

FARMACIA HOMEOPÁTICA
SANTA CLARA, VILLA CLARA

ARTÍCULO DE REVISIÓN

SÍNDROME DE DESGASTE PROFESIONAL (BURNOUT).

Por:

Dr. Jomo Kenyata Moré Chang

Especialista de I Grado en Medicina Física y Rehabilitación. Master en Medicina Bioenergética y Natural. Diplomado en Homeopatía y Terapia Floral. Instructor. ISCM-VC.

Resumen

La característica principal del síndrome de desgaste profesional o burnout es el agotamiento emocional y el escepticismo que manifiestan los profesionales de las denominadas profesiones de ayuda, en el ejercicio de su actividad laboral. En este artículo se revisa el estado actual del síndrome, se incluyen síntomas y signos, los modelos teóricos que lo explican, los métodos para establecer su diagnóstico y las posibles pautas terapéuticas enmarcadas en la prevención y el uso de la terapia floral y la homeopatía.

Descriptor DeCS:

AGOTAMIENTO PROFESIONAL

Subject headings:

BURNOUT, PROFESSIONAL

La salud laboral es en la actualidad un importante indicador para el aumento del bienestar y la calidad de vida. Toda actividad profesional implica la exposición a estímulos estresantes, que potencian la inadaptación y afectan la salud. La actividad profesional que envuelve el campo de la enseñanza, los servicios sociales y el cuidado de la salud, por ejemplo, está marcada por una característica innegable de la que hemos oído hablar en expresiones como: "No se hace por dinero", "es vocacional", las que tienen en común que no constituyen algo externo al individuo, sino que van mucho más allá de lo mecánico, para involucrar a todo el ser humano que la realiza¹⁻³. La actividad de estos profesionales implica un compromiso personal, una interacción directa y prolongada en el tiempo, con los problemas y preocupaciones de los destinatarios de sus servicios. A menudo, esta interacción se centra en problemas actuales, cargados de muy diversos sentimientos: preocupaciones, miedos, rechazo, odios, desesperanza, cuya solución no siempre es fácil, si de aumentar la carga de estrés existente durante las interacciones se trata^{4,5}.

Algunos autores han descrito el trabajo asistencial como "una interacción social asimétrica, en la que existe con frecuencia una relación emocional y confianza en el trabajador, y en la que el fracaso con el cliente es visto como un error del trabajador y no de los instrumentos o de la naturaleza del problema"⁶.

El estrés se define como "el proceso originado, tanto en el ambiente exterior como en el interior de la persona, que implica un apremio o exigencia sobre el organismo, y cuya resolución o manejo requiere el esfuerzo de los mecanismos psicológicos de defensa, antes de que sea activado ningún otro sistema"; afecta de forma adversa, cuando el umbral de tolerancia es sobrepasado de manera consistente. Sin embargo, cierta dosis de estrés parece ser necesaria para que el desarrollo y adaptación procedan con normalidad, porque, paradójicamente, la estimulación insuficiente

también constituye una fuente nociva de estrés; es preciso tener en cuenta, además, que el estímulo "en general" no produce estrés, sino que tal experiencia estará mediatizada por la reactividad individual y el estado en que se encuentra la persona al momento de responder a situaciones estresantes. Estas influyen en su capacidad de adaptación y han sido definidas como: "el conjunto de pautas de respuestas neurovegetativas, cognitivas, conductuales y emocionales, características del individuo ante tales situaciones", cuantificadas en el índice de reactividad al estrés (IRE), marcador inespecífico de vulnerabilidad ante el mismo⁷⁻¹³.

El término vulnerabilidad, vinculado al estudio del estrés psicológico y la adaptación humana, es entendido como la "suficiencia de recursos físicos, psicológicos y sociales que dispone el individuo para hacer frente a las demandas adaptativas del medio"; sin embargo, la insuficiencia es condición necesaria pero no suficiente para la vulnerabilidad psicológica, pues sólo si la demanda está relacionada con algo que le importa de forma particular, lo convertirá en vulnerable; o sea, que estará determinada más bien por la relación entre la importancia que las consecuencias tengan para el individuo y los recursos de que dispone para evitar la amenaza de las mismas, porque el estrés es una percepción individual, de manera que lo que para una persona supone un desafío excitante, para otra puede representar un problema abrumador¹⁴⁻¹⁶.

