

Síndrome de Bournout +salud publica multinivel = binomio perfecto para la revalorización femenina Guanajuatense como estrategia de afrontamiento

Cano Cañada Rubén, Ramírez Chávez María Inés, García García José Odón
Instituto Tecnológico de Celaya, Salud pública Guanajuato, Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo
ramicha_9@yahoo.com.mx

Resumen

La conectividad actual minimiza la recepción informática a nivel mundial con ello los profesionales de salud pública se encuentran inmersos en el escrutinio público (Ramírez, 2016). Aumentando la presión social que exige conductas principios y valores profesionales óptimos(Schultz,1985). En el manejo del esquema de salud pública guanajuatense. El capital humano enfrenta este reto en dicho Estado con una multidimensional sectorial: agroalimentario, cuero-calzado, automotriz, turístico, religioso, etc. Sigilosamente aparece con ellos en los profesionales sanitarios el síndrome de Bournout teniendo una controversia ya que en ellos recaer velar por la salud integral de los guanajuatenses omitiendo la propia. Efectuando un estudio descriptivo observacional abarcando todos los niveles de salud pública y las ramas: médico, paramédico y administrativo único a nivel mundial.

Con un muestreo de 316 participantes usando Maslach Bournout Inventory (MBI) midiendo los niveles: bajo, medio severo resultando niveles severos en el género masculino con un 18.9% en contraparte del género femenino con un 10.8% y sus categorías: cansancio emocional, despersonalización, y falta de realización profesional. Reflejando que las mujeres presentan cansancio emocional alto con un 39.46% en contraparte de los hombres con un 49.9%. despersonalización alta género femenino 28% masculino 40.98% y falta de realización profesional alta femenino un 33% masculino 36%. Para el análisis estadístico se empleó el SPSS ver 22.0. Concluyendo con la revalorización del género femenino como estrategia de afrontamiento del síndrome de Bournout.

Palabras clave: Capital humano, sistema de salud pública, síndrome de Bournout, género.
JEL: I10, J24, J16

Burnout syndrome + public health multilevel = perfect binomial for the revaluation of women Guanajuatense as a coping strategy

Abstract

Current connectivity minimizes IT reception globally, and public health professionals are immersed in public scrutiny (Ramirez, 2016). Increasing social pressure requires optimal behavior and professional values (Schultz, 1985). In the management of the Guanajuato public health scheme. Human capital faces this challenge in this state with a multidimensional sectoral: agri-food, leather-footwear, automotive, tourism, religious, etc. Significantly appears with them in the sanitary professionals the Bournout syndrome having a controversy since in them relay to watch over the integral health of the guanajuatenses omitting the own one. Conducting a descriptive observational study covering all levels of public health and

branches: medical, paramedical and administrative only worldwide. With a sampling of 316 participants using Maslach Bournout Inventory (MBI) measuring the levels: low, medium severe resulting in severe levels in the male gender with 18.9% in female counterparts with 10.8% and their categories: emotional exhaustion, depersonalization, And lack of professional fulfilment Reflecting that women have high emotional fatigue with 39.46% in counterpart of men with 49.9%. Depersonalization high female gender 28% male 40.98% and lack of professional achievement high female 33% male 36%. SPSS ver 22.0 was used for the statistical analysis. Concluding with the revaluation of the female gender as a coping strategy for Bournout syndrome.

Keywords: Human capital, public health system, Burnout syndrome, gender.
JEL: I10, J24, J16

Síndrome de Bournout + salud pública multinivel = binomio perfecto para la revalorización femenina Guanajuatense como estrategia de afrontamiento.

1. Introducción

El ser humano es el eje fundamental para el desarrollo del cualquier país por que los gobiernos se ocupan de la salud de su población. La salud es uno de los elementos más relevantes para el desarrollo de una vida larga y cualitativa. En este sentido, la importancia de la salud reside en permitir que el organismo de todo ser vivo mantenga buenos estándares de funcionamiento y pueda así realizar las diferentes actividades que contribuyen a el progreso local, regional y nacional esta tarea siempre ha recaído en los profesionales de salud. Por lo que la salud pública es un eje vital en las agendas de todos los países en nuestro país la salud pública tiene su auge muy tardíamente pero en comparación a otras entidades federativas.

