

**International Journal of
Clinical and Health
Psychology**

International Journal of Clinical and Health
Psychology

ISSN: 1697-2600

jcsierra@ugr.es

Asociación Española de Psicología

Conductual

España

Ortega Ruiz, Cristina; López Ríos, Francisca

El burnout o síndrome de estar quemado en los profesionales sanitarios: revisión y perspectivas¹

International Journal of Clinical and Health Psychology, vol. 4, núm. 1, enero, 2004, pp. 137-160

Asociación Española de Psicología Conductual

Granada, España

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=33740108>

- [Cómo citar el artículo](#)
- [Número completo](#)
- [Más información del artículo](#)
- [Página de la revista en redalyc.org](#)

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto



El *burnout* o síndrome de estar quemado en los profesionales sanitarios: revisión y perspectivas¹

Cristina Ortega Ruiz y Francisca López Ríos² (*Universidad de Almería, España*)

(Recibido 11 abril 2003/ Received April 11, 2003)

(Aceptado 7 julio 2003 / Accepted July 7, 2003)

RESUMEN. El personal sanitario se enfrenta frecuentemente a situaciones de vida y muerte. Su trabajo puede ser física y emocionalmente agotador. El estrés que se deriva de este contexto implica el desarrollo de problemas conductuales como *burnout* y otros problemas de salud y psicológicos (ansiedad, depresión, etc.). En la actualidad esta temática es importante ya que afecta a la moral y bienestar psicológico de los trabajadores, a la calidad y tratamiento que se proporciona a los pacientes y, por último, puede tener una influencia fuerte en el funcionamiento administrativo de los servicios sanitarios. En este trabajo teórico se presenta una revisión del concepto de *burnout*, las variables de las que depende, las medidas más utilizadas, las consecuencias del mismo y las estrategias de intervención que se han desarrollado para prevenir y tratar este problema. Finalmente, se realiza una propuesta de análisis conceptual del *burnout* como un ejemplo de evitación experiencial, así como de sus implicaciones en el tratamiento.

PALABRAS CLAVE. *Burnout*. Personal sanitario. Estrés ocupacional. Inventario de *Burnout* de Maslach. Estudio teórico.

ABSTRACT. Caregivers frequently deal with life and death situations. Their work can be physically and emotionally taxing. The stress derived from this context of work

¹ Este trabajo ha sido realizado con la financiación del Grupo de Investigación *Análisis Clínico y Experimental en Psicología* (HUM. 804, Universidad de Almería).

² Correspondencia: Dpto. de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos. Facultad de Humanidades. Edif. A. Universidad de Almería. 04120 Almería (España). E-mail: frlopez@ual.es

implies the development of behavioral problems like burnout and other health and psychological problems (anxiety, depression, etc.). Actually, this question is important because affects psychological well-being in staff members, quality of care and treatment provided to patients and finally May have a strong influence on administrative functioning of health services. In this descriptive study we present a review of the concept of burnout, the variables which it depends, the measures of burnout, consequences of it and the strategies of intervention that have been developed to prevent and to treat this problem. Finally, a proposal of conceptual analysis of burnout like an example of experiential avoidance as well as of its implications for treatment.

KEYWORDS. Burnout. Caregivers. Occupational stress. Maslach Inventory Burnout. Theoretical study.

RESUMO. Os prestadores de cuidados sanitários enfrentam frequentemente situações de vida ou morte. O seu trabalho pode ser física e emocionalmente exigente. O stress que deriva deste contexto favorece o desenvolvimento de problemas comportamentais como o *burnout* e outros problemas de saúde e psicológicos (ansiedade, depressão, etc.). Actualmente, esta temática é importante pois afecta a moral e o bem-estar psicológico dos trabalhadores, a qualidade e tratamento que se proporciona aos pacientes e, por último pode ter uma influência forte no funcionamento administrativo dos serviços sanitários. Neste trabalho teórico apresenta-se uma revisão do conceito de *burnout*, as variáveis das quais depende, as medidas mais utilizadas, as consequências do mesmo e as estratégias de intervenção que se têm desenvolvido para prevenir e tratar este problema. Finalmente, faz-se uma proposta de análise conceptual do *burnout* como um exemplo de evitamento experiential, assim como das suas implicações no tratamento.

PALAVRAS CHAVE. *Burnout*. Cuidadores. Stresse ocupacional. Inventário de *Burnout* de Maslach, Estudo teórico.

Delimitación conceptual

Desde la primera vez que se acuñó el término en 1974 por Freudenberger, han pasado más de dos décadas en las que han sido muchos los autores e investigadores que han dirigido sus investigaciones hacia el *burnout*, aportando numerosas definiciones, modelos teóricos y componentes. Esta temática ha despertado interés también en la población general ya que parece ser que se trata de una problemática que afecta a mucha gente y que añade unos costes personales, sociales y económicos elevados. En este sentido, Cherniss (1980) describió el interés de este concepto basándose en cuatro razones: afecta a la moral y el bienestar psicológico del personal implicado, afecta a la calidad de cuidados y tratamiento que reciben los pacientes, tiene una fuerte influencia en las funciones administrativas y es necesario prevenir a nivel comunitario en programas de servicios. En España, la investigación de este fenómeno es más reciente y menos abundante y se ha dirigido principalmente al sector sanitario (Giménez, 2000). Freudenberger introdujo el término de *burnout* profesional cuando observó cómo los voluntarios que trabajaban con toxicómanos, tras un tiempo en su puesto de trabajo,

sufrían una pérdida de energía, para luego llegar al agotamiento y desmotivación por su labor. Este autor describió a estas personas como menos sensibles, poco comprensivas y agresivas en su relación con los pacientes, incluso dándoles un trato distante y cínico. Conceptualizó el *burnout* como la sensación de agotamiento, decepción y pérdida de interés por la actividad laboral, que surge especialmente en aquellos que se dedican a profesiones de servicios como consecuencia del contacto diario con su trabajo (Gil-Monte, 1991). Como añade Moreno (1998) el estudio de *burnout* y su análisis comenzó más bien en un área aplicada y clínica plagada de descripciones y escasos estudios empíricos. Posteriormente, Maslach y Jackson (1986) utilizaron el mismo término acuñado para describirlo como el proceso de pérdida gradual de responsabilidad y desinterés entre los compañeros de trabajo en el campo de la psicología social. Tal vez la definición más aceptada entre los investigadores es la que aportaron estas autoras, que lo conceptualizaron como el cansancio emocional que lleva a una pérdida de motivación y que suele progresar hacia sentimientos de inadecuación y fracaso (García, 1995; Maslach, Schaufeli y Leiter, 2001).

El *burnout* se desarrolla en aquellos profesionales cuyo objeto de trabajo son personas y se compone de tres dimensiones: (1) agotamiento o cansancio emocional definido como el cansancio y fatiga que puede manifestarse física y/o psíquicamente, es la sensación descrita como no poder dar más de sí mismo a los demás; (2) despersonalización como desarrollo de sentimientos, actitudes y respuestas negativas, distantes y frías hacia otras personas especialmente hacia los beneficiarios del propio trabajo; (3) por último, la baja realización personal o logro que se caracteriza por una dolorosa desilusión para dar sentido a la propia vida y hacia los logros personales con sentimientos de fracaso y baja autoestima (Álvarez Gallego y Fernández Ríos, 1991; Apples, 1998; Atance, 1997; Chacón, Vecina, Barón y De Paúl, 1999; García, 1995; Gil-Monte, 1991, 2001; Guerrero y Vicente, 2001; Moreno, Oliver y Aragoneses, 1991; Olmedo, Santed, Jiménez y Gómez, 2001; Tortella-Feliu, 2001; Wright y Bonett, 1997; Yela, 1996). Para Pines y Aronson (1988) el *burnout* no está restringido a profesionales de ayuda, ya que lo consideraron como el estado de agotamiento mental, físico y emocional producido por la involucración crónica en el trabajo en situaciones emocionales demandantes. En esta misma línea, otros autores que han realizado numerosas investigaciones sobre esta temática (Gil-Monte y Peiró, 1997) lo definen como una respuesta al estrés laboral crónico integrado por actitudes y sentimientos negativos hacia las personas con las que se trabaja y hacia el propio rol profesional así como la vivencia de encontrarse emocionalmente agotado. Esta respuesta se da en las profesiones de servicio pero no se limita sólo a ellas. El *burnout* se ha hecho muy popular a pesar de que no existe una claridad y precisión conceptual, se ha convertido en un cajón de sastre. No obstante, se puede reconocer una serie de características comunes en distintas definiciones revisadas, como señala Mingote (1998): predominan los síntomas disfóricos y sobre todo, el agotamiento emocional, destacan las alteraciones de conducta (conducta anormal del modelo asistencial o despersonalización de la relación con el cliente), se relaciona con síntomas físicos, como cansancio hasta el agotamiento, malestar general, junto con técnicas paliativas reductoras de la ansiedad residual, como son las conductas adictivas, que a su vez, median en deterioro de la calidad de vida,

se trata de un síndrome clínico-laboral que se produce por una inadecuada adaptación al trabajo, aunque se dé en individuos considerados presuntamente “normales” y, por último, se manifiesta por un menor rendimiento laboral y por vivencias de baja realización personal, de insuficiencia e ineficacia laboral, desmotivación y retirada organizacional.

