

## Sufrimiento mental en el trabajo: Burnout en médicos y enfermeras de hospitales públicos y privados del estado de Michoacán

Jiménez Martínez María del Carmen<sup>1</sup>, Figueroa Gutiérrez Evelia Sarahí<sup>1</sup>, Ortiz Mendoza Guadalupe<sup>1</sup>, Aguilar Jiménez Jorge Eduardo<sup>1</sup>, Jiménez Arroyo Vanesa<sup>1</sup>.

<sup>1</sup>Facultad de Enfermería, Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo

Correo de autor principal:

[carmen.jimenez.martinez@umich.mx](mailto:carmen.jimenez.martinez@umich.mx)

### Resumen

El Síndrome de Burnout es una respuesta inadecuada a un estrés emocional crónico consecuencia de elevados niveles de tensión en el trabajo, frustración personal y actitudes inadecuadas de enfrentamiento a situaciones conflictivas. **Objetivo general:** determinar la prevalencia del Síndrome de Burnout en médicos y enfermeras de hospitales públicos y privados del Estado de Michoacán. **Objetivos específicos:** conocer las variables sociodemográficas de la población, identificar el Síndrome de Burnout en médicos y enfermeras de los diferentes turnos laborales y detectar el profesional de salud más afectado entre médicos y enfermeras. **Metodología:** estudio cuantitativo, descriptivo, transversal, observacional, de campo. Muestra compuesta por 120 médicos y enfermeras de hospitales públicos y privados del Estado de Michoacán, 74 médicos y 46 enfermeras. Población en estudio dividida en cuatro grupos según el turno de trabajo 1 (matutino) 2 (vespertino) 3 (nocturno) y 4 (mixto). Se utilizó el Cuestionario Breve de Burnout de Bernardo Moreno, instrumento validado con un Alfa de Cronbach de .90. **Resultados:** 70(58.3%) femeninas, 50(41.7%) masculinos, las variables que categorizan al Síndrome de Burnout, cansancio emocional 14(32%), despersonalización 16(36%), realización personal baja 14(34%) turno vespertino, cansancio emocional 10(28%), despersonalización 16(36%) y realización personal baja 15(42%) turno nocturno; el personal de salud resultó afectado, médicos con un 48(65%) y el 28(60.8%) enfermeras con nivel alto. **Conclusiones:** se determinó la prevalencia en médicos y enfermeras, encontrándose afectados por el Síndrome de Burnout en los diferentes turnos laborales en los hospitales públicos y privados. **Palabras clave:** agotamiento profesional, calidad de vida, estrés psicológico, condiciones de trabajo.

### Abstract

Burnout Syndrome is an inadequate response to chronic emotional stress as a consequence of high levels of tension at work, personal frustration and inadequate attitudes to confront conflictive situations. **General objective:** to determine the

prevalence of Burnout Syndrome in doctors and nurses from public and private hospitals in the State of Michoacán. **Specific objectives:** to know the sociodemographic variables of the population, to identify the Burnout Syndrome in doctors and nurses of the different work shifts and to detect the most affected health professional among doctors and nurses. **Methodology:** Quantitative, descriptive, cross-sectional, observational, field study. Sample composed of 120 doctors and nurses from public and private hospitals in the State of Michoacán, 74 doctors and 46 nurses. Study population divided into four groups according to the work shift: 1 (morning), 2 (evening), 3 (night) and 4 (mixed). The Brief Burnout Questionnaire by Bernardo Moreno was used, an instrument validated with a Cronbach's Alpha of .90. **Results:** 70(58.3%) female, 50(41.7%) male, the variables that categorize Burnout Syndrome, emotional exhaustion 14(32%), depersonalization 16(36%), low personal fulfillment 14(34%) evening shift emotional exhaustion 10(28%), depersonalization 16(36%) and low personal fulfillment 15(42%) night shift; health personnel were affected, doctors with 48 (65%) and 28 (60.8%) nurses with a high level. **Conclusions:** the prevalence in doctors and nurses was determined, being affected by the Burnout Syndrome in the different work shifts in public and private hospitals. **Keywords:** professional exhaustion, quality of life, psychological stress, working conditions.

