

PREVALENCIA DEL SÍNDROME DE BURNOUT Y LA ASOCIACIÓN CON VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS Y LABORALES EN UNA PROVINCIA DE ECUADOR

Marina R. Ramírez

Universidad Técnica Particular de Loja (Ecuador)
mrramirez@utpl.edu.ec

<https://doi.org/10.17060/ijodaep.2017.n1.v4.1053>

Fecha de Recepción: 5 Marzo 2017

Fecha de Admisión: 1 Abril 2017

ABSTRACT/RESUMEN

Uno de los grupos con mayor riesgo de desarrollar síndrome de burnout es el constituido por los trabajadores de la salud. El objetivo de este estudio fue determinar la prevalencia del síndrome de burnout y sus dimensiones, así como los factores relacionados, en enfermeras y médicos de instituciones médicas de salud en una provincia de Ecuador. Se seleccionó una muestra de 166 profesionales de la salud (69,49% mujeres, edad media = 38,0 años). Se utilizaron diversos instrumentos para recopilar información sobre el síndrome de burnout y variables sociodemográficas y laborales. Se encontró una prevalencia del 4,2% para el síndrome de burnout. En cuanto a las dimensiones de burnout, se encontró una prevalencia del 26,5% para el agotamiento emocional 25,9% para la despersonalización y 42,2% para la baja realización personal. Los profesionales con mayor burnout eran aquellos con experiencia superior a 12 años como personal médico, que realizaban jornadas laborales superiores a las 8 horas diarias, y que atendían a más de 18 pacientes al día. Los resultados de esta investigación permitirán desarrollar una mejora en las normativas sanitarias con la finalidad de velar por la salud ocupacional de estos profesionales.

One of the groups most at risk for developing burnout syndrome is constituted by health workers. The aim of this study was to determine the prevalence of burnout syndrome and its dimensions, as well as the sociodemographic and labor variables, in nurses and doctors of medical health institutions of the 1 province of Ecuador. A sample of 166 health professionals (69.49% women, mean age = 38.0 years) was selected. A variety of instruments to collect information on socio-demographic, work and burnout syndrome were used. A prevalence of 4.2% for the burnout syndrome was found. Regarding the burnout dimensions, a prevalence of 26.5% for high emotional fatigue, 25.9% for high despersonalization, and 42.2% for low personal fulfillment at work were found. Professionals with higher burnout were a professional the what had an experience of more than 12 years medical staff; with working hours more than eight a day, assisting more than 18 patients a day.

PREVALENCIA DEL SÍNDROME DE BURNOUT Y LA ASOCIACIÓN CON VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS Y LABORALES EN UNA PROVINCIA DE ECUADOR

The results of this research will allow us to develop an improvement in health regulations in order to ensure the occupational health of these professionals.

Palabras claves: Burnout, cansancio emocional, despersonalización, baja realización personal, prevalencia, trabajadores de la salud

Key words: burnout, emotional fatigue, lack of identity, low personal fulfillment, prevalence, health workers

ANTECEDENTES DE LA TEMÁTICA A TRATAR.

El *burnout* es un fenómeno cada vez más extendido entre los profesionales de todo el mundo, acarreando elevadísimos costes para los empleados, las organizaciones y sus usuarios (Morse, Salyers, Rollins, Monroe-De Vita y Pfahler, 2012). Actualmente el concepto de *burnout* se utiliza para hacer referencia a un tipo de estrés laboral crónico, generado específicamente en profesionales que mantienen una relación y contacto directo con personas, especialmente en relaciones de ayuda. Por ello, uno de los colectivos más afectado es el formado por el personal sanitario (médicos/as, enfermeros/as, psicólogos/as, psiquiatras, etc.). Este grupo es especialmente vulnerable por la complejidad de las situaciones que deben afrontar en su desempeño diario (alta implicación emocional, exceso de estimulación aversiva, contacto con enfermos, frustración de no poder curar, conflicto y ambigüedad de rol (Ruiz y Ríos, 2004). La presente investigación, que tiene por objetivo determinar la prevalencia del *burnout* y las variables asociadas a dicho síndrome en profesionales de la salud de una institución de Ecuador.

OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.

Determinar las características sociodemográficas (sexo, edad, estado civil) y laborales (profesión, experiencia profesional, jornada diaria laboral, turnos, número de pacientes atendidos) de la muestra.

Determinar la prevalencia del síndrome de *burnout* y de sus tres dimensiones (cansancio emocional, despersonalización y falta de realización personal) en profesionales de la salud.

Determinar las variables sociodemográficas, laborales y asociadas a la presencia de *burnout*, cansancio emocional, despersonalización y falta de realización personal.

MUESTRA Y/O PARTICIPANTES.

Los participantes fueron reclutados de la población de médicos/as y enfermeros/as de una provincia de Ecuador durante el año 2016. Debían (a) estar titulados medicina o la enfermería, (b) tener dos años de experiencia, (c) encontrarse en situación activa, (d) dar su consentimiento firmado. Se excluyeron aquellos profesionales de la salud que (a) no dieron su consentimiento firmado.

De los 189 profesionales de la salud que estaban trabajando en las instituciones de salud, 166 cumplieron los criterios de elegibilidad. La tasa de respuesta fue del 87.8%, 23 sujetos (12.1%) rehusaron participar en el estudio. El estudio se llevó a cabo en conformidad con la última revisión de la Declaración de Helsinki.

METODOLOGÍA Y/O INSTRUMENTOS UTILIZADOS.

Diseño de investigación

El diseño metodológico que utilizaremos para esta investigación es de tipo: cuantitativa – descriptivo – transversal.

Se elaboró un cuestionario ad hoc para obtener información sobre las siguientes variables:

Características sociodemográficas y laborales: sexo, edad, estado civil, profesión, años de experiencia profesional, jornada laboral diaria, turnos, número de pacientes al día.

Inventario de burnout de Maslach (Maslach burnout Inventory [MBI]; Maslach y Jackson, 1986; versión española de Seisdedos, 1997)

Este instrumento ha sido diseñado para valorar el síndrome de *burnout* en sus tres dimensiones: cansancio emocional, despersonalización y bajar realización personal. Está compuesto por 22 ítems. En cuanto a las propiedades psicométricas, la consistencia interna (alfa de Cronbach) del MBI oscila en el rango de .70 a .90 (Maslach y Jackson, 1986).

Resultados alcanzados.

Las características sociodemográficas de los participantes se muestran en la Tabla 1. En la variable sexo el 69.9% eran mujeres y el 30.1% restantes eran hombres. En cuanto a la edad media es de 38 años. En la distribución según el estado civil, el 60.2% de los sanitarios no posee pareja a diferencia del 39.8% que si cuenta con ella.

En la profesión el 55.4% eran médicos y el 44.6% restante eran enfermeras. En la profesional, el 64.5% tenían una experiencia de 12 años o menos y el 35.5% de más de 12 años.

En cuanto a la jornada diaria laboral, el 76.5 % trabajaba 8 horas diarias o menos y el 23.5% restante, más de ocho hora. En donde atienden 18 o menos pacientes el 59.6% y más el 40.4%. Los que trabajaban por turnos representaron el 72.2%, frente al 27.8% que no hacían turnos.

Tabla 1.
Características sociodemográficas y laborales de los participantes

		N	% de columna
Sexo	Masculino	50	30.1%
	Femenino	116	69.9%
Profesión	Médico/a	92	55.4%
	Enfermero/a	74	44.6%
Edad	< 38	95	57.2%
	=>38	71	42.8%
Estado civil	Sin pareja	100	60.2%
	Con pareja	66	39.8%
Experiencia profesional	<=12	107	64.5%
	>12	59	35.5%
Jornada laboral diaria	<=8	127	76.5%
	>8	39	23.5%
Nº de pacientes/día	<=18	99	59.6%
	>18	67	40.4%
Cumple turnos en el trabajo	Si	117	72.2%
	No	45	27.8%

Fuente: Cuestionario sociodemográfico y laboral ad hoc

Se encontró en la dimensión de agotamiento emocional que 122 (73.5%) participantes tenían un nivel medio/ bajo mientras que 44 (26.5%) un nivel alto. En cuanto a la dimensión de despersonalización la muestra presenta que 123 (74.1%) tenían un nivel medio/alto y 43 (25.9%) un nivel alto y finalmente 107 (64,5%) tenían un nivel medio/bajo y 59 (35.5%) un nivel alto.

