cabe resaltar que la exposición a factores que generan el SB se presenta en mayor medida en estas categorías, debido al desgaste físico y emocional, a las situaciones de emergencia que generan estrés, al ambiente laboral y a la relación con el jefe inmediato.

Tabla 2. Categorías de capital humano con el SB en hospitales públicos del estado de Guanajuato

Categorías				
	Médico	Paramédico	Administrativo	No contestó
Bajo Cansancio emocional (CE)		7	3	22
Medio CE	6	3	3	7
Alto CE	30	13	6	13
Porcentaje Alto CE	48.38	20.93	6.10	20.96
Bajo Despersonalización (D)	18	7	3	15
Medio D	9	4	4	12
Alto D	32	14	4	13
Porcentaje Alto D	50.8	22.2	6.36	20.6
Bajo Falta de realización Profesional (FRP)	19	14	9	11
Medio FRP	10	5	3	4
Alto FRP	25	7	6	21
Porcentaje Alto FRP	42.3	11.86	10.16	35.59

Fuente: elaboración propia.

La proporción mayor del SB alto se ubicó en la rama médica. Se infiere que una de las causas que lo genera es el estrés crónico que padecen los médicos debido a que en ellos recae la responsabilidad profesional y legal de curar al enfermo, además del agotamiento físico permanente. En relación con la categoría paramédica, se estableció un nivel alto en los turnos nocturnos, asociado sobre todo al desgaste físico y emocional derivado de la atención continua al usuario.

Con respecto a la rama administrativa, se encontró un nivel alto en la categoría de falta de realización profesional. El factor desencadenante es la falta

de oportunidades de ascender de puesto y de desarrollo profesional. Esto se debe a la no actualización de los perfiles en esta rama, lo que se asocia con un salario bajo y pocas oportunidades de crecimiento personal y profesional.

En la tabla 3 se observa la distribución de las categorías de cansancio emocional: 45.93% presentó alto nivel y 54.7% se ubicó entre un cansancio medio y bajo. Destaca que hay un porcentaje significativo de trabajadores que requieren una intervención para disminuir el cansancio.

Tabla 3. Niveles generales de cansancio emocional

Categorías	Número	Porcentaje
Cansancio emocional alto	62	45.93
Cansancio emocional medio	19	14.07
Cansancio emocional bajo	54	40
Total	135	100.00

Fuente: elaboración propia.

En la tabla 4 se muestra la categoría de cansancio emocional bajo y se clasifican los códigos que fueron incluidos. Se encuentra que 40.74% pertenece a la rama médica; paramédico 12.96%; administrativo 5.50% y se evidencia que 40.75% no contestó esta variable, lo que dificulta la identificación de los factores que favorecen un cansancio emocional bajo.

Tabla 4. Cansancio emocional bajo por código

Cansancio emocional bajo	Código	Número	Porcentaje
	Médico	22	40.74
	Paramédico	7	12.96
	Administrativo	3	5.50
	No contestó	22	40.74
	Total	54	99.94

Fuente: elaboración propia.

En la tabla 5 se presenta la categoría de cansancio emocional medio. La información se distribuye entre los códigos que participaron. Se muestra que 31.57% pertenece a la rama médica; personal paramédico 15.78%; administrativo 15.78% y que 36.84% no contestó. De nuevo hay impedimento para determinar los factores que favorecen un cansancio emocional medio.

Tabla 5. Cansancio emocional medio por código

Cansancio emocional medio	Código	Número	Porcentaje
	Médico	6	31.57
	Paramédico	3	15.78
	Administrativo	3	15.78
	No contestó	7	36.84
	Total	19	99.97

Fuente: elaboración propia.

En relación con la categoría de nivel de cansancio emocional alto, la tabla 6 presenta los resultados. Se destaca que 48.38% pertenece a la rama médica. En un porcentaje menor está el área paramédica con 20.93% y en baja proporción, la categoría administrativa, que presenta 9.60%. Decidió no contestar esta variable 20.96%.

Tabla 6. Cansancio emocional alto por código

Cansancio emocional alto	Código	Número	Porcentaje
	Médico	30	48.38
	Paramédico	13	20.93
	Administrativo	6	9.60
	No contestó	13	20.96
	Total	62	99.87

Fuente: elaboración propia.

