

Ciencias sociales

L. Fernando Arias Galicia
(coordinador)

Calidad de vida en las organizaciones, la familia y la sociedad



JUAN PABLOS EDITOR
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MORELOS
ediciones  **mínimas**

Calidad de vida en las organizaciones, las familias y la sociedad

L. Fernando Arias Galicia
(coordinador)

Pedro R. Gil Monte

Dpto. de Psicobiología y Psicología Social
FACULTAD PSICOLOGIA
VALENCIA



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MORELOS
JUAN PABLOS EDITOR

México, 2017

Calidad de vida en las organizaciones, las familias y la sociedad / L. Fernando Arias Galicia, coordinador. - - México : Universidad Autónoma del Estado de Morelos : Juan Pablos Editor, 2017.

726 páginas. - - (Colección Ediciones Mínimas. Psicología ; 6)

ISBN 978-607-8519-20-0 UAEM

ISBN 978-607-711-401-7 Juan Pablos Editor

1. Calidad de vida – México 2. Calidad de vida en el trabajo 3. Calidad de las relaciones interpersonales

LCC HN114

DC 306.0972

Esta publicación fue dictaminada por pares académicos bajo la modalidad doble ciego.

CALIDAD DE VIDA EN LAS ORGANIZACIONES,
LAS FAMILIAS Y LA SOCIEDAD
de L. Fernando Arias Galicia (coordinador)

Primera edición, 2017

D.R. © 2017, L. Fernando Arias Galicia (coordinador)

D.R. © 2017, Universidad Autónoma del Estado de Morelos
Av. Universidad 1001, Col. Chamilpa
62210, Cuernavaca, Morelos
<publicaciones@uaem.mx>, <libros.uaem.mx>

D.R. © 2017, Juan Pablos Editor, S.A.
2a. Cerrada de Belisario Domínguez 19
Col. del Carmen, Del. Coyoacán, 04100, Ciudad de México
<juanpabloseditor@gmail.com>

Fotografía de portada: Aaron Burden

ISBN: 978-607-8519-20-0 UAEM

ISBN: 978-607-711-401-7 Juan Pablos Editor

Impreso en México

Reservados los derechos

Juan Pablos Editor es miembro de la Alianza
de Editoriales Independientes Mexicanas (AEMI)
Distribución: TintaRoja <tintaroja.com.mx>

Índice

Prólogo

L. Fernando Arias Galicia

9

PRIMERA PARTE ASPECTOS CONCEPTUALES

1. ¿Calidad de vida, bienestar, nivel de vida, felicidad, satisfacción...?
L. Fernando Arias Galicia 15
2. Malestar (¿o bienestar?) de los profesores universitarios
L. Fernando Arias Galicia 57
3. Significado psicológico del constructo "calidad de vida"
en el trabajo mediante redes semánticas naturales
Juana Patlán Pérez 87

SEGUNDA PARTE CALIDAD DE VIDA EN EL TRABAJO DIAGNÓSTICOS

4. Variables incidentes sobre la satisfacción en el trabajo docente
L. Fernando Arias Galicia y Carmen Camacho Cristiá 127
5. La justicia y el clima organizacional y su relación con la satisfacción
laboral en profesores universitarios
Juana Patlán Pérez y Édgar Martínez Torres 153
6. Calidad de vida de docentes, ejecutivos y trabajadores
L. Fernando Arias Galicia 181

7. Satisfacción con la vida y en el trabajo, equidad en el salario y distrés
L. Fernando Arias Galicia y Carmen Camacho Cristiá 207
8. El trabajo de amas de casa, empleadas y profesionistas: salud física y mental en Lima, Perú
L. Fernando Arias Galicia, Alejandro Erasmo Loli Pineda y Javier del Carpio Gallegos 223
9. El trabajo de amas de casa, microempresarias, empleadas y profesionistas y algunos aspectos psicológicos en Cuernavaca, México
L. Fernando Arias Galicia 245
10. El clima laboral y su relación con salud y factores psicosociales en trabajadores mexicanos
Jesús Felipe Uribe Prado 281
11. La remuneración, la satisfacción, el compromiso y la intención de renunciar
L. Fernando Arias Galicia 297
12. El compromiso organizacional como factor de apoyo a la percepción de calidad de vida en el trabajo
Norma Betanzos Díaz, Francisco Paz Rodríguez y Cynthia Shugey Rodríguez Loredó 315
13. Clima ético, ambigüedad de roles y transparencia: bases para la satisfacción, el compromiso y el desempeño. Investigación exploratoria
Sergio Manuel Madero Gómez y L. Fernando Arias Galicia 339
14. Qualidade de vida no trabalho: relações com poder e valores organizacionais
Helenides Mendonça, Maria Cristina Ferreira y Daniela Pereira de Deus 367
15. Especificidades organizacionales y buenas prácticas en organizaciones de la sociedad civil del estado de Morelos (México)
Imke Hindrichs, Daniela Converso y Cristina Girardo 391
16. Efecto del *burnout* y la sobrecarga en dos factores de la calidad de vida en el trabajo
Juana Patlán Pérez 409
17. Variables incidentes en la satisfacción con la vida entre enfermeras del estado de Morelos, México
L. Fernando Arias Galicia, Abigail Fernández Sánchez y Martha Elva González Zermeño 425

18. Inteligencia emocional y emociones positivas en estudiantes de medicina
Clara Ivette Hernández Vargas, Maria Jose Chambel Soares y L. Fernando Arias Galicia 453
19. Acoso laboral en trabajadores del sector público de Morelos, México: una experiencia con el inventario de Leymann
Belem Quezada Díaz, Arturo Juárez García y L. Fernando Arias Galicia 479

INTERVENCIONES

20. ¿La certificación de calidad incide en el agotamiento ocupacional y los trastornos psicósomáticos? Comparación entre empleados de dos entidades gubernamentales: un cuasi experimento natural
L. Fernando Arias Galicia y Rosa Leticia Ceballos Giles 501
21. Mejoría del trato digno a usuarios en centros de salud mediante la capacitación: diagnóstico y evaluación de resultados
Martha Eugenia Nava Gómez, L. Fernando Arias Galicia y José Félix Brito Ortiz 523
22. Enriquecimiento del trabajo y productividad en industrias maquiladoras textiles. Un estudio de calidad de vida laboral en el sureste de México
Francisco Gerardo Barroso Tanoira y L. Fernando Arias Galicia 545
23. Integración de equipos de trabajo como un recurso para cambiar la autopercepción de los participantes
Eunice Alegría Lozano, Eduardo Leal Beltrán, L. Fernando Arias Galicia y Daniel Méndez Lozano 567

TERCERA PARTE
FAMILIAS Y SOCIEDAD
DIAGNÓSTICO

24. El clima y la comunicación familiar durante la adolescencia en condiciones de marginación urbana
Elián Gómez Azcárate Renero, Alejandro Vera Jiménez, María Elena Ávila Guerrero y Enrique Vega Villanueva 585

INTERVENCIÓN

25. Las relaciones sociales y su influencia en la autoestima, el entorno y la salud física y mental

L. Fernando Arias Galicia

609

CUARTA PARTE

LA CALIDAD DE VIDA EN LA SOCIEDAD

26. Teorías económicas y significaciones sociales imaginarias del trabajo. Sus efectos sobre las condiciones de vida y la salud mental de los trabajadores

Carlos Alberto Bonantini, Víctor Quiroga, Mauricio Cervigni y Miguel Gallegos

629

27. Psicoterapia familiar sistémica como medio para mejorar la calidad de vida: diagnóstico y evaluación

María del Carmen Melgarejo Romero y L. Fernando Arias Galicia

653

28. El síndrome de quemarse por el trabajo (*burnout*): efectos de diversas formas de evaluar su prevalencia

Víctor E. Olivares Faúndez, Pedro Gil Monte y Carolina Jélvez Wilke

671

Sobre los autores

711

28. El síndrome de quemarse por el trabajo (*burnout*): efectos de diversas formas de evaluar su prevalencia

Víctor E. Olivares Faúndez*

Pedro Gil Monte**

Carolina Jélvez Wilke*

RESUMEN

En este capítulo se parte de una revisión de los distintos hallazgos relativos al síndrome de *burnout* (quemarse por el trabajo) en diversas poblaciones, en varias zonas del planeta y las diferentes formas de catalogar los casos, partiendo de criterios varios, dando como resultado cifras, en ocasiones alarmantes, de prevalencia de dicho síndrome. Se efectúa una crítica de la variedad de criterios para evaluar los casos y determinar su gravedad, lo cual repercute en los estudios epidemiológicos. Además, las investigaciones efectuadas con el instrumento de Maslach resultan incompletas pues falta un ingrediente encontrado mediante estudios clínicos: la culpa. Para proporcionar un mejor diagnóstico es preciso emplear el instrumento CESQT (Gil Monte, 2005). A fin de contar con un mejor criterio de evaluación se efectuó una investigación entre 260 trabajadores de una empresa en Chile y se aplicaron los criterios sugeridos por Shirom (1989), así como los relativos a los percentiles. Se muestran los resultados y se sugiere emplear los antes mencionados. Igualmente, se recomienda efectuar investigaciones adicionales con estos criterios.

Palabras clave: *burnout*, epidemiología, culpa, CESQT.

ABSTRACT

In this chapter a review of the several findings coming from different parts of the world using various criteria, and related to the *burnout* syndrome is undertaken. Results are inconsistent and, in many papers, alarming concerning the prevalence

* Universidad de Santiago de Chile.

** Universidad de Valencia.

of *burnout*. This situation leads to a distorted epidemiological picture. Besides results using the well known set of instruments by Maslach lack of a very important factor found in clinical research: guilt. To have a better picture is recommended to use the CESQT (Gil Monte, 2005). To use a preferable classification of cases, criteria suggested by Shirom (1989) as well as percentiles were applied to data gathered from 260 employees of a Chilean firm. Results are included. One conclusion is that these are superior when using the above mentioned criteria. Further research is suggested.

Key words: *burnout*, epidemiology, blame, CESQT.

INTRODUCCIÓN

El síndrome de quemarse por el trabajo

El síndrome de quemarse por el trabajo (SQT en adelante, *burnout* en denominación anglosajona) nace en Estados Unidos a mediados de los años setenta, como una forma de describir las reacciones adversas que se producían en el trabajo de los servicios sociales, siendo sus principales precursores el médico psiquiatra Freudenberger (1974) y la psicóloga social Maslach (1976). Desde los primeros años de la década de los setenta, Freudenberger (1971, 1974) comenzó a reflexionar sobre el SQT (Weber y Jaekel, 2000), utilizando por primera vez el término *burnout* para describir un nuevo síndrome clínico caracterizado por el agotamiento entre los profesionales de la salud mental. Por su parte, Maslach dio cuenta en sus estudios de la relevancia de considerar los aspectos emocionales que operaban en el SQT, aduciendo que la tensión laboral es una variable interviniente significativa en el proceso de estrés y agotamiento psíquico, y que adecuadas estrategias de afrontamiento tenían implicaciones importantes para los individuos en cuanto a su identidad profesional y sus conductas laborales (Maslach, Schaufeli y Leiter, 2001).

Tal vez la definición más repetida de este conocido fenómeno psicológico es la planteada por Maslach y Jackson, (1981), quienes lo definen como un síndrome caracterizado por agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal en el trabajo, el cual puede ocurrir entre individuos cuya labor implica la relación frecuente con personas. El SQT parece ser una respuesta a los estresores interpersonales en el trabajo, donde el exceso de contacto con las personas con quienes se trabaja produce cambios negativos en las actitudes y en las conductas hacia estos individuos (Leiter y Maslach, 1988). En la actualidad, Maslach de-

fine el SQT como una respuesta prolongada al estrés en el trabajo, un síndrome psicológico que surge de la tensión crónica a consecuencia de la interacción conflictiva entre el trabajador y su empleo (Maslach, 2003).