## Introducción

La salud y la mortalidad de los médicos y las enfermeras han sido objeto de estudio desde hace muchos años por el Dr. William Ogle. (Woods, 1996). En 1930 la organización interterritorial de trabajo sostuvo que el trabajador de la salud es un personal reconocido expuesto a riesgos, constituye un grupo de profesionales en el que el estrés y el agotamiento se presenta con mayor frecuencia produciendo efectos psíquicos, ansiedad, depresión, enfermedades psicosomáticas y trastornos neuróticos motivados por la gravedad del paciente (De Lorenzo, 1997).

Esta situación es ignorada por el médico y la enfermera, en el marco de sus funciones profesionales, lo que supondría que no existe un aprovechamiento de sus conocimientos en beneficio de una mejor calidad de vida para sí mismo (Wolfberg, 2002).

La medicina y la enfermería son profesiones en el cual los profesionales de salud; se encuentran en contacto permanente con el dolor, el sufrimiento, la incertidumbre, la angustia, la muerte, por una parte y por otra con la salud, la vida y la recuperación de los enfermos, todas estas situaciones pueden ser estresantes e impresionantes, constituyendo un riesgo para el profesional perdiendo así la salud mental, emocional e intelectual, que en un momento determinado se pueden asociar otros factores personales, organizacionales, institucionales o macro estructurales, que conllevan a perder el valor de la identidad profesional y del trabajo

convirtiéndose en factores estresantes situando al médico y a la enfermera como trabajadores sanitarios en situación de vulnerabilidad (Zaldúa y Lodieu, 2000).

Por otra parte las modificaciones estructurales llevadas a cabo en el sector salud en las últimas décadas en México tales como: el desmantelamiento del hospital público, la mercantilización y privatización del sector asociado al gran desarrollo científico-tecnológico que desvaloro el trabajo médico respecto de la tecnología, la tensión entre la autonomía profesional y el campo de las responsabilidades en el marco de una profesión, asistencia que presumiblemente tiene una filosofía humanista del trabajo son algunos de los cambios que ha sufrido la actividad médica en otros tiempos autónoma y liberal (Arce, 1997; Belmartino, 1995; Tognoni, 2010; Ministerio de Salud y Acción Social: Decreto 578/93).

Desde la concepción positivista de la medicina, la salud ha sido siempre concebida como una cuestión individual determinada fundamentalmente por lo biológico y circunstancialmente por lo psicológico haciendo desaparecer lo social mediante la introducción de una perspectiva dicotómica: la separación entre el orden de lo real (objetivo) como único aspecto abordable, por tanto, mensurable y lo abstracto (subjetivo) inaccesible, inobjetable, imposible de ser cuantificado.

Sin embargo, la salud es un concepto polisémico que no puede definirse en forma de categoría absoluta, objetivable e inmutable de tipo kantiana (Stolkiner, 1988), la salud no es meramente un hecho, es un valor, no designa solo hechos materiales.

Samaja (2004), plantea que no es posible una ciencia natural de la salud, pero si es posible una ciencia social de salud, en la medida en que la salud o la enfermedad no son hechos del mundo de las cosas reales o naturales sino del campo de las relaciones sociales, de las valoraciones subjetivos que los factores hacen de los hechos, y de las situaciones de poder que ellos encarnan.

Salud y trabajo se definen como conceptos estrechamente relacionados: la misma etimología de la palabra nos habla de ello, trabajo viene de *trepalium*, máquina de tres pies para herrar los caballos, utilizada después como instrumento de tortura. En el siglo XII al XVI, trabajar significaba atormentar, “sufrir” el trabajador era el verdugo, el sentido primitivo de esta palabra expresa explícitamente la idea de “tormento” progresivamente en su evolución, esta connotación fue cambiando, pasando luego a la idea de esfuerzo penoso de fatiga para agregarle a fines del siglo XVIII la notación de resultado útil y de medio de existencia (Jacob, 1995).

El trabajo organiza y modela toda la vida del trabajador, su bienestar laboral psicológico y su salud mental son consecuencias personales de su trabajo. El trabajo por tanto es el común denominador muy condicionante de toda vida en sociedad. Si bien el trabajo puede ser fuente de placer también puede ser fuente de sufrimiento (Durán, 2003).

Desde los inicios de la carrera puede ser una importante fuente de estrés, con un prolongado entrenamiento en el pre y postgrado lo que propende a una

excesiva carga horaria. Las dificultades de relación con los pacientes, hacer frente constante el sufrimiento también son factores importantes. Se ha descrito en los médicos el triple signo de ignorancia, indiferencia, falta de cuidado a su propia salud y el desmerecimiento de sus relaciones significativas (Lipko y Dumeynieu, 2005).