En relación con la clasificación por nivel de despersonalización, la tabla 7 muestra la distribución de las categorías. Los resultados obtenidos reflejan que 46.66% presentó altos niveles de despersonalización, 21.48% despersonalización media y 32% despersonalización baja. Se observa un porcentaje significativo

Tabla 7. Niveles de despersonalización

Categorías	Número	Porcentaje
Despersonalización alto	63	46.66
Despersonalización medio	29	21.48
Despersonalización bajo	43	32
Total	135	99.99

Fuente: elaboración propia.

de trabajadores que podrían presentar desvalorización, falta de eficacia en el trabajo y desconsideración al valor que produce su trabajo. Esto puede afectar de manera directa la atención al usuario.

Las tablas 8 y 9 muestran la despersonalización baja y media, respectivamente, distribuidas entre las ramas participantes. Se registra que en el personal médico 41.86% tiene un bajo nivel de despersonalización y 31.03%, un nivel medio. En relación con la categoría paramédica, 16% presenta despersonalización baja y 13.79%, despersonalización media. En referencia a los administrativos, 6.97% presentó despersonalización baja y 13.79% despersonalización media.

Tabla 8. Nivel bajo despersonalización

	Código	Número	Porcentaje
Despersonalización bajo	Médico	18	41.86
	Paramédico	7	16.27
	Administrativo	3	6.97
	No contestó	15	34.90
	Total	43	100.00

Fuente: elaboración propia.

Tabla 9. Despersonalización nivel medio

	Código	Número	Porcentaje
Despersonalización medio	Médico	9	31.03
	Paramédico	4	13.79
	Administrativo	4	13.79
	No contestó	12	41.37
	Total	29	99.98

Fuente: elaboración propia.

Discusión

La incidencia del SB en esta investigación es baja y los resultados difieren de la mayoría de los estudios internacionales, que mencionan que este problema se presenta en no menos de 10% de los trabajadores de la salud, llegando hasta

más de 40%. Además, denota que la mayoría de los trabajadores está en riesgo de padecerlo (Arteaga-Romani, Junes-Gonzales y Navarrete-Saravia, 2014).

Rodríguez et al. (2010) subrayan que los estudios realizados en América Latina reportan índices bajos de prevalencia de burnout. Así mismo, de entre los estudios llevados a cabo en México, Rodríguez, Oviedo, Santillán, Velázquez y Fiesco (2009) reportaron una prevalencia del síndrome en el Hospital de Ecatepec (27%) y el Hospital de Cuautitlán (24%).

Carrillo-Esper, Gómez y Espinoza de los Monteros (2012) encontraron una prevalencia del síndrome entre 30 y 69% de médicos generales y especialistas, mientras que Pereda, Márquez, Hoyos y Yáñez (2009) hallaron 19.6% en médicos.

El estudio de Flores Tesillo y Ruíz Martínez (2018) tuvo la finalidad de comparar el SB en dos grupos de trabajadores: personal de salud (enfermeras y médicos) y personal administrativo de una unidad médica de primer nivel.

En un estudio realizado entre médicos y otras profesiones en Estados Unidos, la tasa de cansancio emocional fue de 29.4% y la de despersonalización en los médicos de 37.9%. En el mismo estudio se enfatizó que la prevalencia del agotamiento entre los médicos estaba en niveles alarmantes y que las ramas de medicina de emergencia, medicina interna y medicina familiar eran las más susceptibles de agotamiento. Hacer y Ali (2020) reportan que los factores relacionados con el aumento de la prevalencia del agotamiento entre los médicos se enumeraron como género femenino, edad joven, largas horas de trabajo, baja satisfacción laboral, presencia de conflictos entre el hogar y el trabajo.

La despersonalización es el factor desencadenante del SB y es el indicador más relevante de los procesos de desgaste laboral (Marsolleir, 2013). Los factores de riesgo del burnout en el personal de salud se relacionan con el ambiente psicosocial del trabajo (sobrecarga de trabajo, presión de tiempo e insatisfacción laboral). Existe mayor riesgo en los médicos que trabajan en más de una institución de salud. La edad parece no influir en la aparición del SB. En relación con el sexo, las mujeres presentan mayor vulnerabilidad. Existe otra variable asociada con el consumo de psicofármacos que puede indicar ansiedad y depresión, ambos trastornos relacionados con el síndrome (Arteaga-Romani, Junes-Gonzales y Navarrete-Saravia, 2014).