Guanajuato cuenta con un sistema de salud integral. Pionero en brindar asistencia médica con el programa nacional de seguro popular en el año en 2005 como un sistema de aseguramiento público y voluntario, mediante el cual se busca ampliar la cobertura de servicios de salud para aquellas personas de bajos recursos o bien que trabajen por cuenta propia y que no sean derechohabientes de ninguna institución de seguridad social que avale su cuidado de la salud.

Ante tal reto esta institución de salud pública crece a paso agigantados y pasa a tener 4 veces más personal que afronte los nuevos retos de brindar atención de salud a la población del Estado de Guanajuato. Con ello se efectúa la contratación de personal en todas las ramas: médicos, paramédicos y administrativos comprometidos en hacer una labor humanística. Para el 2012 comienza a presentarse dentro del Estado y en específico en esta institución de salud pública de Guanajuato muertes de personal que labora dentro de la misma comenzando a tener importancia como punto medular que la profesión de enfermería catalogada en el género femenino realizando no solo su profesión sino también líderes del hogar y como consecuencia de ello aparece el síndrome de Burnout.

En la actualidad el capital humano se ha integrado de manera invisible la denominada industria humana. (Say,2010) donde la competencia y las exigencias de los usuarios son cada vez más altos los estándares que piden para satisfacer sus necesidades. De lo contrario la conectividad se encuentra en tiempo real para desacreditar los servicios de salud pública de Guanajuato, México (Ramírez, 2016). El hecho es que vivimos una realidad sumamente especial en la que la industria y la organizaciones requieren desarrolla un alto nivel de efectividad y competitividad para mantenerse presentes en la sociedad demandando cambios de actitud hacia el trabajo y el desempeño de sus labores resultado de una demanda excesiva de energía física y mental ahí nace una pérdida progresiva de energía, desmotivación por el trabajo, cambios de comportamiento produciendo síntomas de ansiedad y depresión a el capital humano lo cual es relacionado a el estrés.

De manera sigilosa, aparece una patología silenciosa, grave, lenta y letal llamada: "Síndrome de Burnout". (Ramírez, 2016). Síndrome de Burnout es un problema de salud y de calidad de vida labora un tipo de estrés crónico que se define como una respuesta psicofísica que padece el capital humano como consecuencia de un esfuerzo frecuente cuyos resultados son considerados por el entorno social ineficaces e insuficientes. Para Fidalgo (2010), el síndrome de conforma una respuesta al estrés cuando faltan las estrategias funcionales de afrontamiento: los esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes, desarrollados para manejar las demandas específicas externas y/o internas . se implica situar las demandas emocionales fundamentales de las que sobre pasan la capacidad del trabajador.

Objetivo. El género femenino presenta un elemento intrínseco para ser más propenso a adquirir el síndrome de Burnout o Viceversa es una fortaleza usada como estrategia de afrontamiento en salud pública de Gto.

Síndrome de Bournout + salud pública multinivel = binomio perfecto para la revalorización femenina Guanajuatense como estrategia de afrontamiento.

2. Marco Teórico

En 1973 Ginberg se realiza la primera aportación al SB al ver las conductas progresivas nocivas que presentan los custodios del reclusorio en la ciudad de Boston, pero su investigación no es citada debido a que no tuvo un desarrollo científico tan prolífico como su sucesor. Freudenberger, a fines de 1974 y principios de 1975 por primera vez se estudia como un fenómeno social SB con la finalidad de describir el estado físico y mental de personal de asistencia en medicina en su mayoría voluntarios que trabajan con toxicómanos en un periodo determinado normalmente de un año sufriendo de forma progresiva una pérdida de energía, hasta llegar al agotamiento, síntomas de ansiedad y depresión así como desmotivación en su trabajo y una fuerte carga de agresividad con los pacientes. (Freudenberger, 1998). La psicóloga social Cristina Maslach discípula del Freudenberger, estudia las respuestas emocionales en los empleados cuya profesión es ayudar a las personas para ello utiliza un grupo de abogados de oficio entre 1978 -1979 realizado en Los Ángeles, California. USA. (Carlin, 2010) En 1982 Maslach, definiendo el Síndrome de Burnout como: “Una manifestación comportamental del estrés laboral”. (Maslach, 1982). Aportando la clasificación del SB como un: “síndrome tridimensional” caracterizado por:

1. Cansancio emocional (CE) o agotamiento emocional (AE). Cuya característica es un estado impaciente activo del profesional. (Maslach, 1982).
2. Despersonalización (D) o deshumanización (DE). El cual consiste en el desarrollo de actitudes negativas laborales, desarrollo de actitudes relacionadas a la inestabilidad laboral y cinismo hacia los receptores del servicio. (Maslach, 1982).
3. Falta de realización profesional (FRP) o el trato con clientes y usuarios llamado dificultad para el logro. (Maslach, 1982).