En la literatura especializada se puede encontrar el *burnout* con diferente terminología, como síndrome de estar quemado (una aproximación a su traducción del término anglosajón), síndrome de quemazón, desgaste profesional y desgaste psíquico, que son términos que vienen a ser equivalentes. Aunque deberíamos diferenciarlo de otros conceptos que se pueden solapar con él como depresión, estrés e insatisfacción laboral. Respecto a la diferencia entre depresión y *burnout*, señalar que el primero reúne una serie de síntomas de bajo estado de ánimo generalizado en la persona mientras que el *burnout* es temporal y específico al ámbito laboral (Guerrero y Vicente, 2001). Entre las conexiones entre estrés y *burnout*, Álvarez Gallego y Fernández Ríos (1991) señalan que la principal diferencia es que el primero es una consecuencia del estrés crónico experimentado en el contexto laboral, señalando que es una reacción al estrés en el trabajo en función de las demandas y características de la ocupación. Por último, Gil-Monte (1991) afirma que aunque el *burnout* y la insatisfacción laboral son experiencias psicológicas internas y negativas, el primero incluye cambios de conducta hacia los sujetos objeto de la actividad laboral, así como cambios en la calidad y desarrollo del trabajo y agotamiento o disminución de la energía para el trabajo. Moreno y Peñacoba (1996) en un afán de aclarar este término mencionan que el *burnout* no se identifica con la sobrecarga de trabajo ni es un proceso asociado a la fatiga, sino a la desmotivación emocional y cognitiva que sigue el abandono de intereses que en un determinado momento fueron importantes para el sujeto. Las personas no son receptores pasivos de las demandas ambientales, sino que, en gran medida, eligen y determinan de forma activa sus entornos (Marquinez y Ayala, 1995).

Variables implicadas en el desarrollo del *burnout*

El síndrome de *burnout* es una respuesta al estrés laboral crónico que se produce principalmente en el marco laboral de las profesiones que se centran en la prestación de servicios, por lo que existe un contacto directo con las personas a las que se destina la labor que se realiza. En la revisión de estudios españoles realizada podemos ver las diferentes poblaciones sobre las que se han estudiado el *burnout* (véase la Tabla 1). Aunque existen estudios centrados en profesiones como administrativos y auxiliares administrativas, deportistas, docentes, monitores de educación especial, trabajadores de centros ocupacionales y sociales, vigilantes de instituciones penitenciarias y voluntarios, la mayoría de investigaciones hace referencia a las profesiones vinculadas a labores asistenciales o de servicios, tales como auxiliares de clínica, cuidadores de pacientes geriátricos, médicos de atención especializada, primaria y especial, cirujanos dentistas, profesionales con pacientes con VIH, de salud mental y psicólogos y, por último, las profesionales de enfermería que por sus características organizacionales y laborales han recibido una mayor atención por parte de los investigadores.

TABLA 1. Poblaciones objeto de estudio del *burnout* en investigaciones realizadas en España.

<i>Administrativos y auxiliares administrativos</i>	Lozano y Montalbán (1999)
<i>Auxiliares de clínica</i>	Caballero, Bermejo, Nieto y Caballero (2001); Carmona, Sanz y Mañá (2000); Montalbán, Durán y Bravo (2000); Muñoz, López, Fernández, Medina Pérez y Torrente (2001b)
<i>Cirujanos dentistas</i>	Díaz, Lartigue y Acosta (2001)
<i>Cuidadores de pacientes geriátricos</i>	Bujalance <i>et al.</i> (2001); Menezes (2000)
<i>Deportistas</i>	Garcés (1995); Garcés, Gardá y Martínez (1995)
<i>Docentes</i>	Aluja (1997); Gardá (1995); Gil-Monte y Peiró (1999, 2000); Guerrero y Vicente (2001); Matud, De Abajo y Matud (2002); Quevedo <i>et al.</i> (1997); Yela (1996);
<i>Médicos de atención especializada</i>	Atance (1997); Caballero <i>et al.</i> (2001); Carana (1989); López (1996); Tello, Tolmos, Vázquez y Vázquez (2002)
<i>Médicos de atención primaria y especial</i>	Atance (1997); Cebriá <i>et al.</i> (2001); Gardá (1995); Olmedo <i>et al.</i> (2001)
<i>Monitores de educación especial</i>	Gil-Monte y Peiró (2000)
<i>Profesionales de enfermería</i>	Alvarez Gallego y Fernández Ríos (1991); Atance (1997); Bujalance <i>et al.</i> (2001); Caballero <i>et al.</i> (2001); Cano, Gardá, Gardá, López y Parera (1996); Carana (1989); Carmona <i>et al.</i> (2000); De la Fuente, Gardá, Ortega y De la Fuente (1994); Escibá, Más, Cárdenas, Burguete y Fernández (2000); Fornés (1998); Gardá (1990); Gardá, Sobrido, Gardá, Rafá y Soleta (1999); Garza <i>et al.</i> (1999); Gil-Monte (2001); Gómez, León, Durán, López, Carrasco y Moreno (1991); González-Roma, Ripol, Caballer, Ferreres, Gil y Peiró (1998); López (1996); Manzano (1997); Manzano y Ramos (2000); Muñoz, Gómez, Gardá, Bono y Pérez (2001a); Muñoz <i>et al.</i> (2001b); Olmedo (1996); Olmedo <i>et al.</i> (2001)
<i>Profesionales de salud mental</i>	Alvarez Gallego y Fernández Ríos (1991); Gardá, Saéz y Llor (2000); Olmedo <i>et al.</i> (2001); Olmedo, Gardá y Morante (1998); Torrado, Fernández-Ríos y Martínez (1996)
<i>Psicólogos</i>	Alvarez Gallego y Fernández Ríos (1991); Gardá (1995)
<i>Trabajadores centros ocupacionales</i>	Gil-Monte y Peiró (1996)
<i>Trabajadores sociales</i>	Alvarez Gallego y Fernández Ríos (1991); Gardá (1995)
<i>Voluntarios de instituciones penitenciarias</i>	Buendía y Riquelme (1995)
<i>Voluntarios</i>	Chacón y Vecina (1996); Chacón <i>et al.</i> (1999); Gil-Monte y Peiró (2000)

Los profesionales de salud se enfrentan constantemente a una tarea compleja en la que influyen diversas circunstancias (Álvarez Gallego y Fernández Ríos, 1991; Barreto, Arranz, Barbero y Bayés, 1997; Buunk, Schaufeli e Ybema, 1994; Dean, 1998; Escribá, *et al.*, 2000; Gil-Monte y Peiró, 1997; González, 2002; Lim y Yuen, 1998; Parkes, 1998; Peiró, 1993; Pellín *et al.*, 1998; Quick y Tetrik, 2003; Rout, 1998; Vachon, 2000; Zapf, Seifert, Schmutte, Mertini y Holz, 2001; Zoccalli, Campollo, Caroccio, Cedro, Muscatello y Pandolfo, 1999); entre ellas podemos señalar los estresores específicos de la profesión que suponen una alta implicación emocional y los relacionados con la organización del trabajo:

- Exceso de estimulación aversiva. Constantemente se enfrentan al sufrimiento y a la muerte del paciente, así como dolor por la pérdida de un ser querido que padecen los familiares y allegados.
- Contacto continuo con enfermos que exige un cierto grado de implicación para establecer una relación de ayuda. Un control inadecuado del vínculo, por exceso (sobreimplicación) o por defecto (conductas de evitación) genera problemas importantes tanto para los pacientes como para sus cuidadores.
- La frustración de no poder curar, objetivo para el que han sido entrenados.
- Proporción muy alta de enfermos a los que deben de atender.
- Escasez de formación en habilidades de control de las propias emociones, además de las de los pacientes y sus familiares.
- Horario de trabajo irregular debido a la realización de turnos.
- Conflicto de rol y ambigüedad de rol.
- Falta de cohesión en el equipo multidisciplinar.
- Burocratización e individualismo en las instituciones sanitarias.

Variables personales

Las variables personales consideradas en los estudios sobre *burnout* son el sexo, la edad, estado civil, antigüedad en el trabajo, las características de personalidad y las psicopatologías y las estrategias de afrontamiento. Con relación al sexo o género, mientras en unos estudios las mujeres son las que obtienen mayores puntuaciones en los instrumentos de medida (Atance, 1997), los hombres puntúan en otros estudios como más quemados por su labor (Lozano y Montalbán, 1999; Muñoz *et al.*, 2001b), otros señalan a los hombres concretamente en la escala de despersonalización como medida significativa (De la Fuente *et al.*, 1994). Parkes (1998) menciona respecto a los resultados que se obtienen de los estudios que relacionan la variable sexo con el estrés laboral, que ésta puede actuar como una variable moderadora más que mostrar un efecto global consistente. Con respecto a la edad, se señala mayor nivel de *burnout* entre los 40 y 45 años (Muñoz *et al.*, 2001b), mientras que en otros estudios se precisa que dicho fenómeno se produce en torno a los 44 años (Atance, 1997). En general, se concluye que a mayor edad disminuye la tensión laboral con lo que el grado de *burnout* es menor (De la Fuente *et al.*, 1994); sólo la escala de cansancio emocional se relaciona positivamente con la edad (Tello *et al.*, 2002). Por lo que se refiere al estado civil tampoco los datos son homogéneos, el grupo de casados puede ser propenso a padecer *burnout* (Tello *et al.*, 2002); otros señalan al grupo de separados y divorciados en relación a la

baja realización personal (Atance, 1997). En relación con la antigüedad en el trabajo, en general esta variable influye a la hora de estudiar el grado de quemazón (Olmedo *et al.*, 2001); Atance (1997) lo sitúa entre los 5 y 10 años como el periodo en que este problema aparece con mayor frecuencia.

Haciendo referencia a la personalidad y psicopatologías, este problema se ha asociado a un mayor número de quejas físicas (Torrado *et al.*, 1996), también a psicopatologías y morbilidad psiquiátrica tales como ansiedad y depresión (Aluja, 1997). Además, se mencionan variables predisponentes que han sido examinadas con relación al estrés laboral como locus de control y conducta tipo A (PCTA) en estos contextos ocupacionales. El locus de control aparece en relación con el *burnout* mientras que el PCTA no parece relacionado con el mismo según los datos de los que disponemos (Gil-Monte y Peiró, 1997, 1998; Narayanan, Menon y Spector, 1999; Parkes, 1984) y rasgos de personalidad como baja estabilidad emocional, autoconfianza, personalidad resistente, tensión y ansiedad (Cebriá *et al.*, 2001; Zellars, Perrewe y Hochwarter, 2000).