Otros factores del SB se asocian con riesgos y peligros psicosociales que a menudo se entienden analizando las características estructurales y organizativas del trabajo. El acoso, la violencia física, psicológica y sexual se consideran riesgos psicosociales en muchas instituciones de salud (Hacer y Ali, 2020).

Entre las limitaciones del estudio, se puede mencionar que haber elegido de manera arbitraria las variables sociodemográficas según los reportes previos en la literatura, puede alterar los resultados de asociación, ya que la población seleccionada podría tener otros factores asociados con el SB que no han sido estudiados. Otro sesgo a tomar en cuenta es la mayor o menor sinceridad de los trabajadores para contestar los cuestionarios, pues ésta se pudo alterar por el sobredimensionamiento de las condiciones laborales o el deseo de aparentar ser trabajadores ideales. Además, el llenado de los cuestionarios y la entrega inmediata al investigador podría producir sesgo con respecto a la sinceridad de las respuestas, al asumir que podrían ser juzgados al ser identificados.

No hay otra investigación científica que incluya diferentes ciudades del estado de Guanajuato ni instituciones de diferentes niveles de atención brindada en los hospitales públicos a cargo de éste. La investigación incluye por primera vez en México todos los códigos laborales que existen en el sistema de salud —médicos, paramédicos y administrativos— y muestra los porcentajes de trabajadores que se ven afectados por este trastorno emocional. Se observó la situación que prevalece entre los trabajadores de las instituciones participantes. En consecuencia, se puede proporcionar información útil a las instituciones públicas del sector y proveer a los trabajadores bienestar y apoyo corporativo que pueda frenar el SB y el deterioro del capital humano.

Recomendaciones

El personal de la salud se encuentra expuesto a múltiples factores que pueden desencadenar el SB, y se le considera como capital humano muy devaluado en cuanto a su interés por el trabajo que desempeña. Indican Labrador, Estupiñá y García Vera (2010) que el éxito de las instituciones de la salud radica en un ejercicio racional planificado que incluya posibilidades de establecer estrategias grupales e institucionales para asegurar que la motivación resulte suficiente para todos los componentes de la organización, que brinde mejores oportunidades de vida laboral en todos los niveles, con capacitación constante, oportunidades de desarrollo, profesionalización y puestos que motiven a cada uno de los empleados, además de destacar con frecuencia sus éxitos, aunque sean pequeños, reconocer y recompensar a los profesionales por ayudar a los demás y destacar el impacto positivo que tiene el trabajo de su equipo.

Para afrontar el SB y la ansiedad social existen diferentes modelos cognitivo-conductuales (Clark y Wells, 1995; Leary y Kowalski, 1995; Rapee y Heimberg, 1997). También existe un modelo integrador que fue desarrollado por Rapee y Heimberg (1997) y después perfeccionado por Heimberg y otros (Roth y Heimberg, 2001; Turk, Lerner, Heimberg y Rapee, 2001). Rapee y Heimberg (1997) presentaron un modelo que parte del hecho de que cuando se enfrentan a una situación social, los individuos ansiosos en términos sociales desvían sus recursos atencionales hacia una representación mental de sí mismos, tal como se contemplaría desde la perspectiva de un miembro del público o de un observador.

Sin embargo, debido a las circunstancias imperantes por los componentes específicos, así como a las pruebas de su eficacia y a los factores que influyen en los resultados del tratamiento, se considera que, en nuestro caso de estudio, para enfrentar la situación de trastorno de ansiedad social, es conveniente emplear el modelo de terapia cognitivo conductual (TCC) que proponen Luterek, Eng y Heimberg (2003).