### **Objetivo general**

Determinar la prevalencia del Síndrome de Burnout en médicos y enfermeras de hospitales públicos y privados del Estado de Michoacán.

### **Objetivos específicos**

1. Conocer las variables sociodemográficas de la población.
2. Identificar el Síndrome de Burnout en médicos y enfermeras de los diferentes turnos laborales.
3. Detectar el profesional de salud más afectado entre médicos y enfermeras.

### **Metodología**

Fue estudio cuantitativo, descriptivo, transversal, observacional y de campo.

La muestra estuvo compuesta por 120 médicos y enfermeras de hospitales públicos y privados del Estado de Michoacán, de los cuales fueron 74 médicos y 46 enfermeras. La población en estudio fue dividida en cuatro grupos según el turno de trabajo 1 (matutino) 2 (vespertino) 3 (nocturno) y 4 (mixto). Los criterios de inclusión fueron los siguientes: médicos y enfermeras de base, contratados en hospitales del Estado de Michoacán. Los criterios de exclusión, personal administrativo sin contacto directo con pacientes. Se utilizó el Cuestionario Breve de Burnout de Bernardo Moreno fue realizado en base al inventario de Burnout de Maslach y Jackson (1982) modificado para su aplicación en países Hispanoparlantes por Bernardo Moreno y colaboradores. En el Cuestionario de Breve de Burnout, Moreno tiene en cuenta los factores del síndrome propuestos por Maslach y Jackson, incluye tanto los factores antecedentes como elementos consecuentes o efectos de este. El cuestionario fue validado en Cuba por Amalia Rivera Delgado con un Alfa de Cronbach de .90. Este instrumento explora tres variables fundamentales: El Síndrome de Burnout (SBO), causas del Burnout (CBO) y consecuencias del Burnout (CON). El Síndrome de Burnout, se subdivide en tres subvariables que concuerdan con el modelo de Maslach y Jackson; contienen tres proposiciones cada una: cansancio emocional (CE): 1,7,15, despersonalización (DP): 3,11,18, realización profesional (RP): 5,12,19. La variable antecedentes o causas de Burnout (CBO), a su vez, se analiza en sus componentes: características de la tarea (CT) 2,10,16, organización (OR), cada uno con tres proporciones 4,8,9, tedio (TE)

6,14,20. La variable consecuencia del Burnout (CON) no se divide en componentes; contiene tres proposiciones en total: consecuencias físicas 13, sociales 17 y psíquicas 2 (véase tabla 1). El cuestionario se responde en una escala ordinal de 6 puntos (0 a 6) que expresan frecuencias crecientes de experimentar el contenido de la proposición de que se trate. Los valores mínimos y máximos posibles para cada subvariable y para la variable oscila entre 11 y 45, valores que es promediado entre el número de ITEMS correspondientes, que es 8.

**Tabla 1**

*Estructura del Cuestionario Breve de Burnout*

Variables	Dimensiones o Subvariables	Preguntas No.
Síndrome de Burnout	Cansancio emocional	1, 7, 15
	Despersonalización	3, 11, 18
	Realización personal baja	5, 12, 19
	Características de la Tarea	2, 10, 16
Causas o Antecedentes	Organización	4, 8, 9
	Tedio	6, 14, 20
	Físicas	13
Consecuencias	Psicológicas	17
	Sociales	21

*Nota:* Cuestionario Breve de Burnout de Bernardo Moreno.

El Cuestionario Breve de Burnout, no está elaborado para evaluar específicamente las subescalas que componen los antecedentes, el Burnout y sus consecuencias, sino las escalas globales.

**Tabla 2**

*Cuestionario Breve de Burnout de Bernardo Moreno.*

Niveles	Bajo	Medio	Alto
Factores de Burnout	9-19	>19-29	>29
Síndrome de Burnout	9-19	>19-25	>25
Consecuencias del Burnout	3-6	>6-8	>8

*Nota:* Escala de Medición del Cuestionario Breve de Burnout.

A efectos de diagnóstico de Síndrome de Burnout, se considera el punto de corte 25 puntos.