De esta manera, en el estudio del estrés se tendrán en cuenta tres grandes grupos de factores o variables:

- Factores estresantes propios del medio o factores externos del estrés.
- Factores propios del individuo o factores internos.
- Factores moduladores que condicionan o modifican la interacción entre los factores internos y externos, como el apoyo social o los estados afectivos de tipo depresivo¹⁷.

El síndrome que nos ocupa, el de "estar desgastado por el trabajo", responde a un estrés laboral cronicado, que afecta fundamentalmente a los profesionales relacionados con usuarios de diferentes servicios: Burnout es el término anglosajón que describe este proceso desde mediados de los años 70, y fue tomado por la Psicología del mundo del atletismo, que lo utilizaba para reflejar el estado en el cual la persona no conseguía los resultados esperados, después de un entrenamiento a fondo¹⁸⁻²⁰.

La primera descripción se realizó en 1974 por Herbert Freudenberger, como un conjunto de síntomas que aparecen en el ambiente laboral y son el resultado de una demanda profesional excesiva¹⁸.

El síndrome de desgaste profesional es más frecuente en las personas que viven solas, y se discute la influencia de la edad y el sexo, aunque se presenta más en mujeres jóvenes profesionales. La carga laboral parece tener un papel muy relevante, frente a la cual la capacidad de adaptación del individuo es variable. El número de horas de trabajo semanales y anuales se correlacionan directamente con su frecuencia de aparición, pues se observa menos en aquellos individuos cuya dedicación es parcial. Las personas que tienen una mayor experiencia profesional, se dedican a labores de gestión, participan activamente en las comisiones del centro, y disponen de cierta autonomía profesional, parece que desarrollan con menor frecuencia el síndrome.

Una insuficiente preparación en habilidades de comunicación interpersonal contribuye a la aparición del problema. La afección parece ser igualmente frecuente entre los profesionales perfeccionistas y muy competentes²⁰⁻²³.

Por la naturaleza estresante de estos trabajos, aparecen sentimientos directamente mediatizados por las vivencias que experimentan sus clientes, usuarios o beneficiarios; de ahí, que este contacto diario favorece la acumulación de estrés crónico que puede llegar a agotar emocionalmente a los profesionales, a conducirlos a un situación extrema y, finalmente, a "agotarlos" o a hacerlos enfermar y a buscar mecanismos de huida de la actividad, lo que la bibliografía anglosajona denomina como burnout²⁴.

La mayor parte de los autores coinciden en identificar este síndrome como "un estrés laboral asistencial que afecta a los profesionales de diferentes ramas, que generalmente mantienen un tiempo considerable en intensa implicación con personas que a menudo se encuentran en una situación problemática y donde la relación puede estar cargada de sentimientos de turbación, frustración, temor o desesperación"¹⁸⁻²⁵.

El desgaste profesional puede conceptualizarse en función del estrés engendrado por la interacción de múltiples factores: culturales, ocupacionales, educacionales y personales, entre otros.

Los primeros, por la progresiva ruptura de la cohesión de la comunidad, aumentan la demanda de la implicación del profesional, un mayor escrutinio público de los servicios y una menor confianza y apoyo a su labor, lo que se agrava por la insuficiencia de recursos y del presupuesto asignado a tales fines.