La TCC es un enfoque de psicoterapia de tiempo limitado, orientado hacia el presente, que procura que el paciente actúe como su propio agente de cambio. El terapeuta y el paciente establecen una relación de colaboración en la cual aquél hace de profesor o entrenador para enseñar a éste nuevas habilidades y

fomentar nuevas formas de contemplar las situaciones y la experiencia de la ansiedad. Se anima a los pacientes a que empleen las habilidades aprendidas en la terapia y se acerquen a su experiencia en vez de alejarse de ella (Luterek, Eng y Heimberg, 2003).

La TCC permite desarrollar un tratamiento fundamentado en logoterapia personal y de interacción con otros integrantes del entorno, centrado en conductas específicas actuales y en las variables que controlan esa interacción en el momento presente y relegando las cuestiones pretéritas. Con base en dicho modelo, se propone diseñar un programa de intervención, preventivo, correctivo y de reversión, válido para enfrentar o retrasar las manifestaciones del SB y que induzca al grupo de trabajo a ayudar a romper el círculo vicioso de pensamientos, sentimientos y comportamientos negativos. El objetivo es preparar a los participantes con estrategias de afrontamiento que permitan mejorar su salud, su calidad de vida laboral y la comodidad personal.

Conclusiones

La hipótesis general y las específicas se confirman, aunque de manera parcial, porque existe evidencia de significancia estadística entre la dimensión del cansancio emocional del SB fase final y el factor intraorganizativo individual (escasa oportunidad de promoción en el hospital, de desarrollo profesional y frecuentes órdenes contradictorias de parte del jefe inmediato).

Con un coeficiente de Pearson de 0.78%, se comprueba la hipótesis 1 con respecto al cansancio emocional y la desmotivación del personal. Se debe a que los participantes consideran que no reciben un salario digno a cambio de las actividades que realizan.

La frustración se produce cuando el personal ve que su trabajo no es productivo y siente que es infecundo. Plantea la hipótesis 2 que el tipo de trabajo y su conformidad aspiracional es un factor determinante para que las personas se sientan cómodas en su trabajo: la investigación arrojó un factor de 0.65%, el más bajo de los ítems. La explicación es que debido a que las personas encuestadas, por temor a la pérdida de su empleo, en su gran mayoría consideraron no contestar de forma positiva, pero en la observación se muestra que muchos trabajadores se encuentran inconformes con las responsabilidades que tienen en cuanto a sus funciones.

Con respecto a la hipótesis 3, que plantea la carencia de material y equipo para la prestación de servicio que repercute en el rendimiento del personal, se obtuvo un coeficiente de 0.87%, ya que el servicio que se presta tiene muchas carencias y los trabajadores muchas veces prefieren no atender a las personas debido a la falta de recursos materiales.

Hay evidencia de que la satisfacción laboral es el factor predictor de mayor importancia en la manifestación del cansancio o agotamiento emocional, de la despersonalización y de la baja realización profesional, lo cual quiere decir que mientras el profesional se encuentre más satisfecho, existirá mayor integración

en su desempeño profesional y de esta manera habrá una mejor relación con el usuario.

Con esta investigación se pone de manifiesto que, para contrarrestar los complejos efectos del SB, éste se debe enfocar de manera institucional y holística, como lo señala la metodología del biodesarrollo, lo que a su vez lleva a plantear que la forma más eficaz de abordar la prevención y el tratamiento es la integral, con intervención en todas las dimensiones y áreas.