Es decir, a partir de 25 puede considerarse que una persona está afectada claramente por el Síndrome de Burnout. A efectos de consecuencias de Burnout,

se puede considerar que una población o persona está críticamente afectada por las consecuencias cuando se alcanza una puntuación superior a 8. En cualquier caso, el CBB no es un cuestionario clínico, por lo que las consecuencias del Burnout se deben evaluar complementariamente por un instrumento específico.

El procedimiento de recolección de los datos inició cuando se obtiene la aprobación, para la realización de la investigación por parte de las autoridades correspondientes, se identifica a la población elegida para su estudio, cumpliendo con los requisitos establecidos y explicándoles en que consiste el estudio. Se realizó el análisis y procesamiento de la información con el paquete descriptivo básico SPSS versión 25 a través de la generación de una base de datos.

## Resultados

Los resultados obtenidos fueron los siguientes:

**Tabla 3**

*Variables sociodemográficas de la población en estudio*

Variable	Grupo 1 Matutino (f -%)	Grupo 2 Vespertino (f -%)	Grupo 3 Nocturno (f -%)	Grupo 4 Mixto (f -%)
<b>Genero</b>				
Masculino	11 (22%)	18 (36%)	13 (26%)	8 (16%)
Femenino	17 (24%)	23 (32%)	23 (32%)	7 (10%)
<b>Personal de salud</b>				
Médicos	15 (20%)	30 (40%)	25 (33%)	4 (5%)
Enfermeras	13 (29%)	14 (31%)	11 (25%)	8 (18%)
<b>Hora de Trabajo</b>				
Horas semanales	40	40	36	32
Total	28 (23%)	41 (34%)	36 (30%)	15 (12%)

*Nota:* Cédula de variables sociodemográficas. f=frecuencia %=porcentaje

En la tabla 3 se muestran las variables sociodemográficas de la población en estudio dividida en grupos y en turnos laborales de los hospitales público y privados del Estado de Michoacán; con mayor porcentaje en un 58.3% (70) fueron género femenino. Del total de la muestra el 73% (88) representaron al personal de base y el 27% (32) de contrato, en relación a la variable de personal de salud la mayoría fueron médicos representado por un 61% (74) y enfermeras fueron representadas por un 38% (46), las horas laborales del profesional de salud de los diferentes grupos fueron más representativas el turno matutino y vespertino con 40 horas de trabajo semanales.

**Tabla 4***Personal de salud por grupos y turnos laborales*

Grupo	Turno	Frecuencia	Porcentaje
1	Matutino	28	23%
2	Vespertino	44	37%
3	Nocturno	36	30%
4	Mixto	12	10%
Total		120	100%

*Nota:* Cédula de variables sociodemográficas.

En la tabla 4, se observa la división de los grupos y turnos del personal de salud en estudio médicos y enfermeras; se obtuvo en el turno vespertino mayor representación de la muestra de 37% (44), el nocturno 30% (36), matutino 23% (28) y el mixto con menor afluencia de personal de salud con un 10% (12), lo que se puede evidenciar que existe personal de salud que trabaja más en el turno nocturno y vespertino.

**Tabla 5***Grupos y Turnos laborales afectados por Síndrome de Burnout.*

Grupos	Grupo 1		Grupo 2		Grupo 3		Grupo 4	
	Matutino		Vespertino		Nocturno		Mixto	
Turnos	f	%	f	%	f	%	f	%
<b>Síndrome de Burnout</b>								
Cansancio Emocional	14	(50%)	14	(32%)	10	(28%)	4	(33%)
Despersonalización	3	(11%)	16	(36%)	11	(30%)	2	(17%)
Realización Personal Baja	11	(39%)	14	(32%)	15	(42%)	6	(50%)
Total	28	(100%)	44	(100%)	36	(100%)	12	(100%)

*Nota:* Cuestionario Breve de Burnout de Bernardo Moreno

f = Frecuencia    %=Porcentaje

En la tabla 5, se presentan las frecuencias y porcentajes arrojadas del Instrumento Cuestionario Breve de Burnout, en los diferentes grupos en los que se dividió la población en estudio y los turnos laborales correspondientes de los hospitales. Donde se encontró Síndrome de Burnout en los diferentes turnos con un valor representativo, en el grupo 2 correspondiente al turno vespertino presentando las tres variables que caracterizan este Síndrome de Burnout un alto nivel de despersonalización con un 36% (16), acompañado de cansancio emocional y realización baja con el mismo porcentaje de 32% (14).