En nuestro país Erika Villacencio en el 2014, psicóloga de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), concluye que la cultura laboral mexicana no permite

que los índices de personas que padecen de dicho síndrome disminuya, pues jefes y compañeros ven con malos ojos el hecho que un trabajador salga a la hora que le corresponde, sumado a que ciertas empresas emplean la estrategia de “más con menos”, donde existen menos trabajadores con más carga laboral (Campbell, 2017).

Graue, Álvarez y Sánchez, académicos de la UNAM, para el año 2015 manifiestan el factor detonante de SB es la carga excesiva de responsabilidades en el trabajo, la cual debe ser efectuada en un corto periodo de tiempo. Aunado a la carencia de apoyo de los jefes o compañeros, la ausencia de retroalimentación positiva, percepción de inequidad y la falta de autonomía, son otras causas relacionadas con la aparición de esta enfermedad. (Avendaño, 2016).

4. Metodología

4.1. Esquema de Investigación.

Se efectúa un estudio descriptivo transversal, prospectivo, observacional debido a que son los más apegados a la realidad para describir la frecuencias, características, patrones más importantes de esta patología. Identificando los grupos y rangos más vulnerables estableciendo los factores de riesgo que existen en el sistema de salud públicos de Guanajuato (Thompson, 1998). Por primera vez existe una investigación la cual abarque diferentes ciudades, lugares e instituciones de diferentes niveles de atención brindada en el Estado de Guanajuato con ello se identificará el Estado que presentan los trabajadores en el síndrome de Burnout, realizada dicha investigación a nivel lineal de trabajador a trabajador con lo que los participantes aportan información útil para brindar a los trabajadores bienestar y apoyo institucional que frene el síndrome de burnout y el deterioro del capital humano.

4.2. Participantes

Se estudiaron el 58.14% de todos los diferentes centros públicos de atención en salud Caises, Umpas, Hospitales, Otros (Jurisdicciones, Sectores, etc) que existen en

Síndrome de Bournout + salud pública multinivel = binomio perfecto para la revalorización femenina Guanajuatense como estrategia de afrontamiento.

el estado de Guanajuato. El total de participantes fueron 316 trabajadores de los diferentes códigos: Área Médica 183 participantes (57.9%), Área Paramédica 71 participantes (22.5%), Área Administrativa 46 participantes (14.6%), No contesto 16 trabajadores (5.1%). La técnica de recolección de datos empleada es Inventario de Burnout de Maslach (MBI) en la cual se aplicó a todo el personal que labora en salud pública los cuales brindaron su consentimiento verbal para llenar dicho instrumento.

4.3. Procedimientos.

El equipo de investigación se desplazó a los cuatro puntos cardinales (norte, sur, este y oeste) del Estado con la finalidad de obtener un panorama amplio de la perspectiva del SB. Formando por cuatro apartados. La primera sección, se hacía la presentación del estudio así como el conocimiento informativo. En la segunda parte se solicitaban las variables sociodemográficas las cuales se relacionarían al SB. La tercera se encontraba El Inventario de Burnout (MBI) compuesto por 22 ítems en una escala de Likert de 6 puntos, el nivel de medición se entiende como: a mayor puntaje mayor acuerdo con cada una de las preguntas propuestas. Realizando una etapa de validación cualitativa del instrumento procediendo posteriormente a la realización de la investigación. Sometido a una escala utilizada para estimar el nivel de Burnout igualmente sometida a un análisis de consistencia interna mostrando un coeficiente Alpha de Cronbach de 98.89%.

4.4. Analisis de datos.

El primer paso se efectuó un estudio piloto con el fin de comprobar la comprensión de los ítems, sus propiedades psicométricas y explorar la estructura factorial de la escala una vez realizada la traducción del MBI. El análisis factorial exploratorio (AFE) se realiza en el software de FACTOR 7.0.