Referencias

- Arce, H. E. (2000). Tendencias, escenarios y fenómenos emergentes en la configuración del sector salud en la Argentina. En H. Arce y S. F. Unidas (eds.), *Ensayos sobre el financiamiento de la seguridad social en salud: los casos de Estados Unidos, Canadá, Argentina, Chile y Colombia-Santiago*, Vol. 1 (pp. 190-256). Santiago: Fondo de Cultura Económica y CEPAL.
- Arteaga-Romani, A., Junes-Gonzales, W., y Navarrete-Saravia, A. (2014). Prevalencia del síndrome de burnout en personal de salud. *Revista Médica Panacea*, 4(2), 40-44. doi: <https://doi.org/10.35563/rmp.v4i2.165>
- Azcárate, P. (1999). *Platón. La república o el Estado*. Serie Humanidades. Barcelona: Edicomunicación.
- Basnou, C., Pino, J., y Terradas, J. (2015). Ecosystem services provided by green infrastructure in the urban environment. *CAB Reviews Perspectives in Agriculture Veterinary Science, Nutrition and Natural Resources*, 10(004). doi: 10.1079/PAVSNNR201510004
- Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G., y Steer, R. A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56(6), 893-897. doi: <https://doi.org/10.1037/0022-006X.56.6.893>
- Bermejo, J. C. (2016). Y a ti, ¿quién te cuida? *Revista Chilena de Endocrinología y Diabetes*, 9(3), 100-101.
- Bosqued, M. (2008). *Quemados: el síndrome del Burnout: ¿qué es y cómo superarlo?* Barcelona: Paidós Ibérica.
- Büyükşahin Çevik, G., y Atıcı, M. (2009). An investigation of third graders' self-esteem characteristics regarding some variables. *Journal of Human Sciences*, 6(1), 339-352. Recuperado de <https://www.j-humansciences.com/ojs/index.php/IJHS/article/view/507>
- Carrillo-Esper, R., Gómez, K., y Espinoza de los Monteros, I. (2012). Síndrome de burnout en la práctica médica. *Medicina Interna de México*, 28(6), 579-584. Recuperado de <https://www.medigraphic.com/pdfs/medintmex/mim-2012/mim126j.pdf>
- Clark, D. M., y Wells, A. (1995). A cognitive model of social phobia. En R. G. Heimberg, M. R. Liebowitz, D. A. Hope, y F. R. Schneier (eds.), *Social Phobia: Diagnosis, Assessment, and Treatment*, (pp. 69-93). Nueva York: The Guilford Press.

- Colmenares de la Torre, J., Acosta, M. R., Cárdenas, A. E., Carvajal, V. C. P., Guzmán, S. O.B., Hernández, D.M.R., Hernández, Q.M.G, Lara, O.R., y Cordero, B. I. (2018). Burnout syndrome prevalence in nursing staff in Mexico. *Revista Cubana de Salud y Trabajo*, 19(2), 14-18. Recuperado de <https://www.medigraphic.com/pdfs/revcubsaltra/cst-2018/cst182b.pdf>
- Cox, S., y Heames, R. (2010). *Cómo enfrentar el malestar docente*. Barcelona: Ediciones Octaedro.
- Danielson, A. M., Matheson, K., y Anisman, H. (2011). Cytokine levels at a single time point following a reminder stimulus among women in abusive dating relationships: relationship to emotional states. *Psychoneuroendocrinology*, 36(1), 40-50. doi: 10.1016/j.psyneuen.2010.06.003
- Eschenhagen, M. L. (2014). *Un viaje por las alternativas al desarrollo: perspectivas y propuestas teóricas*. Bogotá: Universidad Pontificia Bolivariana y Universidad del Rosario.
- Estefanía, J. (2002). *Hija, ¿qué es la globalización? La primera revolución del siglo XXI*. México: Aguilar.
- Flores-Ramos, M., Sánchez-Jiménez, B., Sámano, R., Rodríguez-Ventura, A. L., y Chinchilla Ochoa, D. (2018). Factores relacionados a la presencia del síndrome de burnout en una muestra de enfermeras del sector salud, Ciudad de México. *Revista Salud Pública y Nutrición*, 17 (3), 1-8. Recuperado de <https://doi.org/10.29105/respyn17.3-1>
- Flores Tesillo, S. y Ruíz Martínez, A. O. (2018). Burnout en profesionales de la salud y personal administrativo en una unidad médica de primer nivel. *Psicología y Salud*, 28(1), 63-72. Recuperado de <http://ri.uaemex.mx/bitstream/handle/20.500.11799/80185/Articulo%20Burnout%20Sandra%3aAna.pdf?sequence=3&isAllowed=y>
- Franco Chávez, S. A., Salazar Paramo, M., Aguilera Velasco, M. A., y Villagómez Zavala, P.G. (2019). Enfermedad de trabajo secundaria a trastornos mentales y de comportamiento. *Revista Cubana de Salud y Trabajo*, 20(1), 3-10. Recuperado de <https://www.medigraphic.com/pdfs/revcubsaltra/cst-2019/cst191a.pdf>
- Freudenberger, H. J. (1974). Staff burn-out. *Journal of Social Issues*, 30(1), 159-165. doi: <https://doi.org/10.1111/j.1540-4560.1974.tb00706.x>
- Garcés de los Fayos Ruiz, E. J., y Vives Benedicto, L. (2002). Variables motivacionales y emocionales implicadas en el síndrome de burnout en el contexto deportivo. *Revista Electrónica de Motivación y Emoción*, 5, 11-12. Recuperado de <http://reme.uji.es/articulos/agarce2110312102/texto.html>
- Gómez Rodríguez, D., Barbosa Pérez, E., y Rojas Velásquez, W. (2017). El Bidesarrollo como ruptura de la categoría desarrollo. *Ciencias Económicas*, 2, 75-87. <https://doi.org/10.14409/rce.v2i0.6433>
- González, J. A. (3 de abril de 2019). El estrés es uno de los grandes retos de la vida. *Forbes*. Recuperado de <https://www.forbes.com.mx/el-estres-es-uno-de-los-grandes-retos-de-la-vida/>
- Gutiérrez, L. S. C., Rojas, P. L., Tovar, S. S., Tirado, J. G. O., Cotoñieto, I. A. M., y García, L. H. (2005). Burnout syndrome among Mexican hospital nursery staff. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 43(1), 11-15.