El segundo lugar más representativo en la muestra fue el grupo 3 correspondiente al turno nocturno su mayor porcentaje fue en realización personal baja 42% (15), continuando con despersonalización 30% (11) y cansancio emocional 28% (10). El tercer lugar lo ocupa el grupo 1 que fue el turno matutino y que en también se encuentra afectado por cansancio emocional, realización personal baja y despersonalización. El turno mixto del grupo 4, la muestra fue mínima, pero se puede evidenciar que padecen también este Síndrome de Burnout. Con los resultados analizados los médicos y las enfermeras se encuentran afectadas por el desgaste físico, psicológico y emocional.

**Tabla 6**

*Síndrome de Burnout por género.*

Género	Femenino		Masculino	
	Frecuencias	Porcentajes	Frecuencias	Porcentajes
Síndrome de Burnout				
Bajo	11	16%	5	10%
Medio	20	28%	10	20%
Alto	39	56%	35	70%
Total	70	100%	50	100%

*Nota:* Cuestionario Breve de Burnout de Bernardo Moreno.

En la tabla 6, se muestra los resultados del Síndrome de Burnout por género de los participantes encuestados; observando mayoría en ambos sexos predominó el nivel alto-medio.

**Tabla 7**

*Síndrome de Burnout por personal de salud.*

Personal de Salud	Médicos		Enfermeras	
	Frecuencias	Porcentajes	Frecuencias	Porcentajes
Síndrome de Burnout				
Bajo	9	12%	8	17.3%
Medio	17	23%	10	21.7%
Alto	48	65%	28	60.8%
Total	74	100%	46	100.0%

*Nota:* Cuestionario Breve de Burnout de Bernardo Moreno.

*f = Frecuencia    % = Porcentaje    SOB = Síndrome de Burnout*

Respecto a la tabla 7, se encontró con mayor prevalencia de Síndrome de Burnout a los médicos y a las enfermeras; por lo que se puede decir, que la población en estudio se encontró afectada con su trabajo, exigencias excesivas y comportamientos irritables, exceso de estrés, desinterés por el trabajo.



## Discusión y Conclusiones

Se determinó la prevalencia del Síndrome de Burnout en médicos y enfermeras de hospitales públicos y privados del Estado de Michoacán, encontrando a la población en estudio con nivel alto por el Síndrome de Burnout de los diferentes turnos laborales, por género, así como profesionales de salud médicos y enfermeras.

En contraste con otras investigaciones se puede mencionar 2021 en el Reino Unido sobre un total de 564 médicos generales (Maslach y Jackson, 1981) en el que utilizaron el inventario de Maslach y Jackson (1981) demostró que el 46% de estos presentaban altos niveles de cansancio emocional el 42% presento síntomas de despersonalización y el 34% síntomas de sensación de falta de realización personal.

La despersonalización estuvo asociada a las características del médico y de su práctica, así los hombres presentaron puntuaciones más altas que las mujeres, los médicos que tenían menos de 20 años de ejercicio de la profesión y que trabajaban en grupos presentaron puntuaciones más altas. Los autores sugieren que las mujeres podrían ser más resistentes a la despersonalización porque tiende a concentrarse más en la atención a los pacientes que los médicos varones.

De igual manera investigadores de la Universidad de Alberta en Canadá se propusieron generar conocimiento acerca de la prevalencia del síndrome de médicos y si existía alguna diferencia entre las diferentes especialidades de la profesión. Fueron encuestados un total de 1,152 médicos (activos y jubilados), médicos residentes, los resultados demostraron que el 48.7% de los encuestados se encontraban en fase avanzada del Síndrome de Burnout la prevalencia general en Canadá oscila entre el 38-42%, no se encontraron diferencias en relación con las variables sociodemográficas ni tipo de especialidad. Si observaron que el síndrome estaba relacionado con la organización, la instalación, lo laboral, conflictos en el trabajo y baja productividad. Concluyeron que los resultados hablan por sí solos que la medicina es una profesión de riesgo y el Burnout es un problema laboral serio.

Ya en el contexto latinoamericano cabe citar un estudio realizado por Amelia Rivera Delgado, (citada en Zaldúa, Lodieu) (4) en Cuba en un hospital de ese lugar en donde se clasificó el Burnout en tres diferentes niveles: bajo, moderado y alto. Se observó que las especialidades con nivel alto fueron anestesiología, nefrología, geriatría, psiquiatría, cirugía plástica endocrinología y ortopedia.