Por último, en cuanto a la posible relación entre las estrategias de afrontamiento y el posterior desarrollo del *burnout*, los estudios han ido dirigidos a evaluar tales estrategias, encontrando que las centradas en el problema son utilizadas por aquellas personas que se enfrentan a condiciones estresantes concretas de la práctica diaria como por ejemplo atender a un número elevado de pacientes (Carauna, 1989; Escribá y Bernabé, 2002; Guerrero, 2001). Otros estudios señalan que son los posibles cambios cognitivos que se realizan ante dichas demandas estresantes los relacionados con no padecer *burnout* (Folkman y Lazarus, 1985; Quevedo *et al.*, 1997); además, se ha señalado que las estrategias pueden diferir entre las personas que desarrollan este problema y los que no lo desarrollan (Yela, 1996).

Variables organizacionales

Las variables organizacionales consideradas en los estudios revisados sobre *burnout* han sido el clima laboral, el bienestar laboral, el grado de autonomía, la ejecución en el trabajo, el apoyo social, la ambigüedad de rol y la falta de reciprocidad. En este sentido, los resultados de la investigación han mostrado que cuanto más positivo es el clima laboral (Cuevas, O'Ferrall y Crespo, 1998), el bienestar (Escribá *et al.*, 2000) y la satisfacción laboral (Cherniss, 1980; García *et al.*, 2000; Graham, Ramirez, Cull y Finlay, 1996; Lim y Yuen, 1998; Lozano y Montalbán, 1999; Zurriaga, Ramos, González-Romá, Espejo y Zornoza, 2000) menor es el estrés que los sujetos perciben en el trabajo. En relación al grado de autonomía o independencia que los profesionales pueden percibir en su puesto de trabajo, puede ser considerado como un antecedente en determinadas profesiones debido a la labor dependiente que realizan, como por ejemplo las enfermeras (González *et al.*, 1998). Por otro lado, la ambigüedad de rol, entendida como la incertidumbre entre las exigencias de la propia tarea y los métodos con los que debe ser ejecutada, parece favorecer el desarrollo de *burnout* (Gil-Monte y Peiró, 1998; Lozano y Montalbán, 1999; Moreno y Peñacoba, 1996). El mismo tipo de relación se produciría en el caso de la falta de reciprocidad de rol, en el sentido de que el personal sanitario podría percibir que tanto los pacientes como la organización no les recompensan de manera proporcional a lo que ellos dan (Gil-Monte, 2001). Por otro lado, el

apoyo social mantendría en el caso del *burnout* su efecto de amortiguador de las consecuencias del estrés que ha sido establecido para otros tipos de estrés (Cohen y Ashby, 1985; Eastburg, Williamson, Gorsuch y Ridley, 1994; Folkman y Lazarus, 1985; Gil-Monte y Peiró, 1996; Iverson, Olekaslins y Erwin, 1998, Koniarek y Durek, 1996).

Otros aspectos que han sido relacionados en estudios con este problema son el número de horas de trabajo, tipo de contrato y tipo de servicio, de los cuales se desprende que sufren un mayor grado de desgaste aquellos profesionales que pasan un mayor número de horas de trabajo con un contrato eventual o cambiante, en un servicio donde el impacto emocional es alto como oncología infantil, cuidados paliativos o hematología (Gil-Monte y Peiró, 1997). Turnipseed (1994) investiga sobre la relación entre el *burnout* y el ambiente de trabajo e identifica la influencia de diversas variables psicosociales (cohesión entre los compañeros, estructura de la organización, comunicación y presión en el trabajo) que contribuyen al síndrome de estar quemado.

Modelos teóricos de la génesis del *burnout*

Desde la aparición del *burnout* como constructo psicológico han surgido diversas propuestas explicativas que se han materializado en diferentes modelos de relación entre las variables implicadas en el *burnout*. En este sentido, los investigadores han asumido que el síndrome de estar quemado es un proceso que se desarrolla secuencialmente, de modo que las propuestas psicológicas se diferencian en el tipo de componentes que proponen, así tanto en su orden o en su grado de importancia a la hora de explicar el resultado final, como en las estrategias que el individuo puede emplear para controlarlo (Guerrero y Vicente, 2001). Tomando como referencia los modelos psicosociales, Gil-Monte y Peiró (1999) clasifican en tres grupos los modelos existentes: teoría sociocognitiva del yo, teoría del intercambio social y teoría organizacional.

- Teoría sociocognitiva del yo. Se caracteriza por otorgar a las variables del *self* (autoeficacia, autoconfianza, autoconcepto) un papel central para explicar el desarrollo del problema. Consideran que las cogniciones de los individuos influyen en lo que éstos perciben y hacen; estas cogniciones se ven modificadas por los efectos de sus acciones y por acumulación de las consecuencias observadas en los demás y la creencia o grado de seguridad por parte de un sujeto en sus propias capacidades determinará el empeño que el sujeto pondrá para conseguir sus objetivos y la facilidad o dificultad en conseguirlos. También determinará ciertas reacciones emocionales, como la depresión o estrés, que acompañan la acción. Según Harrinson (1983) la competencia y la eficacia percibida son variables clave en el desarrollo de este proceso. La mayoría de los individuos que empiezan a trabajar en profesiones de servicios está altamente motivada para ayudar a los demás y tiene un sentimiento elevado de altruismo. A esta motivación le pueden surgir factores barrera (como sobrecarga laboral, conflictos interpersonales, ausencia de recursos, disfunciones de rol) que dificultan la consecución de los objetivos, disminuyen los sentimientos de autoeficacia y terminan originando el síndrome de *burnout*.

- Teoría del intercambio social. Proponen que el síndrome de quemarse tiene su etiología en las percepciones de falta de equidad o falta de ganancia que desarrollan los individuos como resultado del proceso de comparación social cuando establecen relaciones interpersonales. Los profesionales asistenciales establecen relaciones de intercambio (ayuda, aprecio, gratitud, reconocimiento) con los receptores de su trabajo, compañeros y la organización cuando de manera continuada perciben que aportan más de lo que reciben a cambio de su implicación personal y de su esfuerzo. Sin resolver y adaptarse a esta situación desarrollan sentimientos de quemarse por el trabajo.
- Teoría organizacional. Incluyen como antecedentes del síndrome las disfunciones del rol, la falta de salud organizacional, la estructura y el clima organizacional. Los estresores del contexto de organización y las estrategias empleadas ante la experiencia de quemarse son claves para este modelo teórico.

Hemos visto de manera general las premisas teóricas de los modelos, pero dentro de cada una de ellas existen autores que han propuesto su propia secuencia del proceso de *burnout*. Mencionaremos los más destacados en la Tabla 2.

Consecuencias del estrés laboral crónico

La exposición a diversos estresores crónicos por parte de un individuo está relacionada con el deterioro de la salud; teniendo en cuenta al personal sanitario como grupo de riesgo por las situaciones estresantes a las que se asocian se ha enumerado una serie de alteraciones que son fruto de este síndrome (Álvarez Gallego y Fernández Ríos, 1991; Cano *et al.*, 1996; De la Fuente *et al.*, 1994; De la Gárgara, 2002; Eastburg *et al.*, 1994; Espinosa, Zamora y Ordóñez, 1995; Flórez, 2002; Garcés *et al.*, 1995; Gil-Monte y Peiró, 1997; O'Brien, 1998; Guerrero, 2001; Maslach *et al.*, 2001; Olabarria, 1995; Turnipseed, 1994) que se pueden dividir en tres grupos:

- Consecuencias que inciden directamente en la salud física (alteraciones físicas). Alteraciones cardiovasculares (hipertensión, enfermedad coronaria), fatiga crónica, cefaleas y migrañas, alteraciones gastrointestinales (dolor abdominal, colon irritable, úlcera duodenal), alteraciones respiratorias (asma), alteraciones del sueño, alteraciones dermatológicas, alteraciones menstruales, disfunciones sexuales y dolores musculares o articulatorios.
- Consecuencias que inciden en la salud psicológica (alteraciones emocionales). Ansiedad, depresión, irritabilidad, disforia, baja autoestima, falta de motivación, baja satisfacción laboral, dificultades de concentración, distanciamiento emocional, sentimientos de frustración profesional y deseos de abandonar el trabajo.
- Consecuencias relacionadas con el ámbito laboral (alteraciones conductuales). Absentismo laboral, abuso de drogas, aumento de conductas violentas, conductas de elevado riesgo (conducción temeraria, ludopatía), alteraciones de la conducta alimentaria, disminución de productividad, falta de competencia y deterioro de la calidad de servicio de la organización.

TABLA 2. Modelos teóricos de la génesis del *burnout*.

<i>Autores</i>	<i>Principales características</i>	<i>Secuencia por orden de aparición del proceso de burnout</i>			<i>Apoyo empírico</i>
Golembiewski, Munzenrieder y Carter (1988)	Destaca el agotamiento emocional como principal dimensión en el <i>burnout</i>	Despersonalización	Baja realización personal	Agotamiento emocional	Golembiewski, Boudreau, Goto y Mirai (1993)
Gold (1984)	El síndrome no aparece hasta que no se completan todas las fases	Baja realización personal	Agotamiento emocional	Despersonalización	-
Maslach y Jackson (1986)	El síndrome como resultado de la incapacidad para afrontar el estrés en el trabajo	Agotamiento emocional	Despersonalización	Baja realización personal	Maslach <i>et al.</i> (2001)
Leiter y Maslach (1988)	El desarrollo del <i>burnout</i> es consecuencia de estresores laborales y demandas crónicas	Agotamiento emocional	Despersonalización	Baja realización personal	Leiter (1989); Maslach, Schaufeli y Leiter (2001)
Farber (1991)	Está influida por las percepciones hacia factores organizativos, individuales y sociales	Despersonalización	Agotamiento emocional	Baja realización personal	-
Gil-Monte, Peiró y Valcárcel (1995)	Las emociones y las cogniciones son variables mediadoras en el <i>burnout</i>	Baja realización personal	Agotamiento emocional	Despersonalización	Gil-Monte y Peiró (1997)

Además de las alteraciones mencionadas anteriormente, algunos autores (Álvarez Gallego y Fernández Ríos, 1991) señalan una serie de síntomas defensivos utilizados por las personas en estas circunstancias, como la negación de sus emociones para defenderse contra una necesidad que le es desagradable y evitación de la experiencia

negativa con supresión constante de la información y el desplazamiento de sentimientos hacia otras situaciones o cosas. Estas medidas defensivas van a llevar a las personas que eviten a los propios usuarios, abandonen de un modo u otro el ejercicio de sus tareas asignadas incluso sus propias metas profesionales.