El factor ocupacional se expresa en la mayor susceptibilidad al agotamiento extremo de aquellos profesionales que prestan atención directa a las necesidades de las personas (médicos, psicólogos, asistentes sociales y profesores), por el desarrollo de interacciones competitivas y conflictivas, en lugar de cooperativas y de apoyo; por la presencia de líderes negativos que reducen la autonomía del trabajador; la ausencia de criterios definidos que posibiliten la valoración de logros, objetivos y éxitos; asimismo, la baja retribución percibida, las menores posibilidades de promoción o las oportunidades de ascenso limitadas a tareas administrativas, que los desvinculan del objeto principal de su misión; el poco apoyo y reconocimiento de la comunidad, el volumen de trabajo y las presiones para hacerlo, así como la falta de información de los fines sociales de su labor y de su propia misión en ellos.

Desde el punto de vista educacional, el problema está dado en el hecho de que los docentes, alejados de las realidades prácticas del trabajo en la formación de los futuros profesionales, crean una falsa expectativa con respecto al desempeño, y fallan al no preparar a sus alumnos para tolerar frustraciones, incertidumbres y estreses inevitables en cualquier profesión, los que luego se resisten a solicitar ayuda ante los obstáculos, y los atribuyen a su falta de competencia profesional. A esta variable se adicionan la falta de entrenamiento en habilidades prácticas y en técnicas de autocontrol emocional, así como el dominio de la propia ansiedad, factores todos contribuyentes al desgaste emocional.

Por último, factores de tipo personal predisponen al profesional a experimentar desgaste. Sea cual sea el tipo de personalidad, se considera que es el tipo obsesivo compulsivo el más predispuesto; son aquellos individuos más dedicados y entusiastas, "adictos al trabajo", los que presentan un mayor riesgo; básicamente caracterizados por autoimponerse presiones en relación con unas expectativas exageradas sobre el cometido del propio trabajo y de sí mismos; identificados e involucrados excesivamente con los usuarios de sus servicios, lo que implica frecuentes experiencias de pérdidas y de disgusto por la comprobación de la diferencia entre el nivel ideal y real de su trabajo; ello hace también que basen su autoestima únicamente en la consecución de sus metas y, además, tienen dificultades para actuar con decisión ante los problemas humanos, así como para permitirse cometer errores^{19,23-25}.

Evidentemente, "el burnout no es cualquier tipo de estrés"; lo diferencia el hecho de ser un estrés crónico, experimentado en el contexto laboral, producto de una interacción negativa que desborda y agota al profesional su capacidad de reacción adaptativa, al no disponer de los recursos adecuados para amortiguar el estrés que su trabajo implica, y experimentan una constelación de síntomas ante las demandas laborales¹⁸⁻²⁵.

Este proceso, cuyo diagnóstico es difícil de realizar por ser un "patrón sutil de síntomas, conductas y actitudes únicas en cada persona"²², se caracteriza por un agotamiento físico y psíquico, con sentimientos de impotencia y desesperanza, extenuación emocional, con un autoconcepto negativo y actitudes negativas hacia el trabajo, la vida y los demás, evidenciado en un trato frío y despersonalizado hacia las otras personas, y un sentimiento de inadecuación hacia las tareas que debe realizar.

La bibliografía médica del burnout ofrece varios modelos para su explicación, pero la mayoría de los autores reconocen tres dimensiones fundamentales: el cansancio emocional –su rasgo fundamental– o lo que es lo mismo, la sensación de no poder dar más de sí mismo; la despersonalización, que surge por la necesidad de protegerse de la sensación de impotencia que genera el cansancio emocional, y se manifiesta en la necesidad de aislarse de los demás, adoptando una actitud impersonal hacia los destinatarios de su servicio y sus compañeros de trabajo, mostrándose cínico, distanciado, valorando despectivamente a sus usuarios o culpándolos de sus frustraciones, con una progresiva fractura de su compromiso laboral.

Estos mecanismos, aunque neuróticos, son recursos que suponen para él una forma de aliviar la tensión, adaptándose a la situación y restringiendo el grado de relación con las demás personas²⁴.

El tercer rasgo esencial es el sentimiento de inadecuación personal y profesional al puesto de trabajo, como falta de realización profesional que surge al comprobar que las demandas que se le hacen exceden su capacidad para atenderlas debidamente, y puede aparecer encubierto por una sensación paradójica de omnipotencia, que da la impresión de que su interés y dedicación son inagotables al redoblar sus esfuerzos para afrontar las situaciones^{24,25}.