PREVALENCIA DEL SÍNDROME DE BURNOUT Y LA ASOCIACIÓN CON VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS Y LABORALES EN UNA PROVINCIA DE ECUADOR

*Tabla 2.
Dimensiones del Burnout en los profesionales de la salud*

		N	% de columna
Agotamiento emocional	Medio/bajo	122	73.5%
	Alto	44	26.5%
Despersonalización	Medio/bajo	123	74.1%
	Alto	43	25.9%
Realización personal	Medio/alto	107	64.5%
	Bajo	59	35.5%

En cuanto a prevalencia del burnout (Tabla 3) el 4.2% de la muestra presenta el síndrome.

*Tabla 3.
Resultados de los casos de burnout en los profesionales de la salud*

		N	% de columna
Burnout	No presencia	159	95,8%
	Presencia	7	4,2%

Fuente: Inventario de burnout de Maslach (Maslach burnout Inventory [MBI]; Maslach y Jackson, 1986)

Para continuar con el análisis del burnout presentamos resultados hallados en la regresión logística (Tabla 4). En este modelo se analizaron el conjunto de variables que tras los análisis bivariantes preliminares presentaban resultados estadísticamente significativos. En concreto, se introdujeron las siguientes variables: sexo, edad, experiencia profesional, jornada laboral diaria, número de pacientes al día, turnos. Como variable dependiente se incluyó el nivel de burnout (bajo/medio, alto). En cuanto a las variables sexo, edad, turnos no se asociaron significativamente con el nivel de burnout.

*Tabla 4.
Resultados del análisis multivariante en relación al burnout*

	B	p	ajustada	IC (95%)	
				Límite inferior	Límite superior
Sexo					
Hombre	Rf				
Mujer	-0.95	.992	0.79	0.85	1.14
Edad					
≥ 38 años	Rf				
< 38 años	0.15	.479	1.16	0.85	1.99
Experiencia profesional					
≤12 años	Rf				
> 12 años	0.19	<.000 1	0.58	0.43	0.79
Jornada laboral diaria					
≤ 8 horas	Rf				
>8 horas	0.35	.002	1.39	1.07	1.74
Nº de pacientes/día					
≤18 pacientes	Rf				
> 18 pacientes	0.05	<.000 1	1.80	1.21	1.96
Turnos					
Sin turnos	Rf				
Con turnos	0.01	.946	1.51	0.72	1.42

En el cansancio emocional presentamos resultados hallados en la regresión logística (Tabla 5). En este modelo se analizaron el conjunto de variables que tras los análisis bivariantes preliminares presentaban resultados estadísticamente significativos. Como variable dependiente se incluyó el nivel de cansancio emocional (bajo/medio, alto).

Las variables significativas fueron: la jornada laboral diaria, se encontró un mayor riesgo de presentar niveles altos de cansancio emocional en aquellos profesionales de la salud que trabajaban más de ocho horas diarias en comparación con aquellos que dedicaban menos horas al trabajo diario, OR = 1.69, IC 95% [1.27, 2.39].

El número de pacientes al día hubo una clara tendencia en el sentido de que existe un mayor riesgo de tener niveles elevados de cansancio emocional para aquellos que atienden un número mayor de 18 pacientes al día, OR = 0.58, IC 95%, [0.43, 0.79].

Así, en relación turnos se encontró una asociación estadísticamente significativa con el cansancio emocional, con un mayor riesgo de burnout en aquellos que tenían turnos, OR = 1.52, IC 95% [1.14, 2.04].