Merece la pena resaltar la relación entre el estrés y el sistema inmunológico (Ader y Cohen, 1993; Bayés y Borràs, 1996; Bonet y Luchina, 1998; Borràs, 1995; Peiró y Salvador, 1993), el cual ha despertado un gran interés por los investigadores por sus implicaciones debido al deterioro que se puede producir en la capacidad funcional inmune del organismo. El estrés produce a nivel general un efecto inhibitorio de las respuestas del sistema inmune; se han estudiado diferentes tipos de situaciones estresoras como por ejemplo duelo, divorcio, situaciones de exámenes, catástrofes, intervenciones quirúrgicas, cuidadores de enfermedades crónicas, etc. (Bonet y Luchina, 1998; Gil Roales-Nieto y López, 2001; Trujillo, Oviedo-Joekes y Vargas, 2001) en las que se ha encontrado que la capacidad proliferativa de los linfocitos T y B disminuyen al igual que el porcentaje y actividad de las *Natural Killers* y la producción de diferentes interleucinas, mientras que los anticuerpos del virus latente del herpes se elevan. Todo ello hace al individuo más vulnerable a procesos infecciosos y de alteración autoinmune.

Evaluación del *burnout*

La mayor parte de la evaluación del constructo de *burnout* se ha desarrollado a través de diversos instrumentos entre los que podemos citar los siguientes.

- *Maslach Burnout Inventory (MBI)* de Maslach y Jackson (1986). Es el más utilizado entre los investigadores; está formado por 22 ítem en forma de afirmaciones sobre los sentimientos y actitudes del profesional en su trabajo y hacia los clientes. Valora las tres dimensiones propuestas por las autoras del constructo: agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal en el trabajo. Considera el síndrome de estar quemado como una variable continua que se puede experimentar en diferentes niveles y no como variable dicotómica. Esta escala es la que ha demostrado mayor validez y fiabilidad (entre un 0,75 y 0,90). No obstante, en estudios recientes aparecen críticas y reflexiones acerca del concepto y dimensionalidad del *burnout* que inciden directamente en las consecuencias del MBI como instrumento más adecuado de medida (Barnett, Brennan y Gareis, 1999; García, 1995), además de destacar dos debilidades de dicho instrumento: los ítem que describen sentimientos no preguntan directamente por ellos; por ejemplo, el ítem 8 del MBI-GS y las categorías de respuesta no son mutuamente excluyentes entre sí; por ejemplo, la categoría una y dos coinciden en señalar como respuesta pocas veces al año o menos y una vez al mes o menos, respectivamente, lo que puede dar lugar a ambigüedad ya que no se limitan los periodos de tiempo concretos. En España, esta escala ha sido validada en diversas muestras para su adaptación española. Moreno, Rodríguez y Escobar (1991) realizaron un estudio en una muestra de 235 sujetos obteniendo que las variables independientes evaluadas eran discriminativas en las tres dimensiones existentes aunque señalaron que la escala de despersonalización

tenía una escasa representación en el número de ítem. Gil-Monte y Peiró (1998, 2000), aplicaron en una muestra de 559 profesionales de diferentes ocupaciones el MBI, realizando un análisis factorial de las tres escalas mostrando una adecuada validez y fiabilidad de la versión adaptada al castellano. Garcés *et al.* (1995) en una muestra de 256 deportistas aplicaron una adaptación al ámbito deportivo del MBI; tras un análisis factorial confirmaron que era un instrumento de medida sensible. Actualmente existen tres versiones del MBI. El *MBI-Human Services Survey (MBI-HSS)* dirigido a los profesionales de la salud; es la versión clásica del MBI y está constituido por tres escalas de las dimensiones descritas por sus autoras. El *MBI Educators Survey (MBI-ES)* es la versión para profesionales de la educación donde la palabra paciente se cambia por alumno y, por último, el *MBI-General Survey (MBI-GS)* presenta un carácter más genérico ya que no es exclusivo para profesionales cuyo objeto de trabajo son personas; mantiene la estructura tridimensional del MBI pero sólo contiene 16 ítem de los 22 iniciales. Moreno *et al.* (2001) analizaron el *MBI-General Survey* en una muestra de 114 sujetos encontrando que las características psicométricas son altamente satisfactorias y se corresponden con exactitud con el modelo teórico presentado por sus autoras. Gil-Monte (2002) analizó la estructura factorial en una adaptación al castellano del mismo en una muestra de 149 policías, concluyendo que el cuestionario se puede considerar válido y confiable en la versión adaptada al castellano.

- *The Staff Burnout Scale for Health Professional (SBS)* de Jones. Está compuesto de 20 ítem con respuesta tipo Lickert que evalúa el *burnout* tal y como lo describen Maslach y Jackson; se puede dividir la escala en cuatro factores: insatisfacción en el trabajo, tensión psicológica e interpersonal, consecuencias negativas del estrés y relaciones no profesionales con los pacientes. Este instrumento ha sido diseñado para los profesionales de la salud, aunque se puede aplicar a otras profesiones. La fiabilidad es buena y las correlaciones encontradas con el agotamiento emocional y despersonalización del MBI son bastante aceptables, mientras que con la escala de logro personal la correlación es baja (Guerrero y Vicente, 2001).
- *Tedium Scales (TS)* de Pines, Aranson y Kafry (1981). Consta de 21 ítem con medidas de cansancio emocional, físico y cogniciones que se valoran con respuesta de tipo Lickert de siete puntos. Uno de los problemas de este cuestionario es que no tiene ninguna asociación explícita con el contexto de trabajo. La medida de tedio comparada con el MBI señala que la fiabilidad del primero es ligeramente superior, pero es más recomendable la utilización del segundo.
- *The Gillespie-Numerof Burnout Inventory (GNBI)* de Gillespie y Numerof (1984). Es un cuestionario de 10 ítem que hacen referencia a sentimientos del trabajo; no se han establecido correlaciones con otras medidas de *burnout* ni con el MBI.
- *Efectos psíquicos del burnout (EPB)* de García (1995). Fue diseñada para la medida del *burnout* en nuestro entorno sociocultural. Consta de 12 ítem con respuesta valorada según una escala tipo Lickert de siete puntos variando su rango desde 1 (nunca) a 7 (siempre).

De todos los instrumentos de autoinforme mencionados el más utilizado y que ha constituido la base del resto de instrumentos es el Inventario de *burnout* de Maslach y Jackson (1986). Entre algunos de los problemas de dicho inventario podemos destacar los siguientes: centra los enunciados en las propias emociones y sentimientos, y en cómo se sienten, pero no hace referencia a las conductas que dejan de hacerse o se hacen cuando surgen dichas emociones y sentimientos (véase ítem 1, 2, 3, 6, 8, 16 y 20 del MBI), algunos términos no son claros conceptualmente, pues pueden variar su significado a nivel individual (véase ítem 3, 13 y 19), la escala de baja realización personal posee un menor número de ítem respecto a las otras dos escalas, no desglosan algunos enunciados en conductas más directas (véase ítem 10 y 11 del MBI), no indica en qué lugar quedarían los valores personales en el ámbito laboral, lo denominan “cosas valiosas” (véase ítem 19) y, finalmente, señalar que se trata de un formato cerrado que no se ajusta a las diversas condiciones que se pueden crear en el ambiente de trabajo que posiblemente mantenga una situación de sufrimiento en una persona.

Prevención y control del *burnout* asistencial

Desde que se comenzó a investigar el *burnout* o síndrome de estar quemado se han desarrollado diversas intervenciones para su control y reducción, así como para mejorar la calidad de vida en el trabajo y su prevención en ese ámbito. Cherniss (1980) menciona cuatro objetivos que se pueden plantear de cara a la intervención: reducir o eliminar las demandas laborales, cambiar las metas, preferencias y expectativas personales, incrementar los recursos de la persona ante las demandas y proveer estrategias acordes a las características del *burnout*. En cuanto a las estrategias o habilidades a fomentar, Mingote (1998) señala que es necesario reconocer que no existe ninguna técnica simple capaz de prevenir o tratar de forma efectiva el *burnout*, sino que se utilizan modelos de intervención de componentes integrados de forma complementaria con técnicas orientadas al individuo junto a técnicas orientadas al ámbito organizacional. Veamos las diferentes estrategias propuestas.

Estrategias orientadas a nivel individual

Respecto a las variables individuales que se deben fomentar para la reducción del síndrome de estar quemado, se debe tener en cuenta que las consecuencias que conlleva esta situación se han dividido clásicamente en tres tipos de aspectos: físicos, emocionales y conductuales. Debido a esto, las intervenciones se han dirigido a éstas de manera global.