- Hacer, T. Y., y Ali, A. (2020). Burnout in physicians who are exposed to workplace violence. *Journal of Forensic and Legal Medicine*, 69 (enero), 1-6. <https://doi.org/10.1016/j.jflm.2019.101874>
- Hernández Sampieri, R. B. (2016). *Metodología de la investigación*. México: Editorial McGraw Hill.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). (20 de diciembre de 2017). Mortalidad. Conjunto de datos: Mortalidad general. Recuperado de https://www.inegi.org.mx/sistemas/olap/Proyectos/bd/continuas/mortalidad/MortalidadGeneral.asp?s=est&c=11144&proy=mortgral_mg
- Isaza Romero, M. L. (2019). *Síndrome de burnout en enfermeros de servicios asistenciales*. Bogotá: Facultad de Ciencias de la Salud, Programa de Enfermería U. D. C. A. Recuperado de <https://repository.udca.edu.co/bitstream/11158/1657/1/SINDROME%20DE%20BURNOUT%20EN%20ENFERMEROS%20DE%20SERVICIOS%20ASISTENCIALES.pdf>
- Kerlinger, F. N. (2002). *Investigación del comportamiento*. México: McGraw Hill.
- Knox, M. Willard-Grace, R., Huang, B., y Grumbach, K. (2018). Maslach Burnout Inventory and a self-defined, single-item burnout measure produce different clinician and staff burnout estimates. *Journal of general internal medicine*, 33(8), 1344-1351. doi: 10.1007/s11606-018-4507-6
- Labrador, F. E., Estupiñá, F. J., y García Vera, M. P. (2010). Demanda de atención psicológica en la práctica clínica: tratamientos y resultados. *Psicothema*, 22(4), 619-626. Recuperado de <http://www.psicothema.com/pdf/3776.pdf>
- La Opinión*. (11 de junio de 2019). Estrés laboral, un factor de riesgo para sufrir depresión, obesidad y diabetes. Recuperado de <https://www.laopinion.com.co/vida-y-salud/estres-laboral-un-factor-de-riesgo-para-sufrir-depresion-obesidad-y-diabetes-178573?f#OP>
- Leary, M. R., y Kowalski, R. M. (1995). The self-presentation model of social phobia. En R. G. Heimberg, M. R. Liebowitz, D. A. Hope, y F. R. Schneier (eds.), *Social Phobia: Diagnosis, Assessment, and Treatment* (pp. 94-112). Nueva York: The Guilford Press.
- Luterek, J. W., Eng, W., y Heimberg, R. (2003). Tratamiento cognitivo-conductual del trastorno de ansiedad social: teoría y práctica. *Psicología Conductual*, 563-581. Recuperado de https://www.behavioralpsycho.com/wp-content/uploads/2020/04/09.Luterek_11-3oa-1.pdf
- Maldonado, A. (2019). Estrés laboral y por qué ahora la STPS norma a las empresas atenderlo. Recuperado de <https://www.forbes.com.mx/estres-laboral-y-porque-es-normativo-atenderlo/>
- Maldonado, C. (2012). Bioeconomía y biodesarrollo. *Le Monde Diplomatique*, 32-33. Recuperado de https://www.academia.edu/7926550/Bioeconom%C3%ADa_y_biodesarrollo
- Maldonado, C. (2014). Biodesarrollo y complejidad. Propuesta de un modelo teórico. En C. E. Maldonado, M. L. Eschenhaguen (eds.), *Un viaje por las alternativas al desarrollo: perspectivas y propuestas teóricas* (pp. 71-95).