Sin embargo, la autocrítica del nivel de realización personal conduce a la adquisición de nuevas formas y perspectivas de evaluación de la situación, y a la búsqueda de modos de afrontamiento más efectivos.

Es importante considerar que estos tres síntomas o dimensiones descritos para el fenómeno del burnout, transcurren a lo largo de unas etapas definidas y observables, clasificadas como:

- El entusiasmo: Período inicial matizado por altas expectativas, esperanzas y una alta energía, donde el trabajo lo es "todo", con una identificación excesiva e ineficaz de energía.
- El estancamiento: Donde se jerarquiza la satisfacción de las propias necesidades, fuera ya del entorno laboral, y el trabajo pasa a otro plano menos importante.
- La frustración: En la que se comparan la propia valía y la del trabajo, y en la que los límites impuestos por éste comienzan a amenazar los propósitos, aparecen los problemas emocionales, físicos y conductuales y deviene la apatía, donde "el trabajo es sólo el trabajo", y se invierten en él un mínimo de esfuerzo y un tiempo insuficiente, se evita a los usuarios y se continúa únicamente por la seguridad que éste proporciona.

Entre las conductas o actitudes que se correlacionan causalmente con el síndrome, se hallan: la adicción al trabajo como única fuente de autorrealización y la dificultad para relajarse y disfrutar de la vida; el agotamiento emocional, por la competencia o el deseo de representar un papel que acaba agotando adrenalmente al profesional; la pérdida de la motivación por el trabajo, aun cuando se quiera dar una impresión diferente; la impaciencia y la dificultad para tolerar ritmos y maneras de reaccionar ajenas, que impiden o limitan la actuación en equipos, como vía para compartir responsabilidades y experiencias estresantes; los sentimientos de dependencia, la dificultad para poner límites a la autoridad de los otros sobre sí y la tendencia a llevar la carga de quienes están en mejores condiciones para hacerlo; el agotamiento por exceso de responsabilidad y el sentimiento de culpa, por la identificación con el fracaso en las tareas y las atribuciones indebidas, para permitir que las expectativas y la satisfacción laboral dejen de ser exclusivamente dependientes del progreso del usuario y tengan más que ver con su competencia personal¹⁹⁻²⁵.

Obviamente, las principales fuentes causales de este síndrome son la organización laboral-institucional y determinadas características personales, matizadas por el contacto continuo y frecuente con el público. Llegado este momento, lo más preocupante es descubrir "que la mayor parte de los estudios se limitan a su caracterización y, la menor, al diseño de estrategias de prevención y al mejoramiento de la calidad de vida del personal susceptible", sobre todo, mediante el entrenamiento y aprendizaje de determinadas estrategias de afrontamiento, lo que es comprensible si se tiene en cuenta la necesidad de lograr una plena caracterización de un fenómeno tan conceptualmente controvertido, que demanda ya el paso de las investigaciones descriptivas o comprobativas a las evaluaciones de intervenciones y su consecuente generalización^{20,23,25}.

En los profesionales de la salud, dos factores parecen especialmente influyentes: el nivel de necesidad emocional de los pacientes y las características organizacionales del propio trabajo. Mientras mayores sean las demandas reales de los pacientes, mayor es la probabilidad de aparición del síndrome. A esto se unen las propias condiciones del trabajo, el reconocimiento del mismo y los recursos accesibles en su ejercicio²⁶.

Diversas características personales y sociales del sector de la salud, y en particular de los médicos, parecen ser condiciones propicias también para la instauración del proceso:

- "Imagen social del médico como hombres de hierro", capaces de soportar situaciones difíciles con el mayor autocontrol.
- Factores estrictamente personales, como personalidades caracterizadas por la obsesión profesional, falta de búsqueda de satisfacciones y sentimiento de indispensabilidad, es decir, restricción personal al mundo profesional.