Para la reducción del estrés y emociones se han empleado diversas técnicas (Cherniss, 1980; Gil-Monte y Peiró, 1997; Maslach *et al.*, 2001; Ojeda, Ramal, Calvo y Vallespín, 2001; Peiró y Salvador, 1993; Yela, 1996), entre las que cabe destacar las técnicas de relajación, el biofeedback, las técnicas cognitivas como reestructuración cognitiva, resolución de problemas, entrenamiento de la asertividad, fomentar habilidades de afrontamiento y técnicas de autocontrol dirigidas a las consecuencias conductuales. En esta línea, O'Brien (1998) menciona que una forma útil de asesoramiento podría ser entrenar a los trabajadores no sólo a reconocer sus síntomas de estrés sino también las

potenciales fuentes de estrés; se les podría estimular a considerar frecuentemente estresores que ellos podrían cambiar y aquellos estresores que no son susceptibles al cambio. Mickler y Rosen (1994) entrenaron a un grupo de cuidadores sanitarios dándoles instrucciones de cómo enfrentarse a estas situaciones productoras de estrés laboral para evitar el *burnout*, obteniendo que la preparación al estrés era un predictor que atenuaba los efectos del *burnout*. Cabe destacar en este punto, como sugieren Arranz, Barbero, Barreto y Bayés (1997), que el individuo controla el propio ambiente y existen ciertos límites en su organización que no se pueden cambiar, por lo que la aceptación de la realidad es una de las claves que facilita el proceso de adaptación, sin que ello nos impida seguir desarrollando nuestra labor lo mejor que sepamos. Según Maslach *et al.* (2001), las aproximaciones orientadas individualmente para desarrollar efectivas estrategias de afrontamiento o relajación pueden ayudar a aliviar el cansancio emocional, pero no resultan útiles con los otros dos componentes, ya que las estrategias son inefectivas en el lugar de trabajo donde la persona tiene poco control sobre los estresores laborales.

Como reflexión de las estrategias que se han utilizado para solventar este problema, cabe decir que han tenido en cuenta el *burnout* como una conglomeración de trastornos psicológicos tales como ansiedad, depresión, disforia, alteraciones de conducta, etc. en las que se pretende dar una solución eficaz con técnicas que se han utilizado para cada uno de los trastornos, pero insertándolo en un paquete de tratamiento. En cuanto a su eficacia comentar que se necesitarían estudios longitudinales para poder comprobarla así como grupos de control apropiados.

Estrategias orientadas a nivel organizacional

Una gran parte de los elementos organizacionales pueden ser evaluados por los sujetos como estresores, por ello las intervenciones se dirigen a ellos mismos. Tomando como referencia a Cherniss (1980), De la Gángara (2002), León (1998), Maslach *et al.*, (2001) y Peiró y Salvador (1993), podemos enumerar algunos de los cambios que deberían producirse para reducir este fenómeno, algunos de los cuales han sido comprobados empíricamente mientras otros no. Veamos:

- Incrementar la autonomía del trabajo, pasando la responsabilidad y el control sobre el trabajo del supervisor a los propios trabajadores.
- Planificar un horario flexible por parte del trabajador; se debería dar más oportunidades en la elección de los turnos.
- Fomentar la participación de los trabajadores en la toma de decisiones.
- Mejorar los niveles de calidad del ambiente físico de trabajo.
- Enriquecer los trabajos, incorporando en ellos autonomía, retroalimentación, variedad de habilidades, identidad de la tarea y significado de la misma.
- Asignación de tareas al grupo, así como la organización y control del propio trabajo y en su conjunto, proporcionando retroalimentación adecuada de su ejecución.
- Limitar el número de horas de trabajo, así como el número de pacientes que atender.
- Plantearse los objetivos a conseguir en el equipo de trabajo de manera clara.

Este tipo de variables han sido puestas a prueba en diferentes estudios. Por ejemplo, el de Cherniss (1980), en el que a un grupo de enfermeras de reciente colocación que no tenían asignadas pacientes ni responsabilidades, gradualmente se les exponía a seminarios y *workshops* donde se les enseñaba a asumir mayores responsabilidades y se les asignaba pacientes. Las enfermeras eran observadas por supervisoras que recordaban las funciones a asumir. Los resultados indicaron que esta ayuda eliminaba mucho la ambigüedad de rol, falta de autonomía y prevenía el *burnout*. Otro estudio más reciente es el citado por Maslach *et al.* (2001), en el que un grupo de empleados participó en sesiones grupales diseñadas para identificar los problemas que les provocaba el *burnout* en su ocupación laboral y las diferentes estrategias que podían utilizar para reducirlo; en comparación con el grupo control redujeron el cansancio emocional después de la intervención, incluso tras un seguimiento de seis y doce meses.

Perspectivas del síndrome de *burnout*

Partiendo de los conceptos revisados anteriormente deberíamos hacer un análisis crítico de las diversas aportaciones, entre las que cabe destacar las siguientes. Los autores analizan el *burnout* en tres componentes o dimensiones en lugar de analizarlo como un todo. Se da un excesivo interés en los sentimientos, pensamientos, actitudes, estados afectivos, es decir, énfasis en las cogniciones en lugar de dirigirse a las conductas concretas implicadas en cuanto a su aparición o cese en este tipo de situación. Aparecen constructos de personalidad como baja autoestima, desmotivación y sentimientos de fracaso que no son definidos operacionalmente; en esta misma línea surgen conceptos vagos y no definidos operativamente como agotamiento mental, emocional y físico de los que no se desglosan las conductas que hacen surgir esa situación. Consideran que los tres componentes han de existir para poder hablar de *burnout*, es decir, son necesarios para explicarlo, convirtiéndose en conceptos reificados, por ejemplo, se padece *burnout* porque se tiene cansancio emocional, despersonalización y baja realización personal, se tiene cansancio emocional, despersonalización y baja realización personal porque se sufre *burnout*. Finalmente, mencionar que no analizan los antecedentes de esta situación como base de su desarrollo posterior, y entendemos que esta situación no surge de manera espontánea. Habría que ahondar porque se produce en unas personas sí y en otras no siendo la misma situación laboral estresante. Sólo se mencionan variables personales como antecedentes, pero no hay que limitarla a ellas exclusivamente.

Desde otra perspectiva diferente, y a raíz de las críticas que hemos realizado como análisis personal de los conceptos revisados, podemos describir el *burnout* cuando una persona, ante condiciones aversivas fruto de su labor asistencial mantenida durante un largo periodo de tiempo, responde de manera evitativa ante los sentimientos, pensamientos, emociones que le producen malestar y sufrimiento (Hayes, Wilson, Gifford, Follete y Stroschal, 1996). Dicho comportamiento evitativo supone cambios en el modo en que se realiza el trabajo, como por ejemplo en los profesionales sanitarios no implicándose con los pacientes, pasando menos tiempo en la habitación del enfermo, limitando sus palabras hacia el enfermo y familiares, quejándose con mayor frecuencia,

manteniendo un menor contacto físico con el enfermo, no escuchando al enfermo, tardando en acudir a la llamada del paciente, no mostrando interés por el paciente ni su enfermedad, etc. y, en casos extremos, en los que la situación ya no es soportable pidiendo la baja laboral o cambio de servicio hospitalario.

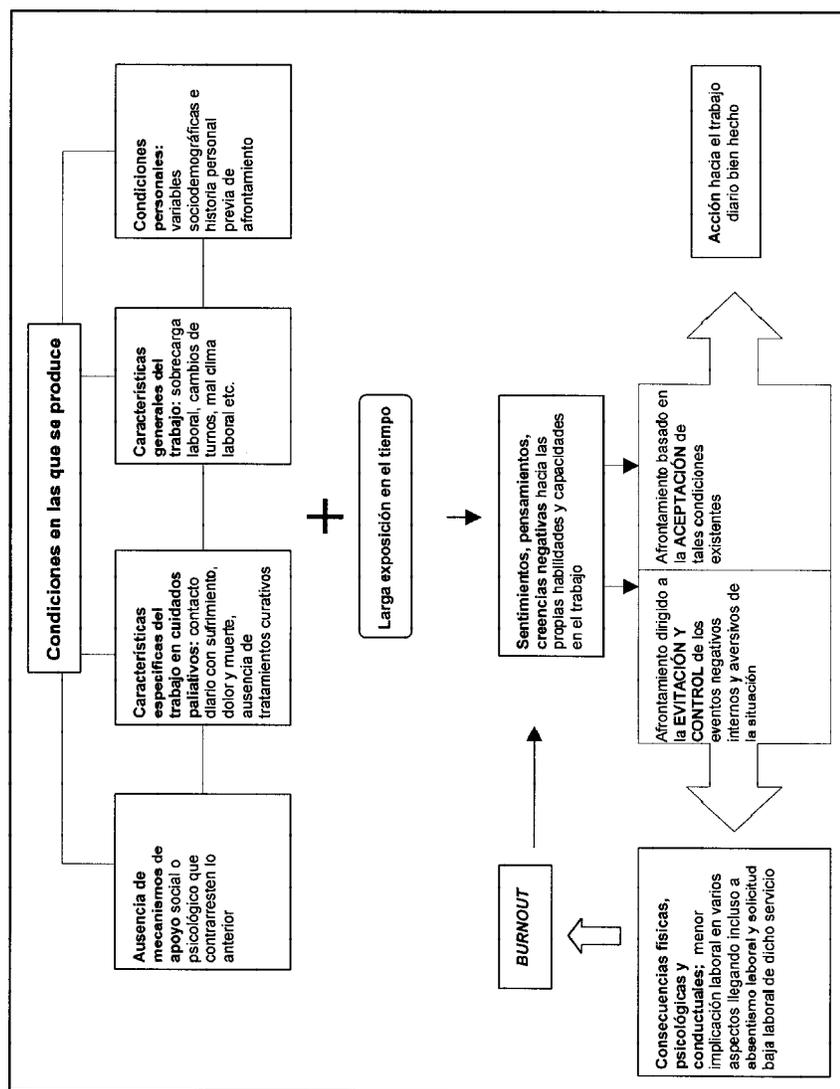
Un análisis de las diferentes propuestas explicativas descritas pone de manifiesto debilidades conceptuales en las mismas, así como posibilidades de reconceptuación del fenómeno y su explicación. Entre las críticas destacamos las siguientes.