Después se aplica un análisis Factorial Confirmatorio (AFC) permitiendo probar la estructura un factorial de la escala para finalmente estimar la fiabilidad del instrumento mediante el índice Chonbach. El cual fue inferior a 0.60. Empleando el software de AMOS 16.0.

Estudiando la correlación de Pearson entre las tres dimensiones que comprenden el Síndrome de Burnout y la percepción salarial recibida por la actividad profesional dentro los nosocomios para poder confirmar la validez de constructo(convergente y discriminante) de la adaptación del MBI

Teniendo completa la recolección del MBI, los datos se procesaron con el paquete estadístico para ciencias sociales (Minitab. V, 16 por su siglas en ingles). Posteriormente se aplicaron análisis de frecuencias, análisis de contingencia, análisis de correlación, pruebas de hipótesis y análisis de consistencia interna con el programa estadístico SPSS versión 22.0 .

5. Resultados

5.1 Análisis descriptivo de los resultados sistema de salud pública del Estado de Guanajuato.

Para esta investigación se desarrolla de la siguiente forma participando todos los tipos de unidades siendo los hospitales un 41.5% de la muestra seguidos por los Caises con un 40.8% (ver Tabla 1).

Síndrome de Bournout + salud pública multinivel = binomio perfecto para la revalorización femenina Guanajuatense como estrategia de afrontamiento.

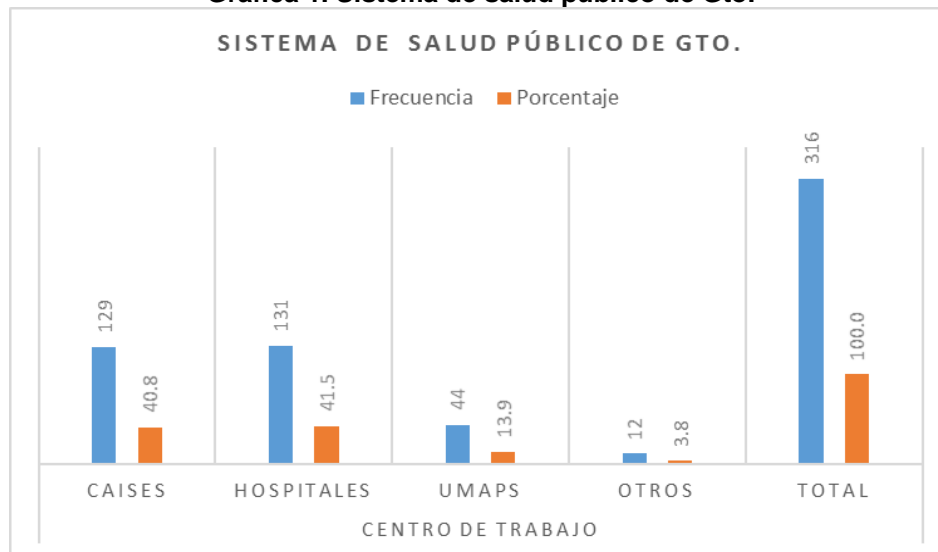
Tabla1. Estadística descriptiva sistema de salud público de Gto.

Centro de trabajo			Código			
	Frecuencia	Porcentaje		Frecuencia	Porcentaje	
Centro de trab CAISES	129	40.8	Código	Médico	183	57.9
Hospitales	131	41.5		Paramédico	71	22.5
UMAPS	44	13.9		Administrativo	46	14.6
Otros	12	3.8		No contesto	16	5.1
Total	316	100.0	Total	316	100.0	
Servicio donde			Tipo de plaza			
	Frecuencia	Porcentaje		Frecuencia	Porcentaje	
Enfermería	103	32.6	Tipo de plaza	Federal	89	28.2
Médico	76	24.1		Estatad	52	16.5
Administración	64	20.3		SP regularizado	72	22.8
Paramédico	49	15.5		SP no regularizado	70	22.2
Otros	24	7.6		Otros	33	10.4
Total	316	100.0	Total	316	100.0	

Fuente: Elaboración propia.

Mientras que los códigos se encontró la rama médica es la más alta con un 58%, la más baja es la rama administrativa con un 15%. El tipo de plaza el más alto es de presupuesto federal con un 28% seguido por seguro popular regularizado con un 23%. (Gráfica 1).

Gráfica 1. Sistema de salud público de Gto.



Fuente: Elaboración propia.