- Otros factores también han sido encontrados: insatisfacción marital, relaciones familiares empobrecidas e ideas irreales sobre la práctica médica²⁶⁻³⁹.

Es necesario enfatizar en la importancia de educar y preparar para la práctica médica a los futuros profesionales, no sólo desde el punto de vista cognoscitivo, sino también en la esfera emocional, trabajando en la educación de su personalidad, preparándolos para las difíciles situaciones que tendrán que afrontar con recursos limitados, y en las que su optimismo, capacidad de tomar decisiones, desinterés y altruismo serán sus principales recursos^{26,30-39}.

El síndrome de burnout constituye un problema de salud sobre el cual puede trabajarse de forma preventiva mejorando, además, las condiciones organizativas y laborales donde nos desempeñamos^{27,28,35-39}.

Se describen importantes correlaciones entre burnout y depresión, debido a que ambos comparten grupos de síntomas, como: sentimientos de inadecuación, inutilidad, vacío, tristeza, indefensión; no obstante, el burnout es un fenómeno social que tiene implicaciones en el ámbito laboral y no clínico, como la depresión. Otros autores hacen hincapié en que los síntomas del burnout, al menos inicialmente, tienden a darse en una situación específica (desmoralización o desgaste en una esfera de su vida, pero no en todas); por el contrario, los síntomas del trastorno depresivo tienden a manifestarse en múltiples situaciones vitales⁴⁰.

Existen otras situaciones similares al burnout; generalmente el tedio o aburrimiento en el trabajo resulta de cualquier presión o falta de innovación, mientras que el burnout es fruto de repetidas presiones emocionales. La insatisfacción laboral aparece como un componente más, pero no necesario ni ligado a elevados niveles de agotamiento emocional, y puede coexistir el agotamiento con una buena satisfacción laboral. Las investigaciones entre acontecimientos vitales y el burnout, han encontrado que los sucesos vitales negativos pueden agravar una situación preexistente de sobrecarga, mientras que los positivos suponen un alivio de la tensión⁴¹⁻⁴⁴. También se han establecido diferencias entre burnout y las crisis de la edad media de la vida; en general, éstas surgen cuando el profesional hace un balance negativo de su posición y desarrollo, mientras que el desgaste profesional se da con mayor frecuencia en los jóvenes recién incorporados a su nuevo puesto de trabajo⁴⁵.

A partir de los trabajos de Maslach- Jackson en 1976, se comienza el estudio para la identificación del síndrome; estos trabajos iniciales operativizan las variables, al idear el inventario clínico del burnout "Maslach Burnout Inventory" (MBI) en 1981, que es un cuestionario operativo específico para interpretar los diferentes niveles del burnout; los rasgos que definen las variables se han ido agrupando en un conjunto de síntomas y signos, cuya característica esencial es el agotamiento emocional y el escepticismo que se manifiestan entre los profesionales en el ejercicio de su actividad laboral, cuando ésta se realiza en el campo de los servicios humanos o en las denominadas profesiones de ayuda (relacionadas con la enseñanza, abogacía, salud pública, seguridad social, entre otras)⁴⁶.

Otras escalas disponibles para la cuantificación del desgaste profesional son las de Pines y Aronson, y la de García y Velandrino; aunque todas tienen un objetivo común, lo hacen desde perspectivas distintas, y la más utilizada es el MBI de Maslach y Jackson.

La mayoría de los autores reconocen la solidez de la estructura factorial del MBI, pero recomiendan utilizar puntos de corte distintos en cada entorno nacional^{47,48}.

Ante la multicausalidad reconocida de este síndrome, el aumento de su incidencia y la inminente demanda de intervenciones que lo contrarresten, nos vemos en la necesidad de elegir métodos terapéuticos de probada efectividad en el tratamiento de este tipo particular de estrés, para subvenir a la profunda necesidad del hombre de vibrar positivamente en armonía con su entorno^{2,7,10,20}.