- En primer lugar, los modelos explicativos no contemplan los antecedentes del *burnout* como disposiciones previas debido a la historia particular del individuo en condiciones similares, implicadas en el desarrollo del posterior síndrome.
- Los modelos parecen tener un mayor interés en describir la secuencia de aparición de los componentes que en establecer las consecuencias de estar expuesto a tales condiciones en las diferentes áreas vitales, así como el modo en que podría resolverse.
- El propio modo en que se estructuran los diferentes modelos supone no dejar claro cual es la función de cada componente en el desarrollo del problema.

Lo dicho hasta ahora nos sitúa ante el *burnout* como un fenómeno que ha sido definido en términos poco concretos, que parece depender de multitud de variables y a cuya sombra se han propuesto modelos con escaso apoyo empírico. Desde este marco, y desde una perspectiva conceptual centrada en el análisis de conducta y en el análisis clínico de conducta, proponemos el modelo que recoge la Figura 1.

Diferentes condiciones en interacción, tales como a) las condiciones personales (características sociodemográficas e historia particular previa de afrontamiento de situaciones), b) características generales del trabajo que favorecen este tipo de situación, como horario de trabajo irregular debido a la realización de turnos, falta de cohesión en el equipo multidisciplinar, conflicto de rol entre profesionales, clima organizacional jerarquizado, sobrecarga de trabajo y muchos enfermos que atender, individualismo y burocratización en las instituciones sanitarias, condiciones salariales y escasez de formación en habilidades de control de la situación. Además de estas características generales podemos añadir, c) las características específicas que se dan en las unidades o servicios de cuidados paliativos por su situación particular, entre ellas; contacto continuo con el dolor, sufrimiento y muerte, ausencia de tratamiento que permitan la curación de los enfermos, control de situaciones de pesimismo, comunicación de malas noticias a los familiares y ausencia de feedback de calidad del trabajo realizado. Junto con estas características estaría, d) la ausencia de mecanismos que contrarresten dichas situaciones como el apoyo social y psicológico. Si a todo lo anterior le añadimos una larga exposición en el tiempo donde dichas situaciones son mantenidas de forma crónica, el resultado probable de todo ello son pensamientos, sentimientos y creencias negativos acerca de las propias habilidades y capacidades, a la valoración de la tarea, a la consideración de los usuarios, etc. En tales condiciones, los profesionales pueden actuar para eliminar tales sentimientos directamente (estrategia de evitación) o bien pueden adaptarse a las condiciones laborales aceptando las consecuencias emocionales de su exposición al sufrimiento de otros desarrollando la tarea profesional del modo más adecuado posible, o bien pueden desarrollarse estrategias destinadas a evitar los

FIGURA 1. Modelo propuesto para el *burnout* en los profesionales sanitarios.



pensamientos, sentimientos o emociones negativas tratando de controlarlas. Una de las consecuencias más inmediatas de implementar actividades de evitación es la aparición de conductas que van en contra de su labor asistencial tales como una menor implicación en el trabajo, no mostrando empatía con el enfermo, no estar disponible al paciente ante sus necesidades, reducir el contacto físico y proximidad, no mostrando interés por las necesidades y preocupaciones ni vida privada del paciente, no escuchando al paciente ni familiares, no proporcionando mensajes con un lenguaje claro y comprensible además de mostrar un lenguaje no verbal cercano y, en último término, con absentismo laboral y baja laboral. Cuando dicho patrón de comportamiento en el contexto laboral se establece hablamos de *burnout*. A partir de aquí el *burnout* es el problema, en tanto que el trabajo no se hace bien y por tanto no hay consecuencias de reforzamiento posible, mientras que las condiciones aversivas permanecen. En estas condiciones es probable además que aparezcan problemas de salud asociados al estrés.

Un ejemplo del desgaste que se produce en la labor asistencial, dadas sus características particulares, son las unidades de cuidados paliativos. Se centran en proporcionar una atención digna y humana, siendo su objetivo paliar o aliviar los efectos de una enfermedad para proporcionar el máximo confort posible al paciente con enfermedad terminal. De ella se derivan múltiples y cambiantes problemas que aparecen durante la fase terminal que ocasionan un intenso sufrimiento en los pacientes y sus familiares, así como el personal encargado de su cuidado que se enfrenta a ambos, se exige un trato personal y adecuado a cada paciente por parte de sus cuidadores, que no pueden cambiar el tiempo que les queda pero si la calidad de éste; ello conlleva situaciones de gran responsabilidad, actividad laboral dura e impacto emocional que al mantenerse en el tiempo puede derivarse en el denominado síndrome de estar quemado o *burnout*. El síndrome de estar quemado no aparece después de uno o dos episodios de sobrecarga o de especial dificultad, sino que se genera a lo largo de un proceso que puede resultar desconocido al mismo sujeto en el que intervienen características personales, condiciones generales del trabajo, condiciones específicas de la realización de su labor asistencial (tratar con mucha gente, expectativas de fracaso y exceso de estimulación aversiva, escaso control de la situación, ambigüedad de rol, contacto continuo con la muerte y sufrimiento, frustración por no curar, alto grado de implicación, escasa o nula formación de sanitarios en habilidades de comunicación y control de las propias emociones) y la ausencia de mecanismos psicológicos que contrarresten lo anterior.

Esta situación estresante puede llevar a producir en el personal sanitario una serie de consecuencias graves en su salud, tanto física como psíquica, como resultado de un afrontamiento basado en control y evitación de pensamientos y sentimientos negativos, en lugar de un afrontamiento basado en la aceptación de tales condiciones, dando lugar al denominado *burnout* analizado como un todo.

Referencias

- Ader, R. y Cohen, N. (1993). Psychoneuroimmunology: Conditioning and stress. *Annual Review of Psychology*, 44, 53-85.
- Aluja, A. (1997). Burnout profesional en maestros y su relación con indicadores de salud mental. *Boletín de Psicología*, 55, 47-61.

- Álvarez Gallego, E. y Fernández Ríos, L. (1991). El síndrome de burnout o el desgaste profesional (I): Revisión de estudios. *Revista Española de Neuropsiquiatría*, 11, 257-265.
- Apples, A. (1998). Estrés laboral, agotamiento y enfermedad. En J. Buendía (ed.), *Estrés laboral y salud* (pp. 119-128). Madrid: Biblioteca Nueva.
- Arranz, P., Barbero, J., Barreto, P. y Bayés, R. (1997). Soporte emocional desde el equipo interdisciplinario. En L. M. Torres (ed.), *Medicina del dolor* (pp. 389-396). Barcelona: Masson.
- Atance, J. C. (1997). Aspectos epidemiológicos del síndrome de burnout en personal sanitario. *Revista Española de Salud Pública*, 71, 293-303.
- Barnett, R., Brennan, R. T. y Garies, K. (1999). A closer look at the measurement of burnout. *Journal of Applied Biobehavioral Research*, 4, 65-78.
- Barreto, P., Arranz, P., Barbero, J. y Bayés, R. (1997). Intervención psicológica con personas en la fase final de la vida. En V.E. Caballo (ed.); *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos* (Vol. II) (pp. 431-474). Madrid: Siglo XXI.
- Bayés, R. y Borràs, F. X. (1996). Psiconeuroinmunología y salud. En M.A. Simón (ed.), *Manual de Psicología de la Salud. Fundamentos, Metodología y Aplicaciones* (pp. 77-114). Madrid: Biblioteca Nueva.
- Bonet, J. y Luchina, C. (1998). El estrés. La integración central de la respuesta y el sistema de respuestas neuroinmunoendocrinas. En P. Arias, E. Arzt y J. Bonet (ed.), *Estrés y procesos de enfermedad* (pp. 65-93). Buenos Aires: Biblos.
- Borràs, F. X., (1995). Psiconeuroinmunología: efectos del estrés psicológico sobre la función inmune en sujetos humanos sanos. *Ansiedad y Estrés*, 1, 21-35.
- Buendía, J. y Riquelme, A. (1995). Burnout, factores de estrés y locus de control en un grupo de vigilantes de instituciones penitenciarias. *Ansiedad y Estrés*, 1, 195-204.
- Bujalance, J., Villanueva, F., Guerrero, S., Conejo, J., González, A., Sepúlveda, A., Viñas, C., Castro, S. y Martín, F. (2001). Burnout y satisfacción laboral de los profesionales que atienden a pacientes geriátricos. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 1, 32-40.
- Buunk, B., Schaufeli, W. e Ybema, J. (1994). Burnout, uncertainty, and the desire for social comparison among nurses. *Journal of Applied Social Psychology*, 19, 1701-1718.
- Caballero, M. A., Bermejo, F., Nieto, R. y Caballero, F. (2001). Prevalencia y factores asociados al burnout en un área de salud. *Atención Primaria*, 5, 313-317.
- Cano, M. A., García, C., García, E., López, M. y Parera, N. (1996). ¿Está quemada la enfermería? Síndrome de burnout. *Enfermería Intensiva*, 4, 138-146.
- Carauna, A. (1989). *Evaluación del estrés ocupacional en profesionales de la salud*. Tesis doctoral publicada. Alicante: Universidad de Alicante.
- Carmona, F. J., Sanz, L. y Marín, D. (2000). *Síndrome de burnout y reactividad al estrés en una muestra de profesionales de enfermería de una unidad de cuidados críticos*. Recuperado el 19 de septiembre de 2002 de <http://www.spci.org/cic2000/abstracts/028/Burnout.htm>.
- Cebriá, J., Segura, J., Corbella, S., Sos, P., Comas, O., García, M., Rodríguez, C., Pardo, M. J. y Pérez, J. (2001). Rasgos de personalidad y burnout en médicos de familia. *Atención Primaria*, 7, 459-466.
- Chacón, F. y Vecina, M. L. (1996). Motivaciones y burnout en el voluntariado. *Intervención Psicosocial*, 1, 31-43.
- Chacón, F., Vecina, M. L., Barón A. y De Paúl, M. P. (1999). Burnout en voluntarios que trabajan con pacientes de sida o cáncer. *Clínica y Salud*, 2, 137-150.
- Cherniss, C. (1980). *Staff burnout. Job stress in the human services*. Londres: Sage Publications.
- Cohen, S. y Ashby, T. (1985). Stress, social support and the buffering hipotesis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 2, 310-357.