Por ser la profesión de enfermería una de las más arraigadas dentro del género femenino con un 64% de los participantes, esto permite un nivel alto de síndrome de burnout.

Su misma genética implica el realizar multitareas combinando la vida laboral con la personal permitiéndole tener mejores estrategias de afrontamiento que el género opuesto. (Tabla 2).

El 57% está casado lo que les da más estrategias de afrontamiento familiar por la responsabilidad de la manutención de la misma el 69% posee una antigüedad de 0 a 10 años lo que puede indicar la alta rotación de personal que tiene el sistema de salud.

Tabla 2. Estadística descriptiva de variables sociodemográficas en sistema público de salud en Gto.

		Frecuencia	Porcentaje
Género	Masculino	113	35.8
	Femenino	203	64.2
	Total	316	100.0
Estado civil	Casado	176	55.7
	Soltero	91	28.8
	Unión libre	16	5.1
	Divorciado	18	5.7
	Otro	15	4.7
	Total	316	100.0
Antigüedad (años)	0 - 10	217	68.7
	11 - 20	74	23.4
	21 o más	25	7.9
	Total	316	100.0
Edad (años)	20 - 29	70	22.2
	30 - 39	114	36.1
	40 - 49	95	30.1
	50 o más	37	11.7
	Total	316	100.0

Fuente: Elaboración propia

La edad con mayor rango es entre 30 a 39 años con un 36% lo que indica que el sistema está compuesto por gente joven que puede aportar su juventud para brindar un sistema de salud integral para los guanajuatenses.

Síndrome de Bournout + salud pública multinivel = binomio perfecto para la revalorización femenina Guanajuatense como estrategia de afrontamiento.

El Estado civil el 56% es casado por lo que le permite tener mejores estrategias de afrontamiento así mismo tiene de antigüedad de 0 a 10 años con un 69% esto demuestra que existe una rotación constante de personal aun cuando. Mientras el rango de edad mayor se encuentra entre 30- 39 años con un 36% (Gráfica 2 Estadística descriptiva de variables sociodemográficas en sistema público de salud en Gto).

3.2 Servicios ofertados en el sistema de salud público de Guanajuato.

Los centros de trabajo se componen de: Caises, hospitales, Umaps y otros delimitando los servicios por consulta externa, urgencias, ucin, hospitalización, terapia, pediatría, cuidados intensivos, etc. en donde se vea inmersa la rama de enfermería y médico por ello se efectuó de manera general para dicho código (Tabla 3)

Tabla 3. Servicio laborable en el sistema de salud público de Gto.

		Servicio donde labora										Total	
		Enfermería		Médico		Administración		Paramédico		Otros		fr.	%
		fr.	%	fr.	%	fr.	%	fr.	%	fr.	%		
Centro de trabajo	CAISES	42	32.6%	22	17.1%	32	24.8%	16	12.4%	17	13.2%	129	100.0%
	Hospitales	40	30.5%	40	30.5%	24	18.3%	24	18.3%	3	2.3%	131	100.0%
	UMAPS	19	43.2%	11	25.0%	4	9.1%	8	18.2%	2	4.5%	44	100.0%
	Otros	2	16.7%	3	25.0%	4	33.3%	1	8.3%	2	16.7%	12	100.0%
	Total	103	32.6%	76	24.1%	64	20.3%	49	15.5%	24	7.6%	316	100.0%

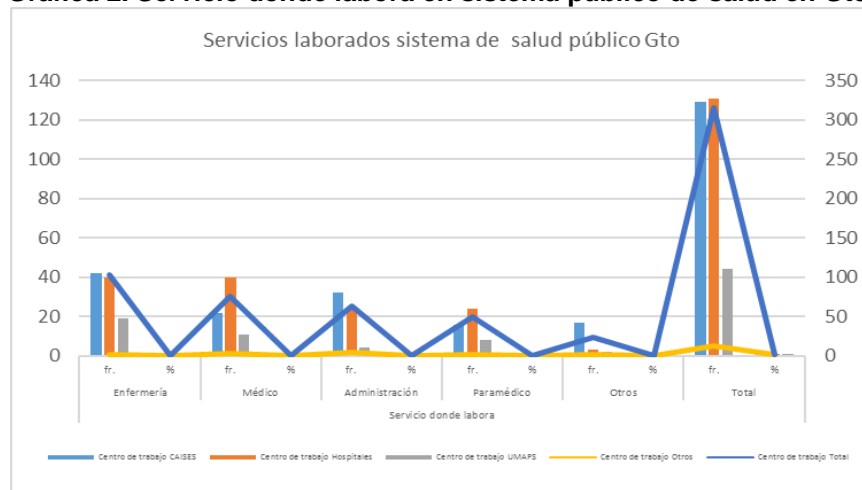
Fuente: Elaboración propia.