Las políticas de prevención, basadas en los factores de riesgo conocidos, han demostrado su eficacia en los lugares donde han sido ejecutadas^{3,12,26}. La instauración de programas preventivos específicos desde los órganos directivos, en colaboración con los equipos de salud laboral, constituyen el camino adecuado, ya que es frecuente que los profesionales no busquen ayuda por sí mismos por miedo al qué dirán¹⁸. El desgaste profesional se ha demostrado tan importante como los aspectos económicos en el abandono del puesto de trabajo, circunstancia esta que aparentemente pasa desapercibida para muchos gestores, como recientemente se ha puesto de manifiesto^{31,35,38,39,43}.

Sin dudas, una mayor atención a los procesos organizativos y una cultura empresarial de "cuidar al cuidador" podrían ayudar a paliar el problema¹⁸.

La homeopatía y la terapia floral han sido recursos efectivos en el tratamiento del síndrome de burnout, pues al centrarse en la configuración personalógica del afectado (sin necesidad de alterar el estresor original), armoniza las experiencias emocionales negativas, aumenta la sensibilidad del profesional hacia los destinatarios de sus servicios y contribuye al ajuste de la autopercepción del nivel de realización profesional alcanzado, prerrequisito para la evaluación de la situación y el afrontamiento de sus demandas de forma diferente^{49,50}.

Summary

The main feature of burnout syndrome is the emotional depletion and escepticism that services professionals undergo during a period of their working life. This article deals with the update of the syndrome, including signs and symptoms, theoric patterns which explain the syndrome, methods to set a diagnosis and possible therapeutic guide-lines to prevent it. Homeopathy and floral therapy use is included.

Referencias bibliográficas

1. Fothergill A, Edwards D, Burnard P. Stress, burnout, coping and stress management in psychiatrists: finding from a systematic review. *Int J Soc Psychiatry*. 2004;50(1):54-65.
2. Torralba Roselló F. Filosofía del cuidar. *Mapfre Med*. 2000;11(2):101-11.
3. López García Silva JA, Camps Del Saz P. Aspectos clínicos y prevención del psicoterror laboral. *Mapfre Med*. 1999;10(4):253-61.
4. Ames JL, Kilpatrick AO, Zoller J. A national study of job satisfaction and Burnout among perfusionists. *J Extra Corpor Technol*. 2004;36(1):44-50.
5. Mandy A, Tinley P. Burnout and occupational stress: comparison between United Kingdom and Australian pediatricians. *J Am Pediatr Med Assoc*. 2004; 94(3):282-91.
6. Román Hernández J. Estrés y Burnout en profesionales de la salud de los niveles primario y secundario de atención. *Rev Cubana Salud Pública*. 2003;29(2):103-10.
7. Rojas Ochoa F. La necesidad de una adecuada interrelación consultorio-policlínico-hospital. *Rev Cubana Med Gen Integr [serie en Internet]*. 2002 Jun [citado 26 Sep 2004];18(5):[aprox. 3 p.]. Disponible en:
http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol18_5_02/mgisu52002.htm
8. Córdova A, Hecht K. El problema del estrés en la medicina. Aspectos teóricos, experimentales y clínicos. La Habana: Científico-Técnica; 2003. p. 61-4.
9. Robaina Aguirre C, Sevilla Martínez D. Epidemiología de las enfermedades relacionadas con la ocupación. *Rev Cubana Med Gen Integr [serie en Internet]*. 2003 Ene [citado 26 Sep 2004];19(3):[aprox. 3 p.]. Disponible en:
<http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol19-4-03/mgi>
10. Rodríguez Miranda O, Alonso Alomá I. Prevalencia de la salud mental y factores de riesgos relacionados. *Rev Cubana Med Gen Integr [serie en Internet]*. 2003 May [citado 26 Sep 2004];19(1):[aprox. 3 p.]. Disponible en:
<http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol19-1-03/mgi>
11. Blasco Espinosa JR, Llor Esteban B, García Izquierdo M. Relación entre calidad del sueño, el Burnout y el bienestar psicológico en profesionales de la seguridad ciudadana. *Mapfre Med*. 2002;13(4):258-68.
12. Velásquez Martínez R, Guillén Gestoso E, Almorza Daza JM. Estudio sobre la relación entre morbilidad psiquiátrica y ausentismo por incapacidad temporal en una gran empresa. *Mapfre Med*. 2002;13(1):46-52.
13. Choi BCK, Tennasse LM, Eijkemans GTM. Developing regional workplace health and hazard surveillance in the Americas. *Rev Panam Salud Pública*. 2001;10(6):376-81.