- Bogotá: Universidad del Rosario y Universidad Pontificia Bolivariana. Recuperado de https://www.academia.edu/7676938/Bidesarrollo_y_complejidad_Propuesta_de_un_modelo_te%C3%B3rico
- Marsolleir, R. (2013). La despersonalización y su incidencia en los procesos de desgaste laboral. *Rev. Psicología.com*, 17 (7), 1-10. Recuperado de https://ri.conicet.gov.ar/bitstream/handle/11336/7382/14__psicologia-com_2013_17_7_1_.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Martínez González, J. V., y Martínez García, A. V. (2018). Estudio comparativo México-Colombia para conocer los principales factores de estrés laboral. *Hitos de Ciencias Económico-Administrativas* (70), 486-499. Recuperado de <https://revistas.ujat.mx/index.php/hitos/article/view/2947/2267>
- Maslach, C., Jackson, S. E., Leiter, M. P., Schaufeli, W. B., y Schwab, R. L. (1986). *Maslach burnout inventory* (Vol. 21, pp. 3463-3464). Palo Alto: Consulting Psychologists Press
- Maslach, C., y Jackson, S. E. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of Organizational Behavior*, 2(2), 99-113. doi: <https://doi.org/10.1002/job.4030020205>
- Maslach, C., y Schaufeli, W. B. (2017). Historical and conceptual development of burnout. En Wilmar B. Schaufeli, Christina Maslach, Tadeusz Marek (eds.), *Professional Burnout Recent Developments in Theory and Research* (pp. 1-16). Londres: Routledge.
- Meza, E. (17 de junio de 2019). Ausentismos genera pérdida de 7.3% al año. Recuperado de <https://elempleado.mx/management-mrkt/ausentismos-genera-perdida-73-al-ano>
- Molano, L. (2011). *Gestión y bidesarrollo: la organización, un sistema autopoietico* (tesis de maestría). Universidad de La Salle, Bogotá. Recuperada de https://ciencia.lasalle.edu.co/cgi/viewcontent.cgi?article=1022&context=-maest_gestion_desarrollo
- Murillo, D. R. (2019). *Inversión extranjera, derramas tecnológicas y desarrollo industrial en México*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Najmanovich, D. L. (diciembre de 2016). *Federación Argentina de Cardiología*. Recuperado de <http://www.fac.org.ar/fec/foros/cardtran/colab/Denise2.html>
- Organización de las Naciones Unidas (ONU). (2018). *Conferencia de la Naciones Unidas sobre Comercio y Desarrollo, CNUCYD*. Ginebra: UNCTAD Publications Library.
- Organization for Economic Cooperation and Development (OECD). (2019). *Annual Hours Actually Worked per Worker*. Recuperado de https://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=AVE_HRS
- Organización Internacional del Trabajo (OIT). (2018). *Informe mundial sobre protección social 2017-2019. La protección social universal para alcanzar los objetivos de desarrollo sostenible*. Oficina Internacional del Trabajo. Ginebra: OIT.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (30 de septiembre de 2005). *El número de accidentes y enfermedades relacionadas con el trabajo sigue aumentando*. Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud, OMS.