Tabla 5.
Resultados del análisis multivariante en relación al cansancio emocional

	B	P	ajustada	IC (95%)	
				Límite inferior	Límite superior
Sexo					
Hombre	Rf 0.05	.907	1.01	0.77	1.49
Mujer					
Estado Civil					
Con pareja	Rf -0.33	.183	0.79	0.57	1.11
Sin pareja					
Experiencia profesional					
≤ 12 años	Rf 1.08	.088	2.97	0.66	3.78
> 12 años					
Jornada laboral diaria					
≤ 8 horas	Rf 0.44	.004	1.69	1.27	2.39
>8 horas					
Nº de pacientes/día					
≤ 18 pacientes	Rf 0.59	<.000 1	0.58	0.43	0.79
> 18 pacientes					
Turnos					
Sin turnos	Rf 0.42	.005	1.52	1.14	2.04
Con turnos					

PREVALENCIA DEL SÍNDROME DE BURNOUT Y LA ASOCIACIÓN CON VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS Y LABORALES EN UNA PROVINCIA DE ECUADOR

Para continuar con el análisis despersonalización presentamos resultados hallados en la regresión logística, con las variables significativas en los análisis bivariantes. (Tabla 6). Como variable dependiente se incluyó el nivel despersonalización (bajo/medio, alto).

La variable fue significativa sexo, número de pacientes y turnos se asociaron de manera independiente con el nivel despersonalización. Así, se halló una clara tendencia en el sentido de un menor riesgo de despersonalización en los profesionales de la salud del sexo femenino, OR = 0.64, IC 95% [0.52, 0.97].

En cuanto al número de pacientes al día hubo una clara tendencia en el sentido de que existe un mayor riesgo de tener niveles elevados despersonalización para aquellos que atienden un número mayor de 18 pacientes al día, OR = 1.44, IC 95%, [1.32, 2.38].

En relación con turnos, se encontró un mayor riesgo de presentar niveles altos despersonalización en aquellos profesionales de la salud que trabajaban más de ocho horas diarias en comparación con aquellos que dedicaban menos horas al trabajo diario, OR = 1.59, IC 95% [1.19, 2.14].

*Tabla 6.
Resultados del análisis multivariantes en relación a la despersonalización*

	B	P	ajustada	IC (95%)	
				Límite inferior	Límite superior
Sexo					
Hombre	Rf -0.37	.012	0.64	0.52	0.97
Mujer					
Estado Civil					
Con pareja	Rf -0.01	.775	0.99	0.68	1.37
Sin pareja					
Experiencia profesional					
≤ 12 años	Rf 0.40	.086	1.89	0.99	2.39
> 12 años					
Jornada laboral diaria					
≤ 8 horas	Rf 0.34	.079	1.38	0.77	1.91
>8 horas					
Nº de pacientes/día					
≤ 18 pacientes	Rf 0.69	<.000 1	1.44	1.32	2.38
> 18 pacientes					
Turnos					
Sin turnos	Rf 0.49	.002	1.59	1.19	2.14
Con turnos					

Para continuar con el análisis realización personal presentamos resultados hallados en la regresión logística solo con las variables significativas después de realizar el análisis bivalente. (Tabla 7). Como variable dependiente se incluyó el nivel realización personal (bajo/medio, alto).

Así, en relación al estado civil, al comparar la con pareja vs. Sin pareja se halló un mayor riesgo de no sentirse realizado personalmente las personas que no tienen pareja, OR = 0.79, IC 95% [0.99, 1.95].

En cuanto a la profesión, se encontró en aquellos de profesión enfermeros/as un mayor riesgo de desarrollar un sentimiento de no sentirse realizados personalmente, con una OR ajustada por el resto de variables de 1.44 (IC 95% [1.03, 1.99]).

En lo que respecta a trabajar por turnos, se encontró que aquellos que realizaban turnos tenían un mayor riesgo de baja/media realización personal, con una OR ajustada por el resto de variables de 1.78 (IC 95% [1.15, 1.99]).