Los paramédicos se encuentran los servicios como: chofer, laboratorio, cocina, estadística, archivo, farmacia, rayos X, atención de admisión, trabajo social, psicología, filiación de seguro popular, promoción a la salud, rehabilitación, regulación sanitaria, psicología, nutrición, medicina preventiva, etc.

Para la rama administración está vinculada a tareas de secretaria, mantenimiento, lavandería, archivo, atención de usuarios, enseñanzas, compras, atención a usuarios, promoción a la salud, caja, administración, admisión, conmutador, vigilancia, etc. (Tabla 3).

La rama de enfermería ocupa los niveles más altos ya que existen unidades en donde solamente se cuenta con una enfermera y un médico por lo que desarrolla diversas tareas de distintos perfiles dentro de su jornada de trabajo, esto trae consigo el ser más vulnerable a tener SB por dicha diversidad (Gráfica 2).

Gráfica 2. Servicio donde labora en sistema público de salud en Gto.



Fuente: Maslach (1986).

Concluyendo que los hospitales cuentan con 30.5% tanto de médicos como de enfermería esto muestra que dicha rama se encuentra cubierta en igualdad la misma proporción se efectúa en el código de paramédico y lo administrativo.

En los Caises se muestra que existe una deficiencia para el código de paramédicos por lo que algunas de las funciones asignadas a dicho código se realizan por las enfermeras esto es una duplicidad de funciones dicha situación es óptima para que sigilosamente aparezca el SB.

3.3 Análisis por género.

De acuerdo a la anatomía del SB el género es una detonante intrínseca del detonante para el desarrollo de esta grave patología por lo que el género femenino es el 64.2% de la muestra estudiada esto se debe en gran parte a que la profesión de enfermería ha sido por varias décadas exclusivas como de este género (ver Tabla 4).

Síndrome de Bournout + salud pública multinivel = binomio perfecto para la revalorización femenina Guanajuatense como estrategia de afrontamiento.

Tabla 4. Análisis por género en el sistema de salud público de Gto.

		Género					
		Masculino		Femenino		Total	
		Frecuencia	Pocentaje	Frecuencia	Pocentaje	Frecuencia	Pocentaje
Centro de trabajo	CAISES	40	31.0%	89	69.0%	129	100.0%
	Hospitales	55	42.0%	76	58.0%	131	100.0%
	UMPS	14	31.8%	30	68.2%	44	100.0%
	Otros	4	33.3%	8	66.7%	12	100.0%
Total		113	35.8%	203	64.2%	316	100.0%

Fuente: Elaboración propia.

El género masculino representa el 36% de la muestra estudiada por lo que si se marca una diferencia drástica en esta equidad de género para el estudio del SB siendo en los Caises en donde se observa un nivel superior de mujeres.

Para el sexo opuesto se observa que la mayor frecuencia de los masculinos se encuentra concentrado en los hospitales con 55 participantes. Por lo que se manifiesta una marcada desigualdad de géneros dentro del sistema de salud pública de Guanajuato.

3.5. Análisis global por género.

El modelo etimológico elaborado desde la teoría socio cognoscitiva del “YO” manifiesta por el modelo de comparación social de Buunk y Schaufeli en 1993.

Manifestando que las mujeres son menos propensas a el SB por su misma naturaleza, basados en ello manifiesta la validación de dicho modelo ya que en el sistema de salud público de Guanajuato es cierto (ver Tabla 5).

Tabla 5. Análisis global del SB en relación a el género en salud pública Gto.

		Género		
		Masculino	Femenino	Total
		%	%	%
Síndrome de Burnout	Sin síndrome	38.1	40.4	39.6
	Síndrome bajo	19.5	29.1	25.6
	Síndrome medio	23.9	19.7	21.2
	Síndrome severo	18.6	10.8	13.6
	Total	100.0	100.0	100.0

Fuente: Elaboración propia.