- Cuevas, P., O'Ferrall, F.C. y Crespo, J. (1998). Estudio comparativo de las relaciones entre el estrés laboral y la salud mental en enfermeros de un hospital comarcal. *Enfermería Científica*, 194-195, 31-32.
- De la Fuente, E. I., García, J., Ortega, A. R. y De la Fuente, I. (1994). Salud laboral. Evaluación de burnout en profesionales sanitarios. *Revista de la Facultad de Humanidades de Jaén*, 3, 93-104.
- De la Gárgara, J. (2002). *Burnout en medicina: ¿Qué hacer cuando las cosas se complican?* Actas del XXIV Congreso Nacional Semergen.
- Dean, R. A. (1998). Occupational stress in hospice care: Causes and coping strategies. *American Journal of Hospice Care*, 3, 151-154.
- Díaz, R., Lartigue, T. y Acosta, M. E. (2001). Síndrome de burnout. Desgaste emocional en cirujanos dentistas. *Revista ADM*, 2, 63-67.
- Eastburg, M., Williamson, M., Gorsuch, R. y Ridley, C. (1994). Social support, personality and burnout in nurses. *Journal of Applied Social Psychology*, 14, 1233-1250.
- Escribá, V. y Bernabé, Y. (2002). Estrategias de afrontamiento ante el estrés y fuentes de recompensa profesional en médicos especialistas de la comunidad valenciana. Un estudio con entrevistas semiestructuradas. *Revista Española de Salud Pública*, 76, 595-604.
- Escribá, V., Más, R., Cárdenas, E., Burguete, D. y Fernández, R. (2000). Estresores laborales y bienestar psicológico. *Revista ROL de Enfermería*, 7-8, 506-511.
- Espinosa, E., Zamora, P. y Ordóñez, A. (1995). El síndrome de agotamiento profesional. En González (ed.), *Tratado de medicina paliativa y tratamiento de soporte en el enfermo con cáncer* (pp.1334-1343). Madrid: Panamericana.
- Farber, B. A. (1991). Crisis in education stress and burnout in the american teacher. En M. A. Manassero (ed.), *Burnout en profesores: impacto sobre la calidad de la educación, la salud y las consecuencias para el desarrollo profesional*. Memoria final de investigación. Madrid: MEC-CIDE.
- Flórez, J. A. (2002). *Signos de alarma para el burnout: una perspectiva integral para el autocontrol* (pp. 31-38). Actas del XXIV Congreso Nacional Semergen.
- Folkman, S. y Lazarus, R. S. (1985). If it changes it must be a process: Study of emotion and coping during three stages of a college examination. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1, 150-170.
- Fornés, J. (1998). *Estrés laboral y personal de enfermería: causas, emociones y posibles predictores*. Tesis doctoral publicada. Illes Balears: Servicio de Publicaciones Universidad de les Illes Balears.
- Freudenberger, H. J. (1974). Staff burnout. *Journal Social Issues*, 30, 159-165.
- Garcés, E. J. (1995). Burnout en niños y adolescentes: un nuevo síndrome en psicopatología infantil. *Psicothema*, 1, 33-40.
- Garcés, E., García, C. y Martínez, F. (1995). Factorización de un cuestionario de burnout en una muestra de deportistas. *Psicologemas*, 17, 93-107.
- García, M. (1990). Burnout profesional en organizaciones. *Boletín de Psicología*, 29, 7-27.
- García, M. (1995). Evaluación del burnout: estudio de la fiabilidad, estructura empírica y validez de la escala EPB. *Ansiedad y Estrés*, 2-3, 219-229.
- García, M., Saéz, M. C. y Llor, B. (2000). Burnout, satisfacción laboral y bienestar en personal sanitario de salud mental. *Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 1, 215-228.
- García, M., Sobrido, N., García, M., Raña, C. y Saleta, J. L. (1999). El síndrome burnout en profesionales de enfermería. *Enfermería Científica*, 202-203, 61-64.
- Garza, M. E., León, M. A., Estada, M. T., López, M. G., Urbano, M. E., Salinas, A. M. y Villareal, E. (1999). Ansiedad laboral en personal de enfermería. *Atención Primaria*, 3, 116-119.

- Gil Roales-Nieto, J. y López, F. (2001). Estrés y salud. En J. Gil Roales-Nieto (ed.), *Manual de Psicología de la salud, volumen II. Comportamiento y salud/enfermedad* (pp. 187-231). Granada: Ediciones Némesis.
- Gillespie, D. F. y Numerof, R. E. (1984). *The Gillespie-Numerof Burnout Inventory: Technical manual*. St. Louis: Washington University.
- Gil-Monte, P. R. (1991). Una nota sobre el concepto de “burnout”, sus dimensiones y estrategias de afrontamiento. *Informació Psicológica*, 46, 4-7.
- Gil-Monte, P. R. (2001). Falta de reciprocidad en los intercambios sociales como antecedente del “síndrome de quemarse por el trabajo” (burnout) en profesionales de enfermería: un estudio longitudinal. *Revista de Psicología Social Aplicada*, 1, 21-31.
- Gil-Monte, P. R. (2002). Validez factorial de la adaptación al español del Maslach Burnout Inventory-General Survey. *Salud Publica de México*, 1, 33-40.
- Gil-Monte, P. R. y Peiró, J. (1996). Un estudio sobre antecedentes significativos del “síndrome de quemarse por el trabajo” (burnout) en trabajadores de centros ocupacionales para discapacitados psíquicos. *Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 1, 67-80.
- Gil-Monte, P. R. y Peiró, J. (1997). *Desgaste psíquico en el trabajo: el síndrome de quemarse*. Madrid: Síntesis.
- Gil-Monte, P. R. y Peiró, J. (1998). A study on significant sources of the “burnout syndrome” in workers at occupational centres for the mentally disabled. *Psychology in Spain*, 1, 116-123.
- Gil-Monte, P. R. y Peiró, J. (1999). Perspectivas teóricas y modelos interpretativos para el estudio del síndrome de quemarse por el trabajo. *Anales de Psicología*, 2, 261-268.
- Gil-Monte, P. R. y Peiró, J. M. (1999). Validez factorial del Maslach Burnout Inventory en una muestra multiocupacional. *Psicothema*, 3, 679-689.
- Gil-Monte, P. R. y Peiró, J. (2000). Un estudio comparativo sobre criterios normativos y diferenciales para el diagnóstico del síndrome de quemarse por el trabajo (burnout) según el M.B.I.-HSS en España. *Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 2, 135-149.
- Gil-Monte, P. R., Peiró, J. y Valcárcel, P. (1995). *A causal model of burnout process development: An alternative to Golembiewski and Leiter models*. Trabajo presentado en el Seventh European Congress on Work and Organizational Psychology. Győr (Hungría).
- Giménez, V. M. (2000). El fenómeno del “burnout” en las profesiones de ayuda. *Revista de Trabajo Social*, 159, 65-102.
- Gold, Y. (1984). Burnout: A mayor problem for the teaching profession. *Education*, 3, 271-274.
- Golembiewski, R., Boudreau, R., Goto, K. y Murai, T. (1993). Transnational perspective on job burnout: Replication of phase model results among japanese respondents. *International Journal of Organizational Analysis*, 1, 7-27.
- Golembiewski, R., Munzenrider, R. y Carter, P. (1988). Phases of progressive burnout and their work site covariants. En P.R. Gil-Monte, P. R. y J. Peiró, J. (eds.), *Desgaste psíquico en el trabajo: el síndrome de quemarse*. Madrid: Síntesis.
- Gómez, A., León, J. M., Durán, M. C., López, M., Carrasco, A. M. y Moreno, P. (1991). Evaluación del estrés percibido en el personal hospitalario respecto a los factores grupales y organizativos. *Apuntes de Psicología*, 4, 30-33.
- González, R. (2002). *Prevenir el síndrome de burnout: una propuesta cognitiva*. Actas del XXIV Congreso Nacional Semergen.
- González-Roma, V., Ripol, P., Caballer, A., Ferreres, A., Gil, P. y Peiró, J. M. (1998). Comparación de modelos causales sobre la experiencia de burnout. Un estudio multimuestra. *Ansiedad y Estrés*, 1, 81-95.
- Graham, J., Ramirez, A., Cull, A. y Finlay, I. (1996). Job stress and satisfaction among palliative physicians. *Palliative Medicine*, 3, 185-194.

- Guerrero, E. (2001). Una investigación con docentes universitarios sobre el afrontamiento del estrés laboral y el síndrome del "quemado". *Revista Iberoamericana de Educación*, 1, 1-22.
- Guerrero, E. y Vicente, F. (2001). *Síndrome de "burnout" o desgaste profesional y afrontamiento del estrés en el profesorado*. Extremadura: Servicio de publicaciones de la Universidad de Extremadura.
- Harrison, W. D. (1983). A social competence model of burnout. En A. Faber (ed.), *Stress and burnout in the human services professions* (pp. 29-39). Nueva York: Pergamon Press.
- Hayes, S. C., Wilson, K. G., Gifford, E. V., Follete, V. M. y Stroschal, K. (1996). Experiential avoidance and behavior disorder: A functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 1152-1168.
- Iverosn, R., Olekaslms, M. y Erwin, P. (1998). Affectivity, organizational stressors and absenteeism: A causal model of burnout and its consequences. *Journal of Vocational Behavior*, 52, 1-23.
- Koniarek, J. y Durek, B. (1996). Social support as a buffer in the stress burnout relationship. *Internacional Journal of Stress Management*, 2, 99-106.
- Leiter, M. P. (1989). Conceptual implications of two models of burnout. A response to Golembieswski. *Group and Organization Studies*, 1, 15-22.
- Leiter, M. P. y Maslach, C. (1988). The impact of interpersonal environment on burnout and organizational commitment. *Journal of Organizational Behavior*, 4, 297-308.
- León, J. M. (1998). Prevención de los riesgos laborales por causa de la carga mental y el estrés psicosocial. En V. Aznar (ed.), *Salud laboral. Un debate permanente* (pp. 265-291). Madrid: SATSE.
- Lim, V. K. G. y Yuen, E. (1998). Doctors, patients, and perceived job image: An empirical study of stress and nurses in Singapore. *Journal of Behavioral Medicine*, 3, 269-282.
- López, J. J. (1996). El desgaste ocupacional en el personal sanitario que trabaja con enfermos afectados por el virus de la inmunodeficiencia humana. *Folia Neuropsiquiatria*, 31, 39-55.
- Lozano, A. y Montalbán, M. (1999). Algunos predictores psicosociales de burnout. *Gestión Hospitalaria*, 2, 66-74.
- Manzano, G. (1997). *Estrés en personal de enfermería*. Tesis doctoral publicada. Bilbao: Universidad de Deusto.
- Manzano, G. y Ramos, F. (2000). Enfermería hospitalaria y síndrome de burnout. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 2, 197-213.
- Marquinez, F. y Ayala, A. (1995). Estrés ocupacional: un problema capital. *Capital Humano*, 79, 36-39.
- Maslach, C. y Jackson, S. (1986). *Maslach Burnout Inventory Manual*. Palo Alto California: Consulting Psychology Press.
- Maslach, C., Schaufeli, W. B. y Leiter, M. (2001). Job burnout. *Annual Review of Psychology*, 59, 379-422.
- Matud, M. P., De Abona, M. y Matud, M. J. (2002). Estrés laboral y salud en el profesorado: un análisis diferencial en función del género y del tipo de enseñanza. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud/International Journal of Clinical and Health Psychology*, 3, 451-465.
- Menezes, V. A. (2000). *El estrés laboral (burnout) en cuidadores formales de ancianos*. Tesis doctoral publicada. Salamanca: Universidad de Salamanca.
- Mickler, S. y Rosen, S. (1994). Burnout in spurned medical caregivers and the impact of job expectancy training. *Journal of Applied Social Psychology*, 23, 2110-2131.

- Mingote, J. C. (1998). Síndrome burnout o síndrome de desgaste profesional. *Formación Médica Continua*, 8, 493-508.
- Montalbán, F. M., Durán, M. A. y Bravo, M. (2000). Autorreferencialidad y síndrome de burnout. *Apuntes de Psicología*, 1, 77-95.
- Moreno, B. (1998). El estrés laboral asistencial y la salud: los procesos de personalidad. En XI Jornadas Internacionales sobre Psicología clínica y salud. *Empleo, estrés y salud*. Murcia: Universidad de Murcia.
- Moreno, B., Oliver, C. y Aragoneses, A. (1991). El "burnout", una forma específica de estrés laboral. En G. Buela Casal y V.E. Caballo (eds.), *Manual de Psicología Clínica Aplicada* (pp. 271-284). Madrid: Siglo XXI.
- Moreno, B. y Peñacoba, C. (1996). El estrés asistencial en los servicios de salud. En M. A. Simón (ed.), *Manual de Psicología de la Salud. Fundamentos, Metodología y Aplicaciones* (pp. 739-761). Madrid: Biblioteca Nueva.
- Moreno, B., Rodríguez, R. y Escobar, E. (2001). La evaluación del burnout profesional. Factorialización del M.B.I.-GS. Un análisis preliminar. *Ansiedad y Estrés*, 1, 69-77.
- Muñoz, M. J., Gómez, C., García, I., Bono, M. y Pérez, F. (2001a). "Burnout" en el personal sanitario de enfermería del distrito "Agrupación Centro Almería". En G. Aguilera (ed.), *Enfermería y salud laboral: "Un enfoque hacia el futuro"* (pp. 133-138). Almería: Universidad de Almería Servicio de Publicaciones.
- Muñoz, M. J., López, S., Fernández, B., Medina, M. I., Pérez, I. y Torrente, M. J. (2001b). Estudio sobre "burnout" en la U.C.I. Hospital Torrecárdenas de Almería. En G. Aguilera (ed.), *Enfermería y salud laboral: "Un enfoque hacia el futuro"* (pp. 189-195). Almería: Universidad de Almería Servicio de Publicaciones.
- Narayanan, L., Menon, S. y Spector, P. (1999). Stress in the workplace: A comparison of gender and occupations. *Journal of Organizational Behavior*, 20, 63-73.
- O'Brien, G. (1998). El estrés laboral como factor determinante de la salud. En J. Buendía (ed.), *Estrés laboral y salud* (pp. 61-77). Madrid: Biblioteca Nueva.
- Ojeda, B., Ramal, J., Calvo, F. y Vallespín, R. (2001). Estrategias de afrontamiento al estrés y apoyo social. *Psiquis*, 3, 155-168.
- Olabarria, B. (1995). El síndrome de "burnout" ("quemado") o del cuidador descuidado. *Ansiedad y Estrés*, 2-3, 189-194.
- Olmedo, E. (1996). *Personalidad y afrontamiento. Determinante del síndrome estar quemado en profesionales de enfermería*. Tesis doctoral publicada. Santa Cruz de Tenerife: Universidad de La Laguna.
- Olmedo, M. S., García, I. y Morante, L. (1998). Burnout en profesionales de salud mental. *Anales de Psiquiatría*, 2, 48-55.
- Olmedo, M., Santed, M. A., Jiménez, R. y Gómez, M. D. (2001). El síndrome de burnout: variables laborales, personales y psicopatologías asociadas. *Psiquis*, 3, 117-129.
- Parkes, K. R. (1984). Locus of control, cognitive appraisal, and coping in stressful episodes. *Journal of Personality and Social Psychology*, 3, 655-668.
- Parkes, K.R. (1998). Estrés, trabajo y salud: características laborales, contexto ocupacional y diferencias individuales. En J. Buendía (ed.), *Estrés laboral y salud* (pp. 79-109). Madrid: Biblioteca Nueva.
- Peiró, J. M. (1993). *Desencadenantes del estrés laboral*. Madrid: Eudema.
- Peiró, J. M. y Salvador, A. (1993). *Control del estrés laboral*. Madrid: Eudema.
- Pines, A. y Aronson, E. (1988). *Career burnout: Causes and cures*. Nueva York: Free Press.
- Pines, A. M., Aronson, E. y Kafry, D. (1981). *Burnout: From tedium to the personal growth*. Nueva York: Free Press.

- Quevedo, M. P., Delgado, C., Fuentes, J. M., Salgado, A., Sánchez, T., Sánchez, J. F. y Yela. (1997). Relación entre “despersonalización” (burnout) trastornos psicofisiológicos, clima laboral y tácticas de afrontamiento en una muestra de docentes. *Estudios de Psicología*, 63-64, 87-107.
- Quick, J. C. y Tetrick, L. (2003). *Handbook of occupational health psychology*. Washington: American Psychological Association.
- Rout, U. (1998). Occupational stress in health professionals. En XI Jornadas Internacionales sobre Psicología clínica y salud. *Empleo, estrés y salud*. Murcia: Universidad de Murcia.
- Tello, S., Tolmos, M. T., Váñez, R. y Vázquez, M. E. (2002). *Estudio del síndrome de burnout en los médicos internos residentes del Hospital clínico de San Carlos*. Recuperado el 18 de septiembre de 2002 de http://www.ucm.es/info/dosis/Preventiva/jor_8/s1/s8_04.htm.
- Torrado, V., Fernández-Ríos, L. y Martínez, M. C. (1996). Estrés laboral y estado de salud entre psicólogos clínicos y psiquiatras. *Clínica y Salud*, 2, 163-180.
- Tortella-Feliu, M. (2001). *L'estrés ocupacional en els mestres d'escola*. Palma de Mallorca: Servicio de publicaciones de la Universidad de Islas Baleares.
- Trujillo, H., Oviedo-Joekes, E. y Vargas, C. (2001). Avances en Psiconeuroinmunología. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud/International Journal of Clinical and Health Psychology*, 3, 413-474.
- Turnipseed, D. (1994). An analysis of the influence of work environment variables and moderators on the burnout syndrome. *Journal of Applied Social Psychology*, 9, 782-800.
- Vachon, M. (2000). Burnout and symptoms of stress in staff working in palliative care. En H. Chochinov (ed.). *Handbook of psychiatry in palliative medicine* (pp. 303-319). Londres: Oxford University Press.
- Wright, T. A. y Bonett, D. (1997). The contribution of burnout to work performance. *Journal of Organizational Behavior*, 18, 491-499.
- Yela, J. R. (1996). Desgaste emocional, estrategias de afrontamiento y trastornos psicofisiológicos en profesionales de la enseñanza. *Boletín de Psicología*, 50, 37-52.
- Zapf, D., Seifert, C., Schmutte, B., Mertini, H. y Holz, M. (2001). Emotion work and job stressors and their effects on burnout. *Psychology and Health*, 5, 527-545.
- Zellars, K., Perrewe, P. y Hochwarter, W. (2000). Burnout in health care: The role of the five factors of personality. *Journal of Applied Social Psychology*, 8, 1570-1598.
- Zoccalli, R., Campolo, D., Caroccio, C., Cedro, C., Muscatello, M. R. A. y Pandolfo, G. (1999). *Il burnout e l'emozione rabbia*. Recuperado el 19 de septiembre de 2002 de http://sopsi.archicoop.it/Rivista/1999/vol5-3/zoc_sum.htm.
- Zurriaga, R., Ramos, J., González-Romá, V., Espejo, B. y Zornoza, A. (2000). Efecto de las características del puesto de trabajo sobre la satisfacción, el compromiso y el absentismo en organizaciones sanitarias. *Revista de Psicología Social Aplicada*, 3, 85-98.