*Tabla 7.
Resultados del análisis multivariante en relación a la baja/media realización personal*

	β	<i>P</i>	ajustada	IC (95%)	
				Límite inferior	Límite superior
Sexo					
Hombre	Rf				
Mujer	0.16	.682	0.99	0.69	1.58
Estado Civil					
Con pareja	Rf				
Sin pareja	0.24	.003	0.79	0.99	1.95
Experiencia profesional					
≤12 años	Rf				
> 12 años	0.55	.495	1.13	0.71	1.77
Profesión					
Médicos/as	Rf				
Enfermeros/as	0.38	.036	1.41	1.02	1.99
Nº de pacientes/día					
≤18 pacientes	Rf				
> 18 pacientes	0.86	.144	1.49	0.97	1.98
Turnos					
Sin turnos	Rf				
Con turnos	0.72	.019	1.78	1.15	1.99

DISCUSIÓN.

El objetivo central de este trabajo fue realizar un estudio epidemiológico sobre el *burnout* en profesionales de la enfermería y de la medicina que trabajaban en las Instituciones de Salud de una provincia de Ecuador. El primer objetivo específico de la investigación fue determinar las características sociodemográficas y laborales de la muestra (166 sanitarios). En relación con el perfil sociodemográfico, el 69.9% fueron mujeres, dato que concuerda con los hallados en otros estudios en el que se ha estudiado el síndrome de *burnout* en profesionales sanitarios (Font, Corti y Berger, 2015; Vásquez, Maruy-Saito y Verne-Martin, 2014); con una edad media de 38 años. En relación con las variables laborales, al tipo de profesión, el 55.4% fueron personal de médicos y el 44.6% restante fueron médicos. En cuanto a la experiencia laboral, el 64.5% tenía una experiencia inferior a 12 años o más en el ejercicio de su profesión, dato que es congruente a los citados en otras investigaciones (Hernández, 2003; Grau, et al. 2009). Asimismo, el 72.2% trabajaban por turnos y atienden al menos 18 pacientes al día esto está en relación las denominados actualmente *jornadas especiales*; según la *Ley del Ministerio de Relaciones Laborales* (Ley No. 2012-62).

En cuanto al segundo objetivo la prevalencia del síndrome de *burnout* fue de 4.2%, está en relación con la encontrada en trabajos previos que informaron de prevalencias comprendidas entre el 4% y el 19.6% (Agudelo et al., 2013; Dickinson-Bannack et al., 2007; Grau et al., 2009; Raftopoulos, Charalambous y Talias, 2012).

El 26.5% de los participantes informaron de niveles altos de cansancio emocional. Esta cifra fue similares a la encontrada en trabajos previos que oscilaron entre el 20.6% y el 33.0% (Agudelo et al., 2013; Álvarez y Prieto 2013; Magalhães et al., 2015; Martins, Laport, de Paula, Medeiros y Ronzani 2014; Poghosyan et al., 2010; Teixeira, Ribeiro, Fonseca y Carvalho, 2013).

En relación con la dimensión de despersonalización, el 25.9% de los profesionales sanitarios participantes en este trabajo presentaron un nivel elevado. La prevalencia de despersonalización osciló entre el 17.3% y el 27% en los siguientes trabajos (Agudelo et al., 2013; Álvarez y Prieto 2013; Lesage, Berjot, Altintas y Paty, 2013; Martins et al., 2014; Teixeira et al., 2013).

El 44.2% de los participantes tuvieron una puntuación baja en la dimensión de realización personal de síndrome de *burnout*. La mayoría de los trabajos encontraron porcentajes más elevados de profesionales con baja realización personal, que oscilaron entre el 21.5% y el 67.7% (Martins et al., 2014; Teixeira et al., 2013).

En relación con la experiencia profesional se presentan el mayor número de casos de burnout en las personas que tienen un número menor o igual experiencia de 12 años (OR = 0.58), este dato está en concordancia con los trabajos presentados (Cotito, 2016; Prado, 2016).

En cuanto a la jornada laboral, la proporción de casos fue mayor en aquellos que trabajaban más de ocho horas diarias (OR = 1.39). Coinciden con los de trabajos previos en los que se encontró que los profesionales de la salud que trabajaban más horas eran más propensos a desarrollar *burnout* (Betancur et al., 2012; Diaz, 2016 Gil-Monte y Peiró, 1997b).