- Organización Mundial del Comercio (OMC). (2018). Informe sobre el Comercio Mundial 2018. Recuperado de https://www.wto.org/spanish/res_s/publications_s/world_trade_report18_s.pdf
- Oviedo Lara, A., (2019). *Estrés laboral en México y su tratamiento con estimulación magnética*. NIBBOT International México. Recuperado de <https://nibbot.com.mx/2020/01/10/bernoutmexico/>
- Pereda-Torales, L., Márquez Celedonio, F. G., Hoyos Vásquez, M. T., y Yáñez Zamora, M. I. (2009). Burnout syndrome in medical practitioners and paramedic personel. *Salud Mental*, 32(5), 399-404.
- Pines, A., y Aronson, E. (1988). *Career Burnout: Causes and Cures*. Nueva York: Free Press.
- Pucheu, A. (2016). *Coaching para la efectividad organizacional: modelos, técnicas y ejemplos de aplicación*. Santiago: Pontificia Universidad Católica de Chile.
- Rapee, R. M., y Heimberg, R. G. (1997). A cognitive-behavioral model of anxiety in social phobia. *Behaviour Research and Therapy*, 35(8), 741-756.
- Rodríguez, M., Rodríguez, R., Riveros, A., Rodríguez, M., y Pinzón, J. (2011). Síndrome de burnout y factores asociados en personal de salud en tres instituciones de Bogotá en diciembre de 2010. Trabajo de especialización, Universidad del Rosario, Colombia. Recuperado de <http://repository.urosario.edu.co/bitstream/10336/2389/1/52931143-1.pdf>.
- Rodríguez, C. R., Oviedo, A. M., Santillán, M. D. L. V., Velázquez, V. H., y Fiesco, M. D. S. P. (2009). Prevalencia del síndrome de burnout en el personal de enfermería de dos hospitales del Estado de México. *Fundamentos en Humanidades*, (19), 179-193.
- Roth, D. A., y Heimberg, R. G. (2001). Cognitive-behavioral models of social anxiety disorder. *Psychiatric Clinics*, 24(4), 753-771.
- Shanafelt, T. D., Hasan, O., Dyrbye, L. N., Sinsky, C., Satele, D., Sloan, J., y West, C. P. (2015). Changes in burnout and satisfaction with work-life balance in physicians and the general US working population between 2011 and 2014. *Mayo Clinic Proceedings*, 90(12), 1600-1613. doi: <https://doi.org/10.1016/j.mayocp.2015.08.023>
- Stolkiner, A. (2014). Tiempos “posmodernos”: ajuste y salud mental. En Osvaldo Saidn y Pablo Troianovsky (comps.), *Políticas en salud mental* (pp. 25-55). Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Terradas, J., y Peñuelas, J. (2011). Misleading ideas about top-down and bottom-up control in communities and the role of omnivores. *Polish Journal of Ecology*, 59(4), 849-850.
- Turk, C. L., Lerner, J., Heimberg, R. G., y Rapee, R. M. (2001). An integrated cognitive-behavioral model of social anxiety. En S. G. Hofmann y P. M. DiBarotolo (Eds.), *From social anxiety to social phobia: Multiple perspectives* (pp. 281-303). Boston: Allyn & Bacon.
- Vahey, D. C., Aiken, L. H., Sloane, D. M., Clarke, S. P., y Vargas, D. (2004). Nurse burnout and patient satisfaction. *Medical Care*, 42(2 Suppl.), I157. doi: [10.1097/01.mlr.0000109126.50398.5a](https://doi.org/10.1097/01.mlr.0000109126.50398.5a)

- Weyers, S. (2006). Psychosocial work stress is associated with poor self-rated health in Danish nurses: a test of the effort-reward imbalance model. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 20(1), 26-34.
- Woods, R. (1996). Physician, heal thyself: the health and mortality of Victorian doctors. *Social History of Medicine, the Journal of the Society for the Social History of Medicine*, 9(1), 1-30. doi:10.1093/shm/9.1.1
- Workplace Wellness Council-Mexico. (2019). *Ausentismos generan pérdida de 7.3% al año*. Recuperado de desuu.com/workplacewellnesscouncil-mexico
- Zaldúa, G., y Lodieu, M. T. (2010). El síndrome de burnout. El desgaste profesional de los trabajadores de la salud. En A. Domínguez Mon, A. Federico, L. Findling, A. M. Méndez (comps.), *La salud en Crisis. Un análisis desde la perspectiva de las ciencias sociales*. Buenos Aires: Editorial Dunken.