El género femenino manifiesta un 40.4% sin síndrome mientras que en contraparte el género masculino tiene el 38%. En síndrome bajo el género masculino presenta un 19.1% y el femenino un 29%. El síndrome de Burnout medio se obtiene para las mujeres un 19.7% y los hombres un 24%. El síndrome severo lo presentan el género masculino en un 19% y el femenino en un 11%.

Concluyendo que el género masculino es más propicio a tener síndrome de Burnout que su opuesto esto se le atribuye a que las mujeres por su misma naturaleza está acostumbrada a efectuar múltiples tareas (labores domésticas, labores del desempeño profesional, cuidado de la familia, etc) que se le vuelven con el paso del tiempo un hábito .

Por lo que el modelo propuesto por Buunk y Schaufeli se cumple dentro del sistema de salud público del Estado de Guanajuato.

6 Conclusiones

Por ser la profesión de enfermería en su mayoría del género femenino se interpreta que las mujeres poseen niveles sin síndrome del 40.4% a comparación del sexo opuesto con un 38.1% para un nivel general del SB bajo con un 29% las mujeres mientras que los hombres un 19.5% en el nivel medio

Síndrome de Bournout + salud pública multinivel = binomio perfecto para la revalorización femenina Guanajuatense como estrategia de afrontamiento.

23.9% los hombres y las mujeres 19.7% pero alarmantemente casi se duplica el SB para los hombres con un 18.6% y las mujeres con un 10.8%.

Por lo anterior las categorías del SB en Cansancio emocional en su nivel alto los hombres tienen un 46.9% y las mujeres 10 puntos menos al obtener el 30.4%.

La despersonalización los hombres registraron niveles al doble de la mujeres esto se les atribuye a el llamado instinto maternal que hace ser más sensibles .

Para la falta de realización profesional las mujeres presentan niveles más altos esto se infiere al posponer su realización profesional en parte por dedicarse a las labores del hogar.

Concluyendo que el ser multitareas es decir efectuar una tras otra tarea o bien realizar varias a la vez es una estrategia de afrontamiento inherente de las mujeres en este caso específico de las enfermeras que efectúa varias funciones de diversos códigos dentro de su jornada laboral.

7. Referencias

- Avendaño, C.; Bustos, P.; Espinoza, P.; García, F.; Pierart, T. (2009). «Burnout y apoyo social en personal del Servicio de Psiquiatría de un Hospital Público». *Ciencia y Enfermería* **15** (2): pp. 55-68.
- Bosqued, M. (2014). *Quemados, el síndrome del Burnout: qué es y cómo superarlo*. Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica, S. A. p. 208.
- Carlin, M.; Garcés, E. (2010). «El síndrome de burnout: Evolución histórica desde el contexto laboral ». *Anales de Psicología* **26** (1): pp. 169-180.

- Freudenberger, H. (1998). «Stress and Burnout and their implication in the Work Environment». En Stellman. *Encyclopaedia of occupational health and safety, vol. I.* (en inglés). Geneva: International Labour
- Freudenberger, H.; Richelson, G. (1980). *Burn Out: The High Cost of High Achievement. What it is and how to survive it* (en inglés). Norvell, MA: Anchor Press.
- Gil-MonteGrau, Pedro (2010). «Prevalencia del síndrome de quemarse por el trabajo (SQT) (burnout) en salud de mexicanos». *Información Psicológica*.
- Fernández, M. (2008). «Burnout, Autoeficacia y Estrés en Maestros Peruanos: Tres Estudios Fáticos». *Ciencia y Trabajo* **10** (30): pp. 120–125.
- Napione, M. E. (2008). *¿Cuándo se quema el profesorado de secundaria?* Madrid: Ediciones Díaz de Santos. p. 436.
- Maslach, C.; Jackson, S. (1986). *Maslach burnout inventory manual* (en inglés). Palo Alto, CA: Consulting Psychologist Press, Inc.
- Schaufeli, W. B.; Bakker, A. B.; Schaap, C.; Hoogduin, K.; Kladler, A. (2010). «On the clinical validity of the Maslach Burnout Inventory and the Burnout Measure». *Psychology y Health* **16** (5): p. 565-582.
- El Sahili G.; Ali L.F. (2011). *Docencia: Riesgos y desafíos*. México, D. F.: Editorial Trillas. p. 224.