Hoy en día la literatura científica sobre el SQT es abundante, pues se ha publicado una amplia cantidad de revisiones de diversos aspectos del síndrome (por ejemplo, Boudreau y Nakashima, 2002; Halbesleben, 2006; Halbesleben y Buckley, 2004; Melamed, Shirom, Toker, Berliner y Shapira, 2006; Schaufeli, 2003). Esta situación ha llevado a que en estas dos últimas décadas el SQT cobre un gran protagonismo como fenómeno social y científico (Maslach, 2003). Un hecho notable en el desarrollo del SQT es su surgimiento como un problema social identificado por los trabajadores, mucho antes de convertirse en un foco de estudio sistemático por los investigadores. Estos orígenes populares, no académicos del síndrome, contribuyeron a etiquetar al fenómeno de forma imprecisa, configurándose un vasto volumen de perspectivas y postulados emergentes, con la dificultad de alcanzar la claridad conceptual del fenómeno (Gil Monte, 2005).

El SQT es una enfermedad laboral emergente (Masia, 2001) a la que con frecuencia se considera exclusiva de profesionales de ayuda o de servicios (Alimoglu y Donmez, 2005; Van Dierendonck y Mevissen, 2002; Weber y Jaekel, 2000), quizás porque al contemplar la literatura se comprueba un punto: la mayoría de los estudios realizados han empleado muestras de profesionales de la educación y de la salud (Gil Monte, 2005). Prueba de esto es el clásico estudio de Lee y Ashforth (1996) en los años noventa, donde aproximadamente 80% de las investigaciones consideradas en el meta-análisis se realizaron en personal de servicios humanos, y la mayoría de las investigaciones restantes se habían realizado en supervisores y encargados de tales servicios. Ésta probablemente es la causa de la mayor difusión del SQT en este tipo de colectivos profesionales, y no en otros de distinta naturaleza. Así, al avanzar la década de los años noventa el concepto del SQT se fue ampliando, incluyéndose dentro de sus límites de acción ocupaciones distintas a la de los servicios humanos (Maslach, 2004), ampliando su alcance a todo profesional que labora con clientes de trato directo y no sólo en personal de ayuda o del sector servicios (Dormann y Zapf, 2004; Weber y Jaekel, 2000). Esto ha ensanchado el espectro de acción del SQT, el cual para algunos autores es aún más extenso, pues entienden que el síndrome puede presentarse en aquellos grupos cuyo trabajo consiste en "relacionarse con cosas" (por ejemplo en trabajadores del sector cerámico) y con "datos" (como usuarios de tecnologías y teletrabajadores) (Bakker, Demerouti y Schaufeli, 2002), lo cual reafirma los postulados que señalan el desarrollo del SQT en empleos cuya actividad no necesariamente implique el contacto directo con personas (Maslach, Schaufeli y Leiter, 2001), siendo potencialmente un síndrome cuya presencia puede encon-

trarse en todos los tipos de actividad laboral (Vinje y Mittelmark, 2007), situación pendiente de aclarar en el contexto actual de la investigación del fenómeno.

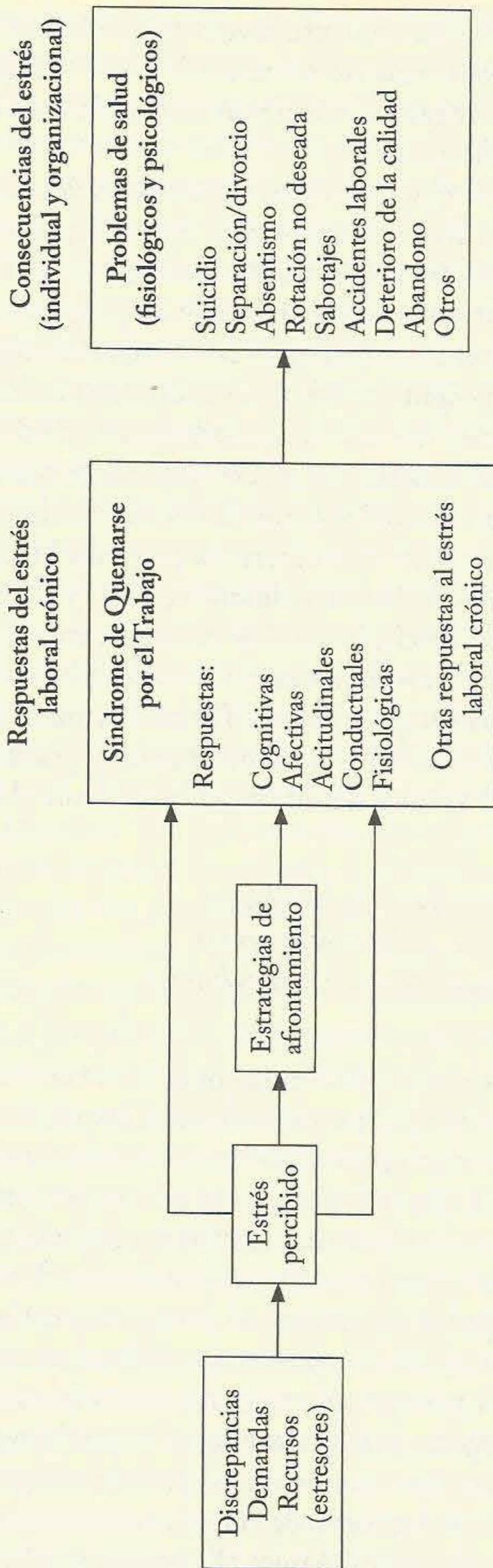
Por otro lado, frente a las líneas teóricas que han tratado de determinar los límites conceptuales del SQT, se pueden identificar dos perspectivas: la clínica y la psicosocial. Por el lado clínico, el foco de atención se centra en los síntomas y sus aplicaciones en el contexto de la salud mental (estado) (Pines y Yafe, 2001; Vanheule, Lievrouw y Verhaeghe, 2003), y en el aspecto psicosocial se enfoca en el desarrollo de la relación entre el medio laboral y las características humanas de los individuos partícipes de esos contextos de servicio (o proceso) (Buunk e Ybema, 2003; Leiter y Maslach, 2001). Desde esta perspectiva, se postula que la denominación "estar quemado" sugiere una comprensión errónea del síndrome, pues puede entenderse como el término de un proceso o su consecuencia final, configurándose una concepción estática, la cual no obedece a la real naturaleza del fenómeno. Según estos planteamientos, el SQT es una respuesta progresiva e insidiosa que evoluciona como parte de un proceso mayor de estrés laboral, preferentemente en profesionales de servicios, pero no sólo en dicho sector.

El SQT a menudo ha sido conceptualizado en el marco de la investigación del estrés (Cooper, Dewe y O'Driscoll, 2001; Hobfoll y Shirom, 2000; Row, 2000; Schaufeli y Greenglass, 2001; Shirom, 2003), por lo tanto su definición se sustenta en la ambigüedad del concepto (Schaufeli y Enzman, 1998), término general donde frecuentemente las causas y las consecuencias se confunden (Toch, 2002). Por ello, desde sus inicios el SQT ha sido un concepto difícil de interpretar, sin que hasta nuestros días exista una definición estándar de él con una delimitación conceptual clara y precisa. Se ha empleado para denotar ideas muy distintas y, por ende, no ha existido una buena base para una comunicación constructiva que dimensione la problemática real, dé luces de un diagnóstico acertado y establezca posibles soluciones e intervenciones certeras. Sin embargo, hay un amplio consenso acerca de que el SQT es una respuesta del individuo al estrés laboral crónico (Cooper *et al.*, 2001; Hobfoll y Shirom, 2000; Jenaro, Flores y Arias, 2007; Schaufeli y Peeters, 2000; Maslach *et al.*, 2001), una experiencia subjetiva interna que agrupa sentimientos y actitudes con un cariz negativo para la persona, pues implica alteraciones, problemas y disfunciones psicofisiológicas con consecuencias nocivas para la persona y para la organización (Gil, 2005).

Relación entre síntomas y consecuencias del SQT en el proceso de estrés laboral crónico

En los modelos de estrés laboral, las respuestas a éste se entienden como variables mediadoras entre el estrés y sus consecuencias o efectos a más largo plazo. Desde

FIGURA 1
RELACIÓN ENTRE SÍNTOMAS Y CONSECUENCIAS DEL SQT EN EL PROCESO
DE ESTRÉS LABORAL CRÓNICO



FUENTE: Gil (2005).

este punto de vista, el SQT sería una variable intermedia en la relación estrés-consecuencias del estrés; así, si aquella relación se extiende en el tiempo, el estrés laboral provocará consecuencias negativas tanto para el individuo como para la organización (Gil, 2005) (véase la figura 1).

Desde un punto de vista teórico, los modelos explicativos del desarrollo del proceso de estrés laboral crónico hacen la distinción entre respuestas y consecuencias de éste. No obstante, esta distinción resulta insuficiente pues sólo pone de manifiesto una sucesión de síntomas en el tiempo o su progresiva gravedad. En el caso del SQT, esa diferencia entre respuestas y consecuencias sugiere que, en primer lugar, aparece un deterioro cognitivo, afectivo y actitudinal en los trabajadores, surgiendo luego un gran número de síntomas conductuales y fisiológicos que se enmarcarían dentro de las consecuencias. Por ello, es importante destacar los factores psicosociales en la comprensión del síndrome, considerando las actitudes como componentes clave que mueven y orientan los procesos afectivos, emocionales, cognitivos y conductuales de los participantes (Eagly y Chaiken, 1993; Gil, Carretero, Roldán y Nuñez, 2005), los cuales median entre la percepción del entorno laboral como fuente de estrés, en especial las relaciones interpersonales, y la aparición de la sintomatología asociada. De esta manera, un diagnóstico certero ayudaría fundamentalmente a la identificación y evaluación de las respuestas psicológicas, básicas a la hora de intervenir y prevenir el síndrome.

*Desarrollo de la patología:
deterioro de los componentes
cognitivos, afectivos y actitudinales*

Los procesos cognitivos intervienen en las evaluaciones sobre la tarea, las capacidades para enfrentarlas, el entorno y la propia imagen. Las creencias negativas sobre la capacidad influyen en el progreso del SQT. El trabajo puede ser una fuente de sentido para la vida de las personas; cuando deja de serlo, se puede desencadenar una situación de crisis existencial, la cual desempeña un papel importante en el desarrollo del síndrome. La falta de motivación laboral unida a las pocas oportunidades de apoyo y a las fuentes de estrés, originaría sentimientos de fracaso y, finalmente, el SQT. Por otro lado, los individuos realizan reestructuraciones cognitivas, como por ejemplo la justificación moral, el lenguaje eufemista, la comparación ventajosa, el desplazamiento y la difuminación de la responsabilidad, la distorsión de las consecuencias para conseguir conductas socialmente aceptables, como las atribuciones de culpa (a las víctimas) y la deshumanización, cuando éstas han sido recriminables (Bandura, 1987).

En relación con el SQT, los trabajadores pueden desarrollar estrategias de afrontamiento penalizadas por la ética profesional, pueden culpar a los clientes o generar categorizaciones que intervienen en la aparición de síntomas como la despersonalización y el cinismo en el establecimiento de la patología.