En el estudio realizado en Cuba, Hernández, fue descriptivo realizado por el instituto nacional de salud de los trabajadores en médicos, enfermeros de primer y segundo nivel de atención, utilizaron tres instrumentos de medición entre los que se encontraba el cuestionario breve de Burnout, de moreno en donde observaron que la prevalencia en médicos alcanzo un 35% y fue superior en el primer nivel, especialmente en mujeres (58.3%), estos profesionales presentaron síntomas de sueño, cefalea, ansiedad, irritabilidad, depresión, fatiga y acidez o ardor estomacal. Entre las posibles causas identificadas la necesidad de actualización de la información para mantener la competencia profesional, conflictos con superiores, sentir máxima la responsabilidad en los resultados de la atención a los pacientes, bajo reconocimiento por parte de la población asistida, incertidumbre en el manejo de información con el paciente o sus familiares y cuidar de las necesidades emocionales de los pacientes.

Se concluye que como cuestiones conflictivas encontramos el excesivo número de pacientes para atender por día, diversidad de tarea por falta de recursos auxiliares, dificultades para la derivación de pacientes a otro centro, independientemente de la gestión personal del profesional, deterioro o ausencia de recursos sanitarios.

## Referencias

- Arce, H. (1997). Tendencias, escenarios y fenómenos emergentes de la configuración del sector salud en la Argentina. *Serie Financiamiento del Desarrollo. Naciones Unidas, 59.*  
<https://repositorio.cepal.org/handle/11362/5268>
- Belmartino, S., y Bloch, C. (1995). Evolución histórica del sector salud en Argentina. *Cuadernos Médico Sociales, 70.*
- De Angelis, N. (2002). *Síndrome de Burnout. En Prevención en Salud Mental.* Buenos Aires: Lugar Editorial.
- De Lorenzo, L. (1997). El informe de la O.I.T., efectos sobre la salud. *Rev. Previsión, 70, 72-73.*
- Durán, C. (2003). Psique, soma, institución una lectura de la psicopatología del trabajo. *Revista de Psicología de la Universidad de Chile, 12(1), 121-131.*
- Giberti, E. (2001). Alerta y cuidado de la salud de los operadores ante los efectos traumáticos de atención a las víctimas. Burnout. *Revista de Derecho Penal Integrado, 3.*
- Jacob, A. (1995). La noción de trabajo. Relato de una aventura socio-antropo-histórica. *Revista Sociología del Trabajo, 4, Programa de Investigaciones.*

- Lipko, E., y Dumeynieu, M. (2005). Vulnerabilidad y riesgos en la emergencia. *Praxis Médica. Protección del Profesional*, 18.
- Martínez, M., y Guerra, P. (1997). Síndrome de Burnout: El riesgo de ser un profesional de ayuda. Salud y cambio. *Revista Chilena de Medicina Social*, 6, 23-45.
- Maslach, C., y Jackson, S. (1981). *The measurement of experienced burnout. Journal of Occupational Behaviour*, 2, 99-113.
- Ministerio de Salud y Acción Social: Decreto 578/93, Hospitales Públicos de Autogestión. *Boletín Oficial*, 1° Sección. 13/5/93. Página 2.
- Tognoni, G. Salud Derecho o Mercancía. Essential Drugs [acceso: 4 de julio de 2010]. <https://www.essentialdrugs.org>
- Samaja, J. (2004). *Epistemología de la Salud. Reproducción social, subjetividad y transdisciplina*. Buenos Aires. Lugar Editorial.
- Stolkiner, A. (1988). Prácticas en Salud Mental. *Revista de Investigación y Educación en Enfermería*, 6(1).
- Wolfberg, E. (2002). *La salud de los profesionales de la salud: riesgos y prevención. Prevención en Salud Mental*. Buenos Aires: Lugar Editorial S.A.
- Woods, R. (1996). Physician, heal thyself: the health and mortality of Victorian Doctors. *Soc Hist Med.*, 9(1), 1-30.
- Zaldúa, G. y Lodieu, MT. (2000). El síndrome de Burnout. El desgaste profesional de los trabajadores de la salud. En Domínguez, M., Federico, A., Findling, L., y Méndez, A. *La salud en Crisis. Un análisis desde la perspectiva de las ciencias sociales*. Buenos Aires. Editorial Dunken.