14. Elit L, Trim K, Mand Bains IH. Job satisfaction, stress, and burnout among Canadian gynecologic oncologist. *Gynecol Oncol.* 2004;94(1):134-9.
15. Mc Manus I, Keeling A, Paice E. Stress, burnout and doctors attitudes to work are determined by personality and learning style: a twelve year longitudinal study of UK medical graduates. *BMC Med.* 2004;2(1):29.
16. Rada RE, Johnson-Leung C. Stress, burnout anxiety and depression among dentists. *J Am Dent Assoc.* 2004;135(6):788-94.
17. Gelfand DV, Podnus YD, Carmichael JC. Affect of the 80 hour workweek on resident Burnout. *Arch Surg.* 2004;139(9):933-8.
18. Ramos F, De Castro R, Galindo A. Síndrome de desgaste profesional (Bournout). *Mapfre Med.* 1998;9(3):189-97.
19. Pines A, Aeronson E, Kafry I. Burnout. Nueva York: Free Press; 1981.
20. Freudenberger HJ. Burnout: the high cost of high achievement. Nueva York: Coubleday; 1980.
21. De las Cuevas C. El desgaste profesional en atención primaria: presencia y distribución del síndrome de burnout. Islas Canarias: Facultad de Medicina de la Universidad de Laguna; 2002.
22. Moreno B, Oliver C, Aragonese A. El "Burnout": una forma específica de estrés laboral. En: Buela-Casall C. Manual de psicología clínica aplicada. España: Siglo XXI; 2001. p. 271-9.
23. Maslach C, Schaufeli W, Leiter M. Job Burnout. *Annu Rev Psicol.* 2001;52:397-422.
24. Álvarez Gallego E, Fernández Ríos L. El síndrome de burnout o el desgaste profesional. Resumen. *Rev Asoc Esp Neuropsiq.* 2001;9(23):234-49.
25. Chopra SS, Sotile WM, Sotile MO. Physician burnout. *JAMA.* 2004;291(5):633.
26. Calcines Castillo ME, Ballesteros Hernández M, Valdés Utrera J. Algunas consideraciones sobre el síndrome de burnout en profesionales de la salud. *Medicentro Electrónica [serie en Internet].* 2004 Sep [citado 26 Sep 2004]; 8(2):[aprox. 3 p.]. Disponible en: [http://www.vcl.sld.cu/medicentro/v8n204/sumario8\(2\).htm](http://www.vcl.sld.cu/medicentro/v8n204/sumario8(2).htm)
27. Baldelli MV, Fabbo A, Costopulus C. Is it possible to reduce Job Burnout of the health care staff working with demented patients?. *Arch Gerontol Geriatr.* 2004;(9):51-6.
28. Chabot JM. Physicians' burnout. *Rev Prat.* 2004;54(7):753-4.
29. Tizon JL. Burnout professionals, disillusioned professionals or professionals with psychopathological disorders?. *Aten Primaria.* 2004;33(6):326-30.
30. Tsuchiya M. Burnout and work environments of public health nurses involved in mental health care. *Occup Environ Med.* 2004;61 (9):764-8.
31. Hatinen M, Kinnunen V. Burnout patterns in rehabilitation: short-term changes in job conditions, personal resources and health. *J Occup Health Psychol.* 2004;9 (3):220-37.
32. Albaladejo R, Villanueva R, Ortega P. Burnout syndrome among nursing staff at a hospital in Madrid. *Rev Esp Salud Pública.* 2004;78 (4):505-16.
33. Buhler K, Land T. Burnout and personality in intensive care: an empirical study. *Hosp Top.* 2003;81(4):5-12.
34. Vahey DC, Aiken CH, Sloane DM. Nurse Burnout and patient satisfaction. *Med Care.* 2004;42;(2):57-66.
35. Florez Lozano JA. El síndrome de burnout en médicos y enfermeras que atienden a pacientes oncológicos (II). *Med Integr.* 2000;36(10):405-10.
36. Pla Femenía O, Hernández Jiménez A, Orquín Aleixandre J, Sany de Galdeano Armero FJ. La enfermería y el estrés laboral. *Amistades peligrosas. Enferm Integr.* 1999;(48):15-8.
37. Solano Ruiz MC, Hernández Vidal P, Vizcaya Moreno MF, Ruiz Ferrer A. Síndrome de Burnout en profesionales de enfermería de cuidados críticos. *Enferm Intensiva.* 2002;13(1):9-16.
38. Chacón Roger M, Grau Ávalo J. Burnout en enfermeros que brindan atención a pacientes oncológicos. *Rev Cub Oncol. [serie en Internet].* 1997 Ene [citado 26 Sep 2004];10(2):[aprox. 3 p.]. Disponible en: <http://bvs.sld.cu/revistas/onclvoll3-2-97/onclo10297.htm>
39. Molina Sigüero A, García Pérez MA, Alonso González M, Cecilia Cermeño P. Prevalencia de desgaste profesional y psicomorbilidad en médicos de atención primaria en un área sanitaria de Madrid. *Aten Primaria.* 2003;31:564-74.
40. Compassion fatigue and Burnout in nurses who work with children with chronic conditions and their families. *J Pediatr Health Care.* 2004;18(4):171-9.