Las emociones, de acuerdo con la teoría de los eventos afectivos de Weiss y Cropanzano (1996), son consecuencia de las disposiciones afectivas y estados de ánimo de los individuos. Los eventos laborales originarán emociones y tendrán influencia directa sobre las conductas y las actitudes laborales, por lo cual las emociones actúan como mediadores. Con el fin de favorecer la expresión de las emociones, las organizaciones utilizan mecanismos como la neutralización (mediante normas racionales para prevenir la aparición de la emoción), la amortiguación (reuniones de autocuidado), la prescripción (cuáles y cómo se deben expresar las emociones) y la normalización (reclasificar las emociones no aceptables cuando no se puede controlar su aparición) (Ashforth y Humphrey, 1995), lo cual constituye una fuente de desgaste emocional contribuyendo al desarrollo del síndrome.

Otra causa de desgaste emocional es la demanda de esfuerzo emocional intenso, pues los trabajadores del sector servicios deben ofrecer apoyo emocional a las personas que atienden, otorgando una relación de empatía. Las situaciones caracterizadas por la presencia de conflicto y ambigüedad de rol, la sobrecarga de trabajo, los conflictos interpersonales o la ausencia de ayuda de otros provoca frustración (Spector, 1997), lo cual trae como consecuencia la agresión, con el posible origen de acciones de sabotaje o deterioro de la organización.

Las actitudes son predisposiciones a responder a un estímulo con cierta clase de respuesta (Rosenberg y Hovland, 1960), que pueden ser afectivas, cognitivas y cognitivos-conductuales, y también son afectadas por estas respuestas. Éstas guían la conducta y la evaluación en su aspecto central, por lo tanto, las cogniciones y emociones, al aparecer de forma paralela (Le Doux, 1995), son antecedentes en la aparición de las actitudes. Debido a su calidad de mediadoras entre cogniciones, emociones y conductas, características de la aparición del SQT (Eagly y Chaiken, 1993), las actitudes influyen en el trabajo realizado, la calidad de las relaciones interpersonales y los niveles de ausentismo. Los clientes y el entorno laboral son los objetos actitudinales influyentes en la aparición de actitudes hacia diferentes aspectos de la organización. Los clientes son la principal fuente de estrés que origina el deterioro cognitivo y emocional de los profesionales. La información que éstos procesan sobre los clientes y la organización en el desarrollo del SQT es de carácter negativo pues los responsabilizan de su fracaso profesional, y del deterioro de su calidad de vida laboral. El proceso de socialización y la comunicación interpersonal con los compañeros refuerza esta creencia. El trabajo deja de ser fuente de realización personal y los trabajadores categorizan a los clientes con ad-

jetivos negativos. Conjuntamente se deteriora el plano afectivo (debido al trabajo emocional, la inhibición de emociones, la empatía, la frustración, etc.), configurando un contexto en el cual se desarrollan las relaciones interpersonales con los clientes; por ende, con facilidad aparecen procesos de condicionamiento clásico.

Tanto el desgaste cognitivo como el emocional son respuestas al estrés laboral; debido a su carácter desagradable, el individuo intentará eliminarlos utilizando estrategias de afrontamiento dirigidas a la resolución del problema de tipo conductual (intentos de control, evitación, escape, entre otros), o estrategias conductuales de afrontamiento dirigidas al manejo de las emociones (búsqueda de apoyo social; evitación de la información y otras), o cognitivas (expresión emocional, represión y otras). El desarrollo de actitudes y conductas negativas hacia los clientes no es una estrategia de afrontamiento prioritaria para el profesional, pues este tipo de actitudes y conductas están proscritas por el rol profesional y los valores sociales, causando a su vez sentimientos de culpa. Esto explicaría por qué el SQT es una respuesta al estrés crónico y no aparece en los primeros años de ejercicio profesional. Debido probablemente a la dificultad de encontrar estrategias de afrontamiento frente a la resolución del problema y manejar emociones negativas, el estrés laboral se vuelve crónico y se recurre a otro tipo de estrategia, como por ejemplo, la despersonalización y/o la agresión a los clientes, lo cual pudiese ser explicado desde el paradigma frustración-agresión (Berkowitz, 1996).

La culpa y el SQT

La culpa aparece implicada en el desarrollo del SQT en diversos estudios publicados en los años ochenta, visualizándola como un síntoma del síndrome (Ekstedt y Fagerberg, 2005; Farber y Miller, 1981; Freudenberg, 1974; Maslach, 1982a, 1982b; Pines, 1983; Price y Murphy, 1984; Scully, 1983). Una de las causas de la aparición de los sentimientos de culpa en los profesionales es la existencia de pensamientos negativos sobre los clientes y la manera impersonal y negativa en que los han tratado. Los profesionales creen en su conversión en personas frías y deshumanizadas. Todo esto, unido al desgaste emocional, la frustración y la pérdida de autoestima, puede llevar a desarrollar depresión.

La falta de apoyo social en el trabajo y la ausencia de comunicación entre los pares ayudan a generar atribuciones causales de los actos de trabajo y de los fallos profesionales, adjudicándose juicios personales negativos facilitadores de la generación del SQT. A pesar de la evidencia clínica y de la base teórica para integrar la culpa como síntoma y una dimensión más del SQT, esta variable casi ha desaparecido de la literatura sobre el tema en la actualidad, posiblemente por los

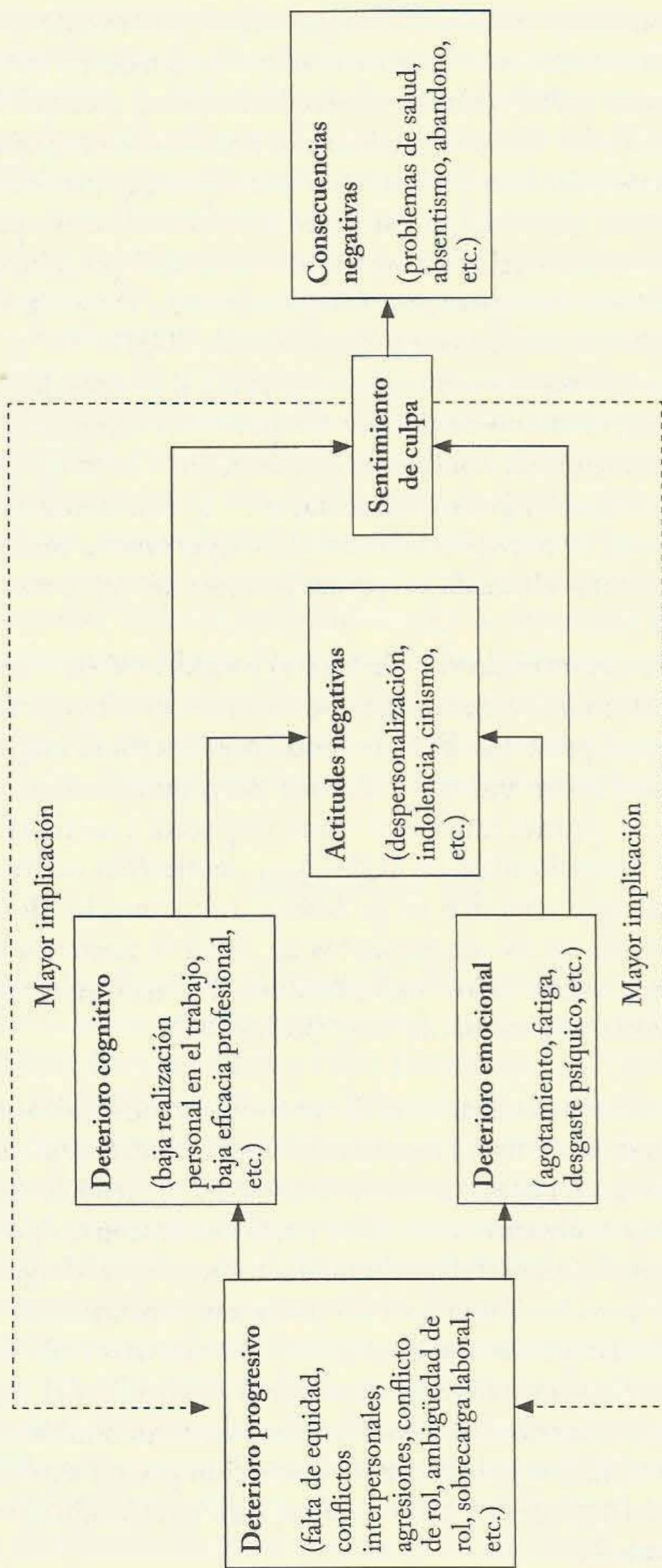
intentos de diferenciar el SQT de otras patologías, o por el hecho de que el estudio del fenómeno se centra desde sus comienzos en las dimensiones del MBI (desde que Perlman y Hartman (1982) publicaron su emblemático estudio). Sin embargo, la evidencia clínica y los estudios cualitativos basados en entrevistas indican que los sentimientos de culpa son un síntoma habitual en algunos individuos que han desarrollado el SQT; asimismo, constituyen una variable clave para explicar algunas de las consecuencias del síndrome tales como la depresión, el ausentismo, el consumo de alcohol y tabaco, etc. (Bialous, Sarna, Wewers, Froelicher y Danao, 2004; Gil, 2005; Ohannessian y Hesselbrock, 2009).

Por otro lado, son diversas las estrategias cognitivas al alcance de un individuo tras el proceso del SQT, de donde se pueden formular dos hipótesis: *a*) permiso para justificar la utilización de conductas proscritas por la ética (justificación moral, atribución de culpa, lenguaje eufemista, etc.), lo cual conlleva un desplazamiento o anulación de la culpa, y *b*) el individuo experimenta remordimientos por no realizar de manera adecuada las prescripciones del rol, generando culpa (véase la figura 2).

El modelo teórico desarrollado por Gil (2005) considera al SQT como una respuesta al estrés laboral crónico característico de los profesionales que tienen como objeto de trabajo a otras personas. En este modelo, el deterioro cognitivo (bajas puntuaciones en ilusión por el trabajo) y afectivo (altas puntuaciones en desgaste psíquico) aparece en un primer momento como respuesta a las fuentes de estrés laboral crónico; con posterioridad los individuos desarrollan actitudes negativas hacia las personas que atienden en su trabajo (altos niveles de indolencia) (Gil, 2005). La aparición de los sentimientos de culpa es posterior a estos síntomas, pero no los presentan todos los individuos. De esta manera, es posible distinguir dos perfiles en el proceso del SQT (Gil, 2005).

- El perfil 1 conduce a la aparición de un conjunto de sentimientos y conductas vinculados al estrés laboral que originan una forma moderada de malestar, pero no incapacitan al individuo para el ejercicio de su trabajo, aunque podría realizarlo mejor. Este perfil se caracteriza por la presencia de baja ilusión por el trabajo, junto a altos niveles de desgaste psíquico e indolencia, pero los individuos no presentan sentimientos de culpa.
- El perfil 2 constituye con frecuencia un problema más serio: identificaría a los casos clínicos más deteriorados por el desarrollo del SQT. Además de los síntomas anteriores, los individuos presentan también sentimientos de culpa (Gil, 2005, 2008). Esta distinción podría explicar los diferentes tipos del SQT identificados en otros estudios (Vanheule *et al.*, 2003) (véase la figura 2).

FIGURA 2
 FUNCIONES DE LOS SENTIMIENTOS DE CULPA EN EL DESARROLLO
 DEL SQT Y SUS CONSECUENCIAS



FUENTE: Gil (2005).

Prevalencia e incidencia del síndrome

Diversos estudios en el mundo han puesto de relieve la existencia del SQT en determinadas profesiones, sin embargo su evaluación y su alcance están hoy en día abiertos al debate y a la investigación. El problema central en la evaluación del SQT nace de su propia naturaleza al poder ser concebido como una variable continua o dicotómica, lo cual determina la necesidad de precisar y definir los puntos de corte más adecuados para su estimación, especialmente dentro de la perspectiva dicotómica del síndrome, donde la importancia de éstos es crucial.

La ausencia de criterios claros en la evaluación del SQT tiene una visible repercusión en la estimación de su epidemiología (Gil, 2007). En este sentido, algunos autores recomiendan ser prudentes al utilizar los distintos procedimientos para estimar las tasas de prevalencia o incidencia del SQT, pues al no existir suficiente evidencia científica de los criterios fundadores de los puntos de corte ofrecidos como alternativas de uso, y al no considerarse aspectos históricos, sociológicos y transculturales para dar cabal entendimiento al fenómeno, se podrían señalar y considerar resultados excesivamente abultados y fuera de la realidad (Olivares, Vera y Juárez, 2009).

Otro aspecto de gran importancia en las estimaciones del síndrome es que muchos de los estudios presentan problemas de orden metodológico, tal como lo señalaba Kilpatrick (1989) y es ratificado en la actualidad por Gil (2005). La gran mayoría de los estudios del SQT son de carácter descriptivo, donde existe una muy baja tasa de respuesta respecto del total de personas consideradas como participantes en las investigaciones, lo cual limita las posibilidades de establecer y conocer las posibles relaciones causales existentes entre las variables estudiadas y el fenómeno. Algunos autores señalan que existe alrededor de 25% de estudios del SQT con cierto rigor metodológico (Ferrer, 2005).

Por otro lado, en la medición de la prevalencia e incidencia del síndrome, es preciso considerar que los participantes en estas investigaciones son fundamentalmente personas inmersas en la actividad laboral, y no las personas que han sufrido las consecuencias del SQT, las cuales muy probablemente están incapacitadas para seguir desempeñando sus labores en sus puestos de trabajo y, por lo tanto, no pueden “estar presentes”, hay grandes posibilidades de que dichas personas hayan causado baja laboral por enfermedades comunes o tipificadas con el rótulo de “enfermedades o accidentes de trabajo”.

Los estudios internacionales sobre la prevalencia e incidencia del SQT muestran resultados muy dispares, básicamente por la poca claridad en los criterios diagnósticos a seguir, la diversidad en los cuestionarios utilizados y la interpreta-

ción de los resultados al considerar una o las tres dimensiones del MBI (Maslach Burnout Inventory) alteradas.

Weber y Jaekel (2000), en un estudio de la Organización Mundial de la Salud (OMS), señalaban que el SQT era una de las principales enfermedades de los europeos y los estadounidenses, junto con la diabetes y las enfermedades cardiovasculares.

Europa

El alcance del síndrome en Europa es difícil de conocer, aunque algunos informes dan luces de ello; por ejemplo, la III Encuesta Europea sobre Condiciones de Trabajo (2001) afirmaba, a principios del presente siglo, que 23% de los trabajadores europeos sufrían este síndrome (Paoli y Merllié, 2001). En la década de los años noventa se estimaba que más de un millar de estudios empíricos habían analizado el SQT, de los cuales 34% se habían llevado a cabo en el ámbito de la atención sanitaria y 27% en la enseñanza (Schaufeli, 1999; Reig-Ferrer, 2002). El SQT es un reto para las instituciones europeas por sus importantes estimaciones en múltiples estudios epidemiológicos recientes, los cuales señalan una prevalencia de entre 2 y 37% e incluso superior (Grau, Flichtentrei, Suñer, Prats y Braga, 2009; Robalino y Körner, 2005; Schaufeli, 2003; Soler, Yaman y Esteva, 2007), como la obtenida por una reciente revisión que incluyó el análisis de 19 estudios sobre el SQT en médicos residentes, el cual mostró una prevalencia de entre 18 y 82% (Prins, Gazendam-Donofrio, Tubben, Van der Heijden, Van der Wiel y Hoekstra-Weebers, 2007). En resumen, en estos países los resultados de los estudios revisados señalan una prevalencia de entre 2.4 y 47% del SQT, y entre 17 y 57.9% de AE (agotamiento emocional), 3.1% y 90.9% (Arigoni, Bovier, Mermillod, Waltz y Sappino, 2009; Ávalos, Giménez y Molina, 2005; Cebriá, 2003; Estryrn, Van der Heijden, Oginska, Camerino, Le Nézet, Conway *et al.* 2007; Grau, Suñer y García, 2005; Hallsten, 2005; Lert, Chastang y Castano, 2001; Mebenzehl, Lukesch, Klein, Hajak, Schreiber y Putzhammer, 2007; Morais Maia, Azevedo, Amaral y Tavares, 2006; Platsidou y Agaliotis, 2008; Quattrin, Zanini, Nascig, Annunziata, Calligaris y Brusaferrero, 2006; Soler, Yaman, Esteva, Dobbs, Asenova, Katic *et al.*, 2008; Zijlstra y De Vries, 2000).

Estados Unidos

En Estados Unidos, Chopra, Sotile y Sotile (2004) realizaron una búsqueda en PubMed y otras importantes fuentes de datos científicas, utilizando los términos de búsqueda "médico", "burnout" y "Maslach", identificaron un conjunto de estudios centrados en médicos de Estados Unidos y Canadá. Los estudios inclui-

dos en esta revisión se realizaron entre los años 1984 y 2001 (con una tasa de respuesta de 60%), y utilizaron el MBI-HSS (Maslach Burnout Inventory-Human Services) para medir la prevalencia e incidencia del SQT. Las investigaciones, aunque con muestras pequeñas y generalmente localizadas, sugieren que los componentes del SQT pueden ser comunes entre los médicos en ejercicio, y tienen una prevalencia de entre 46 a 80% con un grado de moderado a alto de AE; 22% a 93% con una moderada a alta DP (despersonalización) y 16 a 79% con baja a moderada-baja RPT (realización personal en el trabajo) (Thommasen, Lavanchy, Connelly, Berkowitz y Grzybowski, 2001). En resumen, en este país, los resultados de los estudios revisados señalan una prevalencia de entre 5 y 80% del SQT, y entre 32 y 56% de AE, 4.32 y 73% de DP y 4 y 41.39% de baja RPT. Estos porcentajes son similares a los de los estudios europeos, lo cual confirma la gran disparidad de prevalencias existentes del síndrome (Allegra, Hall y Yothers, 2005; Bunting, 2000; Collier, McCue, Markus y Smith, 2002; Gabbe, Melville, Mandel y Walker, 2002; Martín, Arfken, Churchill y Balon, 2004; Johns y Ossoff, 2005; Mirvis, Graney y Kilpatrick, 1999; Rohland, Kruse y Rohrer, 2004; Shanafelt, Wes, Sloan, Novotny, Poland, Menaker, Rummans *et al.*, 2009).

Otros países

En países como Canadá, Australia, Arabia Saudita, Japón, Irán, Palestina, Israel, Kenia y otros, los resultados de los estudios revisados señalan una prevalencia de entre 4.15 y 59.2% del SQT, entre 20 y 50.7% de AE, 5.5 y 59.4% de DP y 6.5 y 53.3% de baja RPT (Abdallah, 2009; Imai, Nakao, Tsuchiya, Kuroda y Katoh, 2004; Pines y Giora, 2005; Moghadam y Tabatabaei, 2006; Ndeti, Pizzo, Maru, Ongecha, Khasakhala, Mutiso *et al.*, 2008; Sadat-Ali, Al-Dakheel y Shiyan, 2005; Thommasen *et al.*, 2001; Winwood y Winefield, 2004).

Iberoamérica

En América Latina la cuestión no parece diferente. En la actualidad, Grau, Flichtentrei, Suñer, Prats y Braga (2009), al comparar la prevalencia del SQT de 11 530 profesionales sanitarios de distintos países de habla hispana (Argentina, México, Ecuador, Perú, Colombia, Uruguay, Guatemala, España, El Salvador y otros), utilizando el MBI y una metodología *online* de evaluación, determinaron la tasa de prevalencia del SQT en los profesionales de España en 14.9%, en los de Argentina, 14.04%, y en los de Uruguay 7.9%. Los profesionales de México, Ecuador, Perú, Colombia, Guatemala y El Salvador presentaron prevalencias de entre 2.5 y 5.9%. Por profesiones, medicina tuvo una prevalencia de 12.1%; enfermería,

7.2% y odontología, psicología y nutrición cifras inferiores a 6%. Entre los médicos, el SQT predominó en quienes trabajaban en urgencias (17%) e internistas (15.5%), mientras que los anestesiólogos y los dermatólogos tuvieron las prevalencias más bajas (5% y 5.3% respectivamente). En resumen, en los estudios latinoamericanos revisados se pueden apreciar porcentajes divergentes de prevalencia del SQT de entre 3 y 72% del SQT, y entre 27.9 y 71.9% de AE, 6.3 y 96.1% de DP y 22.7 y 62.15% de baja RPT, confirmando con ello los planteamientos que ponen énfasis en tener ciertas precauciones a la hora de considerar los valores de incidencia y prevalencia del SQT existentes, pues muchos de éstos no consideran las dificultades en el establecimiento de la epidemiología del SQT y su compleja conceptualización dimensional básica (Aragón, Morazán y Pérez, 2008; Benavides, 2008; Caballero, González, Mercado, Llanos, Bermejo y Vergel, 2009; Fernández, 2008; González, 2007; Juárez y Schnall, 2007; Marucco y Gil, 2007; Millán y Mesén, 2009; Moreira, Magnago, Sakae y Magajewski, 2009; Pando, Aranda, Alderete, Flores y Pozos, 2006; Paredes y Sanabria, 2008; Silveira y Rodríguez, 2007; Restrepo, Colorado y Cabrera, 2006; Román, 2003; Tucunduva, Garcia, Centofanti, Souza, Monteiro, Vince *et al.*, 2006; Unda, Sandoval y Gil, 2008).

Estudios de prevalencia realizados en Chile

En Chile, como en muchos países latinoamericanos, no existen datos nacionales estadísticamente representativos para dar cuenta de los costos del estrés laboral y de sus patologías asociadas, como el SQT. En este país existen escasas investigaciones empíricas sobre este fenómeno, por lo tanto se desconoce la magnitud y la dimensión real de esta problemática y cómo ésta actúa sobre los trabajadores y las organizaciones.

Una búsqueda en la base de datos *PsycINFO* de la American Psychological Association proporcionó información para apoyar la existencia de la escasa literatura científica producida en Chile. Al respecto, se solicitó la búsqueda de todas las publicaciones existentes sobre *burnout* en Chile hasta el año 2010, sobre los resultados recogidos se aplicaron distintas estrategias de pesquisa, que arrojaron sólo cuatro publicaciones, y en la base de artículos *Psicodoc* del Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid, sólo ocho publicaciones.

En los estudios en Chile sobre el SQT, los porcentajes de las personas afectadas por el síndrome son muy dispares; se obtuvieron, por ejemplo, porcentajes de 30.8% en asistentes sociales (Barría, 2002), 33.9% en personal de salud (García, Meza y Palma, 1999), 48.7% en policías (Briones, 2007) y entre 24.4 y 61% en profesores (Miño, 2003; Parra, 2005; Valdivia, Avendaño, Bastias, Milicia, Morales, Scharager, 2003). Estos resultados confirman la ausencia de criterios claros

en la evaluación del SQT, cuya consecuencia tiene una notoria repercusión en la estimación de su epidemiología.

Con criterios más rigurosos de prevalencia, Quass (2006), mediante el MBI, y Gil Monte y Olivares (Gil y Olivares, 2007; Olivares y Gil, 2008) empleando el "Cuestionario para la evaluación del síndrome de quemarse por el trabajo" (CESQT) (Gil, 2005, 2010), han señalado una prevalencia del síndrome en profesores universitarios, en personal de atención a clientes y en profesionales de servicios humanos de 1.5%, 3.45% y 5% respectivamente. Estos porcentajes se acercan más a lo ofrecidos por Schaufeli y Van Dierendonck (1995) aplicando criterios clínicamente contrastados.

En resumen, y dado que sólo en los Países Bajos se presentan datos con criterios clínicamente validados, pudiésemos determinar con cierto grado de certeza la prevalencia del SQT entre 4 y 7% de la población activa; esto, sólo en los Países Bajos, podría significar entre 250 mil y 440 mil empleados. Estas cifras podrían ascender a alrededor de 10% en ocupaciones específicas (Schaufeli, 2003), lo cual ha sido contrastado por ejemplo por Bakker, Schaufeli y Van Dierendonck (2000), quienes han señalado la prevalencia del síndrome en varias muestras holandesas de profesionales: los médicos del trabajo, 11.3% ($n = 760$); médicos generales, 8.2% ($n = 562$); enfermeras de la comunidad, 7.8% ($n = 116$); parteras, 6.6% ($n = 316$); fisioterapeutas, 5.4% ($n = 444$); odontólogos, 4.7 ($n = 708$) y enfermeras de oncología 1.7% ($n = 410$).

Por su parte, Schaufeli (2003), por medio de la búsqueda en diversas bases internacionales de datos, utilizando los descriptores MBI/HSS/ES (Maslach Burnout Inventory-Educators), encontró que de 13 463 profesionales de servicios humanos, 4% parecían sufrir clínicamente el SQT. En este estudio, se cree que 16.1% puede estar en riesgo del síndrome, pues se ubicó en el cuartil superior de la distribución a dos de los tres instrumentos investigados.

Asimismo, utilizando el MBI-GS (Maslach Burnout Inventory General Survey) en una muestra nacional representativa de la población activa holandesa ($n = 1\ 129$), Zijlstra y De Vries (2000) estimaron en 7.2% el sufrimiento del SQT de forma clínica. En este estudio, las tasas más altas del síndrome se encontraron en el comercio, la hostelería, la restauración, la industria (12.2%) y la enseñanza (9%), mientras las más bajas estuvieron en los servicios comerciales (5.4%) y los servicios públicos (5.4%). Los servicios humanos (6.8%) y la manufactura (6.5%) se encontraron en puntos intermedios. Sin embargo, al comparar las puntuaciones del SQT de los Países Bajos y Estados Unidos, por ejemplo, los niveles de síndrome difieren. Schaufeli y Enzmann (1998) compararon datos de 57 estudios de Estados Unidos (total $n = 12\ 239$) con 27 estudios de los Países Bajos (total $n = 10\ 502$), y demostraron que los niveles de AE y DP fueron significativamente ma-

yores en Estados Unidos comparados con Países Bajos, en tanto que la baja RPT resultó considerablemente menor.

Por otro lado, en un importante estudio en muestras de profesores holandeses, se determinó que en 9.7 y 13.9% respectivamente de la muestra, los participantes de la investigación habían sufrido de forma clínica el síndrome entre 1996 ($n = 1\ 309$) y 1997 ($n = 998$) (Taris, Schaufeli, Schreurs y Caljé, 2000). Cabe destacar que en este estudio, dos tercios de los profesores se encontraron afectados al síndrome en los dos periodos (1996-1997), mientras que sólo un tercio lo hizo en sólo una de las fechas (se recuperaron en el plazo de un año). Esta situación podría ilustrar el carácter crónico del este síndrome.

Hoy en día existe sólo un conocimiento limitado de la prevalencia del SQT. Dada la casi inexistencia de estudios basados en una validación clínica de los puntos de corte utilizados, se imposibilita estimar la prevalencia del síndrome con la rigurosidad debida.

Las muestras objeto de estudio en la mayoría de las investigaciones no son lo suficientemente representativas y grandes. En su lugar, tenemos por una parte algunas muestras grupales que, si bien son representativas, lo son de forma específica al grupo profesional o de forma heterogénea y, por otra, son muestras en las que se desconoce su representatividad. La investigación del SQT se ha llevado a cabo replicando estudios realizados, sobre todo, en Estados Unidos y en Europa.

En la actualidad el MBI es todavía el principal instrumento utilizado para medir el SQT, lo cual da ciertas ventajas respecto de otros instrumentos de medición de este fenómeno, pues al ser utilizado en una gran cantidad de países permite realizar comparaciones de los resultados. Sin embargo, es preciso considerar que el MBI es un instrumento estadounidense, por lo cual la extrapolación cultural conlleva importantes dificultades (Molina, García, Alonso y Cecilia, 2003). Para medir el grado de SQT en función de sus dimensiones del MBI, Maslach y Jackson presentaron puntos de corte con un criterio de percentiles; así, se divide la muestra en tres grupos iguales para cada dimensión del cuestionario. Este sistema de medida del SQT conlleva discrepancias en los resultados, dando índices de prevalencia de este síndrome muy diferentes en función del criterio adoptado.

Hoy en día no existe un criterio unánime para diagnosticar el síndrome ni tampoco sobre los porcentajes de prevalencia e incidencia. Por lo general, al utilizar los valores normativos de muestras que no son extrapolables, los resultados se desvían estableciendo niveles de SQT fuera de la realidad y muchas veces supervalorados. Por ejemplo, en una población japonesa, si se siguen criterios estadounidenses, 68% estaría seriamente afectado por el SQT, mientras que sólo lo estaría 24% de los japoneses con criterios de la propia población (Moreno,

2007); o en Chile, donde al determinar la prevalencia del SQT con diferentes criterios normativos utilizando el MBI y el CESQT, ésta variaba en función del criterio utilizado: siguiendo los puntos de corte del manual de Estados Unidos, la prevalencia es de 7.6%; 9% siguiendo los criterios de España; 6.9% siguiendo los criterios de Chile; en cambio, considerando los criterios clínicos establecidos en Holanda, el porcentaje se reduce al 3.2% (Olivares *et al.*, 2009). Al no definir un criterio clínico de referencia para identificar claramente a las personas que han desarrollado el SQT, la clasificación de ellas en función de la patología resulta lógicamente arbitraria pues se parte de puntos de corte no compartidos.

Golembiewsky, Munzenrider y Carter (1983) han propuesto otro método alternativo al sistema normativo de percentiles, donde establecen como punto de corte la mediana obtenida para la muestra en cada una de las escalas. Este método permite graduar el SQT en intensidad identificando ocho grupos, y cada dimensión se clasifica en alto/bajo. Sin embargo, debido a su complejidad, es un sistema poco utilizado. Los resultados obtenidos oscilan desde 0 hasta 35%. A su vez, Shirom (1989) propone medir el SQT a partir de la escala de frecuencia, de esta forma el punto de corte para considerar que se ha desarrollado el síndrome sería igual o superior a "algunas veces al mes". El autor es partidario de utilizar, con el fin de minimizar el efecto de la deseabilidad social, el punto de corte a partir de las respuestas igual o superior a "algunas veces por semana". Con el criterio descrito de anclajes (Shirom, 1989), se identifican los casos severos del SQT con menores porcentajes de incidencia.

En resumen, en estas últimas décadas, cuando la investigación sobre el SQT se ha basado de forma casi mayoritaria en la configuración tridimensional del síndrome propuesta por Maslach y Jackson (1981), la gran mayoría de los estudios del SQT han empleado un diseño transversal, lo cual, si bien ha posibilitado obtener una gran cantidad de información sobre los niveles de prevalencia e incidencia del fenómeno en distintas poblaciones profesionales, y ha permitido conocer de mejor manera la influencia de las diferentes variables relacionadas con este fenómeno, también ha limitado la realización de inferencias causales, obstaculizando una comprensión más profunda del síndrome. Esta situación se ha visto reflejada en la actualidad mediante la existencia de pocos estudios con empleo de métodos longitudinales o diseños experimentales o cuasi experimentales.

La utilización de cuestionarios ha aportado varias ventajas, como permitir tener información suficientemente fiable en tiempos relativamente cortos, posibilitando de esta forma una comparación de resultados más rápida y con un relativo menor esfuerzo que otras técnicas. Igualmente, permite el anonimato de los participantes. Éstos constituyen aspectos fundamentales para aproximarse a la problemática presentada por el síndrome.

La demanda de realizar diagnósticos y de estimar la prevalencia e incidencia del SQT, sumadas a las insuficiencias del MBI, han generado, junto con la necesidad de construir instrumentos de evaluación alternativos y específicos que presenten valores psicométricos adecuados de fiabilidad y validez —como es el caso del CESQT (Gil, 2005)—, la utilización de métodos de diagnóstico que aporten estimaciones más próximas a la realidad del fenómeno, como las utilizadas en los escasos estudios basados en criterios contrastados clínicamente, los cuales han aportado una mejor aproximación a la verdadera dimensión de este fenómeno.

En ese sentido, el método propuesto por Shirom (1989) basado en el criterio descrito de anclajes es, a la luz de la evidencia empírica, un método que permite acercarse de forma más precisa a una primera aproximación al fenómeno, pues permite la identificación de los casos severos de SQT de forma más precisa, lo cual apoya a una disminución de los porcentajes de incidencia, ajustándose de mejor forma a la problemática señalada por el síndrome, visualizada en los valores señalados por los estudios que han utilizado criterios diagnósticos clínicamente contrastados.

Así pues, el objetivo de este estudio fue conocer y estudiar la prevalencia del SQT, estimada mediante el CESQT —por medio de la identificación de la presencia de baja ilusión por el trabajo, junto a altos niveles de desgaste psíquico e indolencia (perfil 1), y la presencia, junto a los síntomas anteriores, de culpa (perfil 2)—, en una muestra de profesionales de una empresa minera de Chile, pues en función de los estudios revisados se espera encontrar en la muestra estudiada una prevalencia inferior a 10% (hipótesis 1).

MÉTODO

Participantes

La muestra estuvo conformada por 260 trabajadores de una empresa minera de Chile. Se distribuyeron de manera no aleatoria un total de 546 cuestionarios en 13 áreas de trabajo de la empresa. La tasa de respuesta del estudio fue de 47.61%. Fueron 169 hombres (65%) y 91 mujeres (35%). La media de edad de los participantes en el estudio ha sido de 45.38 años (desviación estándar = 10.72); 79.23% ($n = 206$) declaró tener una pareja estable y 20.77% ($n = 54$) no tener pareja estable. Según tipo de contrato, 100% ($n = 260$) declara poseer un contrato fijo. La media de antigüedad en la profesión de los participantes en el estudio ha sido de 19.38 años ($dt = 11.22$). La media de antigüedad en la organización ha sido de 15.37 años ($dt = 11.20$). Según el nivel de estudios, 82.3% ($n = 214$) corres-

ponde a trabajadores con estudios universitarios, 6.2% ($n = 16$) con estudios técnicos, 4.2% ($n = 11$) con enseñanza secundaria, 0.4% ($n = 1$) con enseñanza primaria y 6.9% ($n = 18$) no contestó.

Instrumentos

El SQT se midió mediante el "Cuestionario para la evaluación del síndrome de quemarse por trabajo" (CESQT) (Gil, 2010; Gil y Olivares, 2011). Este instrumento está formado por 20 reactivos distribuidos en cuatro dimensiones denominadas:

- Ilusión por el trabajo (cinco ítems). Se refiere al deseo de alcanzar metas laborales percibidas como fuente de placer y realización personal; ejemplo: "Veo mi trabajo como una fuente de realización personal", $\alpha = 0.90$.
- Desgaste psíquico (cuatro ítems). Esta dimensión evalúa el agotamiento emocional y físico causado por el trato continuo con personas que presentan o causan problemas; supone el fracaso de los recursos afectivos del individuo, ejemplo: "Me siento agobiado por el trabajo", $\alpha = 0.86$.
- Indolencia (seis ítems). Esta dimensión evalúa las actitudes negativas, tales como insensibilidad, indiferencia, cinismo, etc., hacia el trabajo y hacia los clientes de la organización; ejemplo: "No me apetece atender a algunos pacientes", $\alpha = 0.66$.
- Culpa (cinco ítems). Evalúa los sentimientos de remordimiento desarrollados por los trabajadores vinculados a la creencia de no tener un comportamiento positivo y adecuado en su trabajo, y por la falta de éxito profesional, ejemplo: "Me siento culpable por alguna de mis actitudes en el trabajo", $\alpha = 0.60$.

Los ítems se evalúan mediante una escala de frecuencia de cinco grados que va de 0 "Nunca" a 4 "Muy frecuentemente: todos los días". Bajas puntuaciones en ilusión por el trabajo, junto a altas puntuaciones en desgaste psíquico e indolencia establecen la presencia del síndrome (perfil 1), lo cual, asociado con altos niveles de culpa, indican con frecuencia un problema más serio que identificaría los casos clínicos más deteriorados por el desarrollo del *burnout* (perfil 2).

Procedimiento

Para la recolección de datos, primero se tomó contacto con la Dirección General de la empresa, donde se expuso el objetivo del estudio con el fin de obtener la

autorización y el apoyo necesario para la aplicación de los instrumentos. Este estudio fue aprobado por un comité ético de la institución, donde se verificó la rigurosidad y la calidad de la investigación desde el punto de vista de su idoneidad y viabilidad ética. Se pidió a todos los participantes responder el cuestionario de manera voluntaria y anónima, tras la lectura y aceptación de un protocolo denominado "consentimiento informado". Los participantes fueron seleccionados de forma no aleatoria. Los cuestionarios se aplicaron en todas las áreas de trabajo, previa aceptación de los jefes, cumplimentándose en las jornadas de trabajo de cada departamento de la empresa de forma presencial.

Análisis de datos

Para la determinación y el análisis diagnóstico de los niveles del síndrome en los participantes de la muestra, se utilizó el método de anclajes de la escala de frecuencia de evaluación como alternativa a los criterios normativos (Shirom, 1989). De esta manera, se considera que los individuos que presentan síntomas con una frecuencia igual o superior a "Algunas veces al mes" han desarrollado el SQT. Este acercamiento se basa en la conclusión de la tendencia a infravaloración de los niveles del SQT por los individuos al responder los cuestionarios debido a efectos de deseabilidad social, o por la formulación negativa de los ítems. Shirom (1989) también es partidario de un diagnóstico más conservador, consistente en considerar que sólo los individuos que informan de una frecuencia igual o superior a "Algunas veces por semana" han desarrollado el SQT. Aplicando estos criterios, este autor concluye que la prevalencia del SQT en docentes en Estados Unidos puede situarse entre 10 y 20%. Con el procedimiento recomendado por Shirom (1989), se identifican los casos severos de SQT con porcentajes de incidencia menores, lo cual es más ajustado a la realidad. Es necesario conocer y evaluar la prevalencia y la incidencia del SQT y poder discriminar entre individuos con y sin SQT. No existe un criterio unánime para diagnosticar el síndrome ni tampoco sobre los porcentajes de prevalencia e incidencia. Por lo general, al utilizar los valores normativos de muestras que no son extrapolables a las del estudio en cuestión, los resultados están sesgados y aportan niveles de SQT ajenos a la realidad. La opción propuesta es aumentar el percentil 66 a 75 o 95 para decidir los casos clínicos, pero aún así no existe apoyo suficiente a esta solución (Gil, García y Caro, 2005). Con el objetivo de validar el CESQT como instrumento diagnóstico, se calcularon los percentiles 10, 25, 33, 50, 66, 75 y 90 para la muestra estudiada, basándose en los resultados realizados con una muestra normativa chilena y una iberoamericana que forman parte del manual del CESQT (Gil, 2010), formada por 1 810 y 12 025 individuos, respectivamente.

Para efectos de diagnóstico, se considera que una persona ha desarrollado el SQT cuando presenta puntuaciones iguales o mayores a 2 en el promedio de las tres subescalas. Dada la independencia de las dimensiones de este instrumento, de manera que altas puntuaciones en una dimensión no conlleva necesariamente altas puntuaciones en las otras, se considera un caso grave (perfil 1) si la persona presenta bajas puntuaciones en "Ilusión por el trabajo", junto con altas puntuaciones en "Desgaste psíquico" e "Indolencia". El caso será muy grave cuando altas puntuaciones en el promedio de las tres escalas se acompañen de altos sentimientos de culpa (perfil 2).

RESULTADOS

Siguiendo las recomendaciones de Shirom (1989), se obtuvo que de los 260 trabajadores que participaron en el estudio, 8 (3.1%) obtuvieron altos niveles en el promedio de los 15 ítems que conforman las subescalas de ilusión por el trabajo, desgaste psíquico e indolencia, pues presentaron puntuaciones ≥ 2 ("Algunas veces al mes") (perfil 1), y dos se han considerado casos muy graves, ya que al promedio de los 15 ítems, le acompañan altos niveles en la subescala culpa (pues presenta puntuaciones ≥ 2 en esta subescala) (perfil 2).

Más específicamente, 36 individuos (13.8%) percibieron baja ilusión por el trabajo, pues presentaron puntuaciones inferiores a dos en esta subescala. De la misma forma, 79 individuos (30.4%) alcanzaron altos niveles en la subescala desgaste psíquico y dos individuos (0.8%) en la subescala indolencia. Obtuvieron altos niveles en sentimientos de culpa seis individuos (2.3%), ya que presentaron puntuaciones ≥ 2 en esta subescala (véanse la tabla 1 y la gráfica 1).

Como referente importante en cuanto a la validación del CESQT y como instrumento diagnóstico del SQT, se calcularon los percentiles para la muestra de la investigación, para la muestra normativa chilena ($n = 1\ 810$ individuos) y para la muestra normativa iberoamericana ($n = 12\ 025$ individuos) (Gil, 2010).

Siguiendo uno de los criterios más habituales para dividir las puntuaciones de la muestra, se calcularon los percentiles P10, P25, P33, P50, P66, P75 y P90, para ajustar el diagnóstico del síndrome (véase la tabla 2). Se utiliza el P90 para establecer los individuos con alto nivel del SQT pues es el decil que más se aproxima al valor 2, que en el caso de la subescala ilusión por el trabajo es el decil 1 y en la escala de desgaste psíquico el P66.

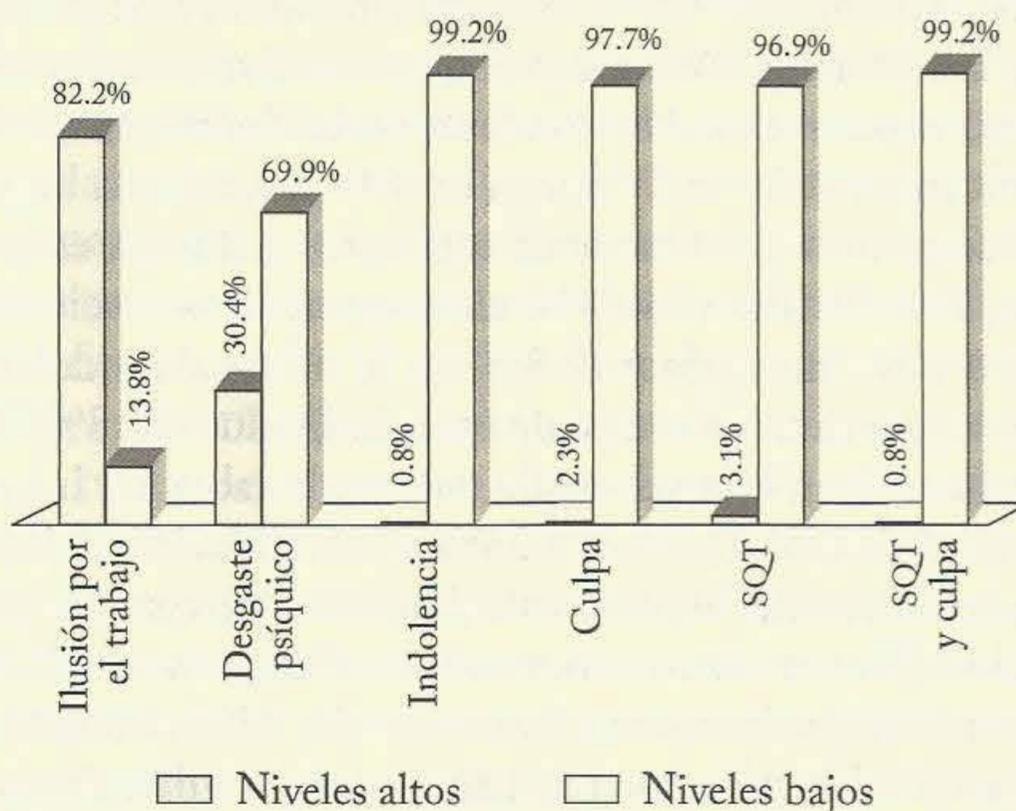
Cuando se aplica el P90 como punto de corte para identificar los casos altos de SQT, se obtiene:

TABLA 1
NÚMERO Y PORCENTAJE DE PARTICIPANTES CON ALTOS *VERSUS* BAJOS NIVELES DEL SQT APLICANDO EL PROCEDIMIENTO DE ESCALA DE FRECUENCIA DE EVALUACIÓN

	<i>Niveles altos</i>		<i>Niveles bajos</i>	
	≥ 2	%	< 2	%
1. Ilusión por el trabajo	224	86.2	36	13.8
2. Desgaste psíquico	79	30.4	181	69.6
3. Indolencia	2	0.8	258	99.2
4. Culpa	6	2.3	254	97.7
5. SQT (15 ítems)	8	3.1	252	96.9
6. SQT y culpa	2	0.8	258	99.2

FUENTE: elaboración propia.

GRÁFICA 1
NÚMERO Y PORCENTAJE DE PARTICIPANTES CON ALTOS *VERSUS* BAJOS NIVELES DEL SQT Y SUS SUBESCALAS, APLICANDO EL PROCEDIMIENTO DE ESCALA DE FRECUENCIA DE EVALUACIÓN EN LA MUESTRA ESTUDIADA



FUENTE: elaboración propia.

- Aplicando los valores (percentiles) obtenidos con la muestra normativa chilena, 28 (10.77%) participantes puntuaron valores iguales o superiores al P90 en el promedio de los 15 ítems de las subescalas ilusión por el trabajo, desgaste psíquico e indolencia. Estos casos se ajustarían al perfil 1 (gráfica 2). Cuando se consideran los participantes quienes también pre-

sentan puntuaciones iguales o superiores al P90 en la subescala de culpa, sólo 2 (0.77%) de ellos cumplen con este criterio.

- Al aplicar los valores percentilares obtenidos con la muestra normativa iberoamericana, 20 (7.69%) participantes puntuaron valores igual o superiores al P90 en el promedio de los 15 ítems de las subescalas ilusión por el trabajo, desgaste psíquico e indolencia. Estos casos se ajustarían al perfil 1 (véase la gráfica 2). Cuando se consideran los participantes, quienes también presentan puntuaciones P90 en la subescala de culpa, sólo 2 (0.77%) de ellos cumplen con este criterio.

Cabe señalar que cuando se aplica el método de percentiles aumentan los casos del SQT, en comparación a los obtenidos por medio del método de frecuencia (perfil 1). Sin embargo, es el mismo número de casos de personas incluidas dentro del perfil 2 utilizando ambos métodos.

COMENTARIOS

Los resultados obtenidos señalan algo importante: la prevalencia del SQT estimada mediante el CESQT y tomando como referencia los valores normativos calculados con la muestra iberoamericana, fueron inferiores a 10%, lo cual confirma la hipótesis 1 del estudio. Cabe señalar que cuando se aplicó como punto de corte el valor 2 de la escala de frecuencia, siguiendo las sugerencias de Shirom (1989), también se confirmó la hipótesis. Sin embargo, cuando se aplicaron los criterios obtenidos con la muestra normativa chilena, la prevalencia fue ligeramente superior a 10 por ciento.

Estos resultados buscan satisfacer la necesidad actual de realizar diagnósticos y estimaciones sobre la prevalencia del SQT, mediante la utilización de métodos de evaluación con estimaciones más próximas a la realidad del fenómeno, como las utilizadas en los escasos estudios basados en criterios diagnósticos contrastados clínicamente. La utilización del CESQT y su modelo teórico de base (Gil, 2005) como forma de evaluación y comprensión del SQT alternativo al Maslach Burnout Inventory (MBI), aporta este tipo de estimaciones.

En ese sentido, el método propuesto por Shirom (1989) basado en el criterio descrito de anclajes es, a la luz de la evidencia empírica recabada en esta investigación, un método para acercarse de forma más precisa a una primera aproximación al fenómeno, pues permite la identificación de los casos severos del SQT de forma más exacta, lo cual colabora a que los porcentajes de incidencia sean menores, ajustándose de mejor forma a la problemática señalada por el síndrome,

TABLA 2
VALORES PERCENTILES OBTENIDOS PARA LAS ESCALAS
DEL CESQT EN DISTINTAS MUESTRAS

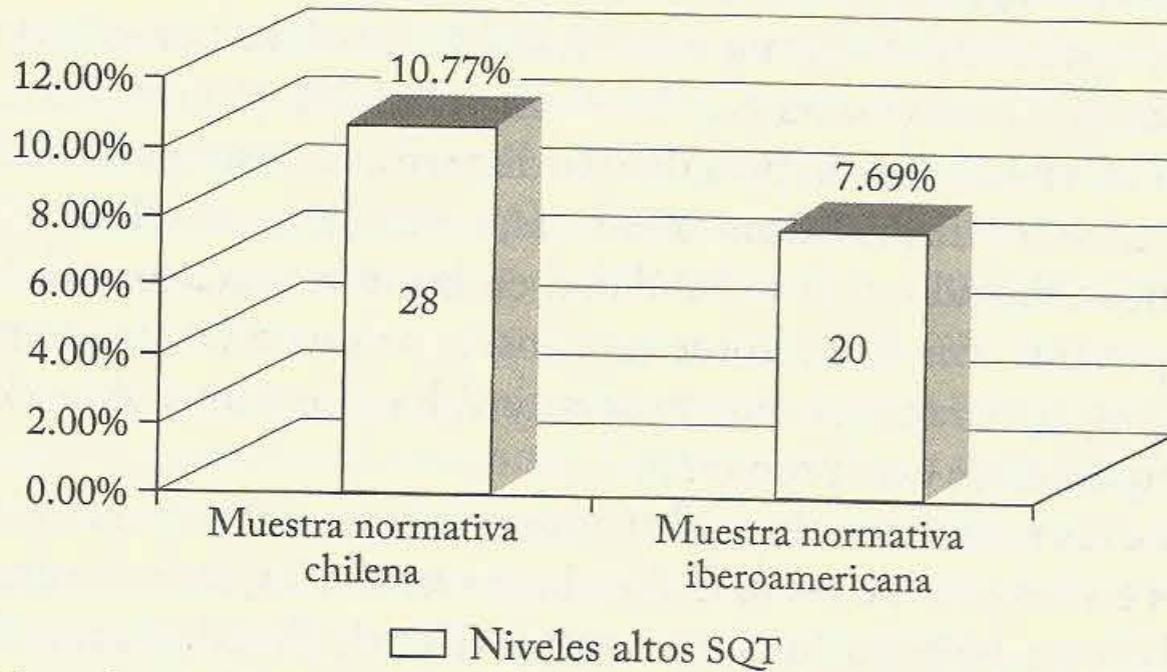
	P10	P25	P33	P50	P66	P75	P90
	<i>Ilusión por el trabajo</i>						
Muestra estudio	1.6	2.25	2.6	3	3.2	3.4	3.98
Muestra normativa chilena	2	2.77	3	3.2	3.6	3.8	4
Muestra normativa iberoamericana	1.8	2.6	2.8	3.2	3.6	3.8	4
	<i>Desgaste psíquico</i>						
Muestra estudio	0.27	0.75	1	1.25	1.75	2	2.75
Muestra normativa chilena	0.5	1	1	1.5	2	2.25	3
Muestra normativa iberoamericana	0.25	1	1	1.5	2	2.25	2.75
	<i>Indolencia</i>						
Muestra estudio	0	0.17	0.33	0.50	0.83	0.85	1.33
Muestra normativa chilena	0	0.33	0.50	0.67	1	1.17	1.67
Muestra normativa iberoamericana	0.17	0.33	0.50	0.83	1.17	1.33	1.83
	<i>Culpa</i>						
Muestra estudio	0.15	0.4	0.6	0.8	1	1	1.4
Muestra normativa chilena	0	0.4	0.6	0.8	1.2	1.4	1.82
Muestra normativa iberoamericana	0	0.40	0.60	0.80	1	1.20	1.80
	<i>SQT</i>						
Muestra estudio	0.33	0.6	0.73	0.93	1.20	1.33	1.8
Muestra normativa chilena	0.33	0.67	0.73	1	1.27	1.40	1.80
Muestra normativa iberoamericana	0.33	0.60	0.73	1	1.27	1.47	1.87

FUENTE: elaboración propia.

visualizada en los valores indicados por los estudios que han utilizado criterios diagnósticos contrastados clínicamente.

Según este procedimiento, sólo 8 (3.1%) participantes del total de la muestra percibieron niveles suficientemente elevados del SQT como para afirmar su afec-

GRÁFICA 2
 PORCENTAJE DE PARTICIPANTES CON ALTOS *VERSUS* BAJOS NIVELES
 DEL SQT (CESQT) APLICANDO EL PROCEDIMIENTO
 DE PERCENTILES (P90), SEGÚN DISTINTAS MUESTRAS
 NORMATIVAS DE REFERENCIA



FUENTE: elaboración propia.

tación por este problema, derivado de los riesgos psicosociales sufridos durante el ejercicio de su actividad laboral. Estos participantes pueden ser categorizados como trabajadores de alto riesgo, y es recomendable recurrir a la intervención de especialistas para prevenir un mayor deterioro. Desde consideraciones psicométricas, en estos casos se podría hablar de riesgo laboral según la legislación y las sentencias jurídicas existentes; por ejemplo, en España y/o Brasil. No obstante, antes de concluir sería necesario realizar una entrevista clínica para confirmar el diagnóstico y descartar otros problemas con posible influencia sobre los síntomas evaluados, así como analizar la intensidad de las consecuencias del SQT en estos participantes y el grado de incapacidad laboral.

Por otra parte, y también desde consideraciones psicométricas, dos (0.8%) participantes se ajustan al diagnóstico de "caso muy grave" al presentar altas puntuaciones en el CESQT junto con altos sentimientos de culpa (Gil, 2005).

Estos participantes pueden ser categorizados como trabajadores de muy alto riesgo, y es recomendable recurrir a la intervención de especialistas para prevenir un mayor deterioro.

Estos resultados también arrojan la existencia de 30.4% ($n = 79$) de los profesionales de la muestra con niveles altos de desgaste psíquico, lo cual manifiesta un riesgo emocional que debe considerar la organización. Esta situación puede resultar clave para prevenir la incidencia futura del SQT y los factores de riesgo en la organización evaluada, pues determinan las estrategias adecuadas de intervención.

Finalmente, hubo 13.08% ($n = 36$) de profesionales, con niveles bajos en ilusión por el trabajo; 0.8% ($n = 2$) con altos niveles de indolencia y 3.1% ($n = 6$) con altos niveles de culpa. Estas variables son importantes para la organización, pues determinan la cronicidad en el posible desarrollo de esta patología.

Este estudio no sigue la línea de trabajo que se ha seguido en las últimas décadas con el SQT, las cuales casi de forma mayoritaria lo conciben como una configuración tridimensional propuesta por Maslach y Jackson (1981). Estas investigaciones indican resultados de prevalencia dispares, fundamentalmente por la diversidad de criterios diagnósticos existentes, lo cual, aunado a la multiplicidad de cuestionarios utilizados y la variabilidad en las interpretaciones para determinar a una persona con el síndrome (al considerar una o las tres dimensiones del MBI alteradas), generan un contexto de incertidumbre y confusión a la hora de conocer la magnitud de este problema.

En vista de los resultados obtenidos en este estudio, cabe concluir la variabilidad de éstos en función de las investigaciones realizadas, los criterios de corte utilizados y las características de las muestras (Renzi, Tabolli, Lanni, Di Pietro y Puddu, 2005; Vahey, Aiken, Sloane, Clarke y Vargas, 2004). Estos resultados se asemejan a los de Schaufeli y Van Dierendonck (1995), quienes en una muestra de trabajadores sanitarios enviados a tratamiento psicopatológico por problemas en su salud mental en el trabajo, establecieron puntos de corte para el MBI-HSS, los cuales fueron validados clínicamente con tasas de prevalencia entre 4 y 7% de la población activa holandesa (Schaufeli, 2003; Schaufeli y Van Dierendonck, 1995); más tarde se señaló que estas cifras podrían ascender a alrededor de 10% en ocupaciones específicas (Schaufeli, 2003). Estas apreciaciones encuentran eco y apoyo empírico en las cifras presentadas en este estudio, a tal punto que estos hallazgos se asemejan a las estimaciones encontradas por Zijlstra y De Vries (2000), quienes señalan que en la población activa holandesa 7.2% sufre del SQT de forma clínica, cifras equiparables de forma mucho más cercana cuando se exponen las tasas de prevalencia por el colectivo profesional incluido en este estudio. Colectivos de características similares al incluido en la presente investigación, como son los trabajadores de los servicios comerciales (5.4%), servicios públicos (5.4%) y servicios humanos (6.8%) arrojan cifras semejantes. Éstas también son comparables a las entregadas por Bakker *et al.* (2000) en profesiones sanitarias holandesas.

Este estudio ayuda a dilucidar y aclarar la problemática de la prevalencia del SQT, otorgando una forma de evaluación y diagnóstico más próximo a las tasas entregadas por Schaufeli y Van Dierendonck (1995), utilizando para ello una herramienta de medición alejada de la realidad estadounidense, evitando de esta forma la peligrosa extrapolación transcultural que conlleva el MBI-HSS. Aplicar

criterios anglosajones a la población latina puede implicar sesgos muy relevantes e inadecuados, debido a las diferencias significativas en los valores normativos de corte por cuestiones socioculturales, lo cual dificultaría concluir sobre el número de individuos que han desarrollado la patología y quienes no la han sufrido (Grau, Gil, García y Figueiredo, 2010; Schaufeli y Van Dierendonck, 1995).

Los resultados de esta investigación son muy similares a los obtenidos en variadas investigaciones que también han utilizado el CESQT (Figueiredo, Gil y Grau, 2009; Olivares y Gil Monte, 2007; Olivares *et al.*, 2009), lo cual indica el valor transcultural de esta forma de medir y entender el síndrome.

Cabe destacar que identificar el SQT solamente como desgaste psíquico es un error, pues el primero es un proceso más complejo que supone un mayor deterioro para la persona; así, un individuo puede padecer desgaste psíquico y no necesariamente presentar el síndrome. De este modo, y a pesar del deterioro emocional como un síntoma esencial para definir el síndrome, por sí solo no es suficiente, pues una mirada descontextualizada del trastorno centrado únicamente en el componente individual del menoscabo emocional, posiblemente haría perder por completo la comprensión total del fenómeno (Maslach *et al.* 2001).

Por otra parte, se consideró importante identificar los percentiles (tabla 2) y compararlos con muestras iberoamericanas y chilenas de referencia, a fin de proporcionar un criterio adicional para tomar en cuenta la valoración de presencia del SQT y también como un elemento que puede contribuir a la validación del CESQT en diversas poblaciones de profesionales. De acuerdo con la propuesta de Gil Monte (2005), se calcularon los percentiles 10, 25, 33, 50, 66, 75 y 90.

Es importante referir que los valores obtenidos para los percentiles con la muestra de este estudio no distan mucho de los obtenidos para las subescalas del CESQT y para el cuestionario en su totalidad en la muestra iberoamericana y chilena de referencia. De esta forma, en la subescala de ilusión por el trabajo el percentil 10 obtenido en estas muestras corresponde al punto 2 en la escala de frecuencia. Para la subescala desgaste psíquico el valor 2 correspondió al percentil 66 en ambas muestras; para la subescala indolencia el percentil 93 y 94 respectivamente, también muy cerca del percentil 90, y para la subescala culpa se encontraron los percentiles 92 y 91. Para el promedio los 15 ítems correspondientes a las subescalas de ilusión por el trabajo (invertida), desgaste psíquico e indolencia, correspondieron los percentiles 92 y 93. Como se puede apreciar, las diferencias resultantes al utilizar el procedimiento de los percentiles o el de frecuencia no son grandes (Figueiredo *et al.*, 2009).

El CESQT ofrece algunas ventajas frente a otros instrumentos existentes de evaluación del SQT. Entre las más importantes cabe destacar: *a*) parte desde un modelo teórico previo al modelo psicométrico, *b*) si bien algunas dimensiones

son similares a las del MBI-HSS, añade los sentimientos de culpa como un síntoma para establecer distintos perfiles en la evolución del SQT, y diferentes grados de afectación de los individuos, y c) supera las insuficiencias psicométricas de otros instrumentos señaladas anteriormente. Todo lo cual lo hace un instrumento adecuado para la medición de esta patología.

Por otra parte, sería recomendable tener presente en futuras investigaciones la realización de análisis comparativos incluyendo más participantes y algunas variables de corte sociodemográfico con posible influencia significativa en el SQT. Asimismo, es importante considerar muestreos aleatorios de carácter longitudinal con énfasis en la consideración de los valores sociales, las condiciones económicas y los momentos históricos que rodean al SQT, pues son elementos decisivos para explicar los procesos de generación de este fenómeno.

BIBLIOGRAFÍA

- ABDALLAH, T. (2009), "Prevalence and Predictors of Burnout among Palestinian Social Workers", en *International Social Work*, núm. 52, pp. 223-233.
- ALIMOGLU, M.K. y L. DONMEZ (2005), "Daylight Exposure and the Other Predictors of Burnout among Nurses in a University Hospital", en *International Journal of Nursing Studies*, núm. 42, pp. 549-455.
- ALLEGRA, C.J.; R. HALL y G. YOTHERS (2005), "Prevalence of Burnout in the U.S. Oncology Community: Results of a 2003 Survey", en *Journal of Oncology Practice*, núm. 1, pp. 140-147.
- ARAGÓN, M.B.; D.I. MORAZÁN y R. PÉREZ (2008), "Burnout en médicos y personal de enfermería del Hospital Escuela 'Óscar Danilo Rosales Argüello', León, 2007", en *Universitas*, núm. 2, pp. 33-38.
- ARIGONI, F.; P.A. BOVIER, B. MERMILLOD, P. WALTZ y A.P. SAPPINO (2009), "Prevalence of Burnout among Swiss Cancer Clinicians, Paediatricians and General Practitioners: Who are most at Risk?", en *Supportive Care in Cancer*, núm. 17, pp. 75-81.
- ASHFORTH, B.E. y R. HUMPHREY (1995), "Emotion and the Workplace: Are Appraisal", en *Humans Relations*, núm. 48, pp. 97-125.
- ÁVALOS, F.; I. GIMÉNEZ y J.M. MOLINA (2005), "Burnout en enfermería de atención hospitalaria", en *Enfermería Clínica*, núm. 15, pp. 275-282.
- BAKKER, A.B.; W.B. SCHAUFELI y D. VAN DIERENDONCK (2000), "Burnout: Prevalentie, Risicogroepen in Risicofactoren [Burnout: Prevalence, Risk Groups and Risk Factors]", en I.L.D. Houtman, W.B. Schaufeli y T. Taris (eds.),

- Psychische vermoeidheid en werk: Cijfers, trends en analyses*, Alphen a/d Rijn, Samsom, pp. 65-82.
- BAKKER, A.B.; E. DEMEROUTI y W.B. SCHAUFELI (2002), "Validation of the Maslach Burnout Inventory-General Survey: An Internet Study Across Occupations", en *Anxiety, Stress and Coping*, núm. 15, pp. 245-260.
- BANDURA, A. (1987), *Pensamiento y acción. Fundamentos sociales*, Barcelona, Martínez Roca.
- BARRÍA, J. (2002), "Síndrome de *burnout* en asistentes sociales del Servicio Nacional de Menores de la Región Metropolitana de Chile", en *Psiquiatria.com*, vol. 6, núm. 4, disponible en <http://www.ergonomia.cl/burnout_chile.pdf>.
- BENAVIDES, A. (2008), "El síndrome de *burnout* en Brasil y su expresión en el ámbito médico", en P.R. Gil Monte y B. Moreno Jiménez (coords.), *El síndrome de quemarse por el trabajo: grupos profesionales de riesgo*, Madrid, Pirámide, pp. 187-199.
- BERKOWITZ, L. (1996), *Agresión, causas, consecuencias y control*, Bilbao, Desclée de Brouwer.
- BIALOUS, S.A.; L. SARNA, M.E. WEWERS, E.S. FROELICHER y L. DANAQ (2004), "Nurses' Perspectives of Smoking Initiation, Addiction, and Cessation", en *Nursing Research*, núm. 53, pp. 387-395.
- BOUDREAU, R. y J. NAKASHIMA (2002), *A Bibliography of Burnout Citations, 1990-2002*, Winnipeg, ASAC.
- BRIONES, D. (2007), "Presencia de síndrome de *burnout* en poblaciones policiales vulnerables de carabineros de Chile", en *Ciencia & Trabajo*, núm. 24, pp. 43-50.
- BUNTING, C. (2000), "Stress on the Emotional Landscape. Are Teachers Suffering from Institutional Depression? Times Educational Supplement", en C. Naylor, *Teacher Workload and Stress: An International Perspective on Human Costs and Systemic Failure* (BCTF Research Report), Vancouver, Teachers' Federation.
- BUUNK, B. y J. YBEMA (2003), "Feeling Bad, but Satisfied: The Effects of Upward and Downward Comparison upon Mood and Marital Satisfaction", en *The British Journal of Social Psychology Leicester*, núm. 42, pp. 613-628.
- CABALLERO, C.; O. GONZÁLEZ, D. MERCADO, C. LLANOS, Y. BERMEJO y C. VERGEL (2009), "Prevalencia del síndrome del *burnout* y su correlación con factores psicosociales en docentes de una institución universitaria privada de la ciudad de Barranquilla", en *Psicogente*, núm. 12, Barranquilla, Universidad Simón Bolívar, pp. 142-157.

- CEBRIÁ, J. (2003), "Distrés crónico y desgaste profesional: algunas hipótesis etiológicas y nosotáxicas", en *Atención Primaria*, núm. 31, pp. 572-574.
- CHOPRA, S.S.; W.M. SOTILE y M.O. SOTILE (2004), "Physician Burnout", en *Journal of the American Medical Association*, núm. 291, p. 633.
- COLLIER, V.; J. MCCUE, A. MARKUS y L. SMITH (2002), "Stress in Medical Residency: Status Quo after a Decade of Reform?", en *Annals of Medicine*, vol. 136, pp. 384-390.
- COOPER, C.L.; P. DEWE y M.P. O'DRISCOLL (2001), *Organizational Stress: A Review and Critique of Theory, Research, and Applications*, Londres, Sage.
- DORMANN, C. y D. ZAPF (2004), "Customer-Related Social Stressors and Burnout", en *Journal of Occupational Health Psychology*, núm. 9, pp. 61-82.
- EAGLY, A.H. y S. CHAIKEN (1993), *The Psychology of Attitudes*, Fort Worth, Harcourt Brace Jovanovich.
- EKSTEDT, M. e I. FAGERBERG (2005), "Lived Experiences of the Time Preceding Burnout", en *Journal of Advanced Nursing*, núm. 49, pp. 59-67.
- ESTRYN BÉHAR, M.; B. VAN DER HEIJDEN, H. OGINSKA, D. CAMERINO, O. LE NÉZET, P.M. CONWAY, C. FRY, H.M. HASSELHORN y NEXT STUDY GROUP (2007), "The Impact of Social Work Environment, Teamwork Characteristics, Burnout, and Personal Factors upon Intent to Leave among European Nurses", en *Medical Care*, núm. 45, pp. 939-950.
- FARBER, B.A. y J. MILLER (1981), "Teacher Burnout: A Psycho-Educational Perspective", en *Teacher College Record*, núm. 83, pp. 235-243.
- FERNÁNDEZ, M. (2008), "Burnout, autoeficacia y estrés en maestros peruanos: tres estudios fácticos", en *Ciencia & Trabajo*, vol. 10, núm. 30, pp. 120-125.
- FERRER, R. (2005), "El desgaste profesional un riesgo laboral", en J. Martínez (coord.), *Quemarse en el trabajo ("burnout")*, Zaragoza, Egido Editorial.
- FIGUEIREDO FERRAZ, H.; P. GIL MONTE y E. GRAU ALBEROLA (2009), "Prevalencia del síndrome de quemarse por el trabajo (*burnout*) en una muestra de maestros portugueses", en *Aletheia*, núm. 29, Cinde/Universidad de Manizales/Universidad Pedagógica Nacional, pp. 6-15.
- FREUDENBERGER, H.J. (1971), "The Professional in the Free Clinic: News Problems, New Views, New Goals", en D.J. Bental y J.L. Schwartz (eds.), *The Free Clinic: A Community Approach to Health Care and Drug Abuse*, Beloit, Stash Press.
- FREUDENBERGER, H.J. (1974), "Staff Burnout", en *The Journal of Social*, núm. 30, pp. 159