En lo que respecta al número de pacientes atendidos al día, las diferencias fueron significativas hallándose un mayor riesgo de tener niveles elevados de *burnout* para aquellos que trabajaban con un número mayor a 18 pacientes al día (OR = 1.80). Estos datos fueron congruentes con diversas investigación previa Díaz (2016).

En lo referente a la variable jornada laboral diaria, se encontró una menor proporción de casos con cansancio emocional entre los que trabajan un número mayor de ocho horas (OR = 1.69). Estos resultados fueron congruentes con los hallados en diversas investigaciones (Díaz, 2016, Prado, 2016).

En cuanto a trabajar por turnos, se encontró un aumento del riesgo de desarrollar cansancio emocional en las personas que realizaban turnos (OR = 1.52). Estos hallazgos fueron en la línea de

estudios previos que encontraron que fueron las personas del turno matutino (Ximena, 2014) o nocturno (Gracia, Peiró y Ramos, 1996; Gil-Monte y Peiró, 1997a) quienes presentaron mayor cansancio emocional.

Así, en lo referente a la variable sexo, se halló un menor riesgo de despersonalización en las mujeres (OR = 0.37). Los resultados obtenidos concuerdan con otras investigaciones que encontraron que los hombres presentaban mayor despersonalización (Gil-Monte y Peiró, 1996; Maslach y Jackson, 1985).

En relación con el número de pacientes atendidos al día, se encontró que trabajar con un número mayor a 18 pacientes al día era un factor de riesgo para desarrollar despersonalización (OR = 1.44). Se han hallado resultados en otros estudios que apoyan este hallazgo. En concreto, en los trabajos de Sos et al. (2002) y Tirado et al. (2004).

Con respecto a la variable estado civil, se halló una mayor proporción de sujetos con falta de realización personal en las profesionales de salud que reportaron no tener pareja (OR = 0.79). Al respecto existen estudios que han obtenido resultado similar (Roth, Pinto, 2015).

En cuanto a la profesión, se encontró que los enfermeros/as tuvieron un mayor riesgo de desarrollar un sentimiento de no sentirse realizados personalmente, (OR = 1.41). Este resultado coincide con Cáceres (2009).

En lo que respecta al trabajo por turnos, se encontró que aquellos que realizaban turnos tenían un mayor riesgo de no sentirse realizados personalmente (OR = 1.38). Estos resultados coincidieron con lo del estudio de Cañadas de la Fuente (2012)

CONCLUSIONES

El perfil sociodemográfico del personal de salud que participó en este estudio fue de mujeres, con una edad media de 38 años y sin pareja.

En relación con el perfil laboral de la muestra, médicos con una experiencia profesional de 12 o menos años, una jornada laboral de ocho horas diarias, que trabajaba por turnos, que no atiende más de 18 pacientes al día.

La prevalencia del síndrome de *burnout* fue de 4.2%. En cuanto a las dimensiones del *burnout* (cansancio emocional, despersonalización y falta de realización personal) evaluadas de manera independiente, se obtuvieron valores de: 26.5 % de los participantes presentaron niveles elevados de cansancio emocional, el 25.9% experimentaron altos niveles de despersonalización, y el 42.2% informaron de bajos niveles de realización personal en el trabajo.

En relación con las variables relacionadas con la presencia de *burnout* en los profesionales de salud, presentaron mayor riesgo de *burnout* aquellos profesionales experiencia profesional mayor a 12 años, los que tenían jornadas laborales de más de ocho horas diarias; con número mayor a 18 pacientes atendidos al día.

Respecto a la dimensión de cansancio emocional, presentaron un mayor riesgo de cansancio emocional, los que trabajan un número mayor a 8 horas diarias, con número mayor a 18 pacientes atendidos al día, el personal sanitario que trabajaba por turnos.

Las variables relacionadas con un mayor riesgo de despersonalización fueron ser varón; tener un número mayor de 17 pacientes atendidos al día y realizar turnos.

En relación con la dimensión de realización personal, presentaron mayor riesgo de baja realización personal aquellos que no tenían pareja; profesionales de enfermería; aquellos que realizaban turnos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Agudelo, C. A., Castaño, J. J., Arango, C. A., Durango, L. A., Muñoz, V., Ospina, A., ... Taborda, J. (2013). Prevalencia y factores psicosociales asociados al Síndrome de Burnout en médicos que laboran en Instituciones de la ciudad de Manizales y la Virginia. Colombia: Universidad de Manizales. *Facultad de Medicina*, 11, 91-100.
- Álvarez, L. P. y Prieto, B. M. (2013). Prevalencia de desgaste profesional en personal de enfermería de un hospital de tercer nivel de Boyacá, Colombia. *Enfermería Global*, 12, 73-88.
- Betancur, A., Guzmán, C., Lema, C., Pérez, C., Pizarro, M. C., Salazar, S., Uribe, L. y Trespalacios, E. M. V. (2012). Síndrome de burnout en trabajadores del sector salud. *Revista CES Salud Pública*, 3, 184-192.
- Cáceres, G. G. (2009). *Prevalencia del síndrome de burnout en personal sanitario militar* (Tesis doctoral). Recuperada de: <http://eprints.ucm.es/8070/1/T29584.pdf>
- Cañadas de la Fuente, G. A. (2012). *Medida e identificación de factores de riesgo de padecimiento del síndrome de burnout en personal de enfermería* (Tesis Doctoral). Recuperada de <http://espacio.uned.es/fez/eserv/tesisuned:Psicologia-Gacanadas/Documento.pdf>
- Cotito, J. (2016). Prevalencia y factores asociados al síndrome de Burnout en médicos asistentes del hospital René Toche Groppo septiembre-noviembre de 2015 (tesis de posgrado). Ricardo Palma, Perú. Recuperada de: <http://cybertesis.urp.edu.pe/handle/urp/500>
- Díaz, J. (2016). Prevalencia del síndrome de burnout en residentes de medicina del Hospital Nacional Arzobispo Loayza en el año 2015 (tesis de postgrado). Universidad Mayor de San Marcos, Perú. Recuperada de: <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/4634>
- Dickinson-Bannack, M. E., González-Salinas, C., Fernández-Ortega, M. A., Palomeque, R. P., González-Quintanilla, E. y Hernández-Vargas, I. (2007). Burnout syndrome among Mexican primary care physicians. *Archivos en Medicina Familiar*, 9, 75-79.
- Font, A., Corti, V. y Berger, R. (2015). Burnout in healthcare professionals in oncology. *Procedia Economics and Finance*, 23, 228-232.
- Gracia, F., Peiró, J. M. y Ramos, J. (1996). Aspectos temporales del trabajo. En J. M. Peiró y F. Prieto (Eds.), *Tratado de psicología del trabajo. Vol I. La actividad laboral en su contexto* (pp. 36-91). Madrid: Síntesis.
- Gil-Monte, P. R., Peiró, J. M., y Valcárcel, P. (1996). Influencia de las variables de carácter sociodemográfico sobre el síndrome de burnout: un estudio en una muestra de profesionales de enfermería. *Revista de Psicología Social Aplicada*, 6, 43 -63.
- Gil-Monte, P. R. y Peiró, J. M. (1997a). A longitudinal study on burnout syndrome in nursing professionals. *Quaderni di Psicología del Lavoro*, 5 (*Feelings work in Europe*), 407-414.
- Gil-Monte, P. R. y Peiró, J. M. (1997b). *Desgaste psíquico en el trabajo: el síndrome de quemarse*. Madrid: Síntesis.
- Grau, A., Flichtentrei, D., Suñer, R., Prats, M. y Braga, F. (2009). Influencia de factores personales, profesionales y transnacionales en el síndrome de burnout en personal sanitario hispanoamericano y español. *Revista Española de Salud Pública*, 83, 215-230.
- Hernández, J. R. (2003). Estrés y burnout en profesionales de la salud de los niveles primario y secundario de atención. *Revista Cubana de Salud Pública*, 29, 103-110.
- Lesage, F. X., Berjot, S., Altintas, E. y Paty, B. (2013). Burnout among occupational physicians: A threat to occupational health systems?—A nationwide cross-sectional survey. *Annals of Occupational Hygiene*, 57, 913-919
- Ley 62/2012 Ministerio de Relaciones Laborales República del Ecuador. (2012, 2 de julio). *Boletín Viceministro de Relaciones Servicio Público [MRL]*, 000033, 3 de julio, 2012. Recuperado de

- <http://www.trabajo.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2012/10/R-0451-2012-AREA-DE-SALUD-No.2-LA-LIBERTAD.pdf>
- Magalhães, E., Oliveira, Á. C., Govêia, C. S., Ladeira, L. C., Queiroz, D. M. y Vieira, C. V. (2015). Prevalence of burnout syndrome among anesthesiologists in the Federal District. *Revista Brasileira de Anestesiologia*, 65, 104-110.
- Martins, L. F., Laport, T. J., de Paula, V., Medeiros, P. B. y Ronzani, T. M. (2014). esgotamento entre profissionais da atenção Primária à Saúde. *Ciência y Saúde Coletiva*, 19, 4739-4750.
- Maslach, C. y Jackson, S. E. (1985). The role of sex and family variables in burnout. *Sex Roles*, 12, 837-851.
- Maslach, C., Jackson, S. E. y Leiter, M. P. (1986). *Maslach Burnout Inventory Manual*. (2ª ed) Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Morse, G.M., Salyers, M.P., Rollins, A.L., Monroe-De Vita, M. y Pfahler, C. (2012). Burnout in mental health services: A review of the problem and its remediation. *Administration and Policy in Mental Health*, 39, 341-352.
- Poghosyan, L., Clarke, S. P., Finlayson, M., y Aiken, L. H. (2010). Nurse burnout and quality of care: cross-national investigation in six countries. *Research in Nursing & Health*, 33, 288-298
- Prado, J. F. U. (2016). Estudio confirmatorio de la escala mexicana de desgaste ocupacional (EMEDO): Un instrumento de burnout para mexicanos. *Revista Interamericana de Psicología Ocupacional*, 26(1), 7-21.
- Raftopoulos, V., Charalambous, A. y Talias, M. (2012). The factors associated with the burnout syndrome and fatigue in Cypriot nurses: A census report. *BMC Public Health*, 12, 457-458.
- Roth, E., y Pinto, B. (2015). Síndrome de burnout, personalidad y satisfacción laboral en enfermeras de la Ciudad de La Paz. *Ajayu Órgano de Difusión Científica del Departamento de Psicología UC BSP*, 8. 66-102.
- Ruiz, C. O. y Ríos, F. L. (2004). El burnout o síndrome de estar quemado en los profesionales sanitarios: revisión y perspectivas. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 4, 137-160.
- Teixeira, C., Ribeiro, O., Fonseca, A. M. y Carvalho, A. S. (2013). Burnout in intensive care units-a consideration of the possible prevalence and frequency of new risk factors: A descriptive correlational multicentre study. *BMC Anesthesiology*, 13, 1-15.
- Tirado, J. E., de Vargas, C. E., Algarrada, R. D., Borrego, P. D., Fiestas, M. A. y Domínguez, A. C. (2004). Prevalencia y factores asociados al síndrome de estar quemado (burnout) en los servicios de rehabilitación. *Rehabilitación*, 38, 59-65.
- Seisdedos, N. (1997). *MBI Inventario Burnout de Maslach*. Madrid: Ediciones TEA.
- Sos, P., Sobreques, J., Segura, J., Manzano, E., Rodríguez, C., García, M. y Cebrià, J. (2002). Desgaste profesional en los médicos de atención primaria de Barcelona. *Medifam*, 12, 17-25.
- Vásquez, J. F., Maruy-Saito, A., y Verne-Martin, E. (2014). Frecuencia del síndrome de burnout y niveles de sus dimensiones en el personal de salud del servicio de emergencia de pediatría del Hospital Nacional Cayetano Heredia en el año 2014: Lima, Perú. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 77, 168-174.
- Ximena, F. B. (2014). El síndrome de burnout en un centro de rehabilitación infantil de México. *Revista Mexicana de Neurociencia*, 15, 74-80