41. González Cabrera H. El síndrome de Burnout, una sutil enfermedad. Rev Cub Med [serie en Internet]. 2003 Sep [citado 26 Sep 2004];17(1):[aprox. 3 p.]. Disponible en: <http://www.rcm.cu/trabajos/2003/septiembre/04/burnout.htm>
42. Godoy MA. Síndrome de Burnout. Rev Chil Pediatr. 2002; 73(3):314-6.
43. Fernández G. Burnout y trastornos psicossomáticos. Rev Psicol Trab. 2000;16(2):229-35.
44. Boscarino JA, Figley CR, Adams RE. Compassion fatigue following the September 11 terrorist attacks: a study of secondary trauma among New York City social workers. Int J Emerg Ment Health. 2004;6(2):57-66.
45. Varhama LM, Bjorkquist K. Conflicts workplace bullying an burnout problems among municipal employees. Psychol Rep. 2004;94(3):1116-24.
46. Oliver C, Aragonese C, Pastor JC, Moreno B. La escala MBI como medida del estrés laboral asistencial. Rev Cub Psicol. 1996;3(9):45-51.
47. Schutte N, Toppinnen S, Kalimor R, Schaufeli WB. The factorial validity of the Maslach burnout inventory-general survey across occupational groups nations. J Occupational and Organizational Psychology.2000;73:53-66.
48. Hastings RP, Hame S, Michell G. Burnout in direct care staff in intellectual disability services: a factor analytic study of the maslach burnout inventory. J Intellect Disabil Res. 2004;488-73.
49. Creagan ET. Burnout and balance: how to go the distance in the 21st century. Cancer Control. 2004;11(4):266-8.
50. Garrido García RJ, Balado Srgon R, Reyes Sigarreta MR. Grado de satisfacción de los médicos de familia con el procedimiento de ingreso domiciliario. Rev Cubana Med Gen Integr [serie en Internet]. 2003 May [citado 26 Sep 2004];19(5):[aprox. 3 p.]. Disponible en: <http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol19-5-03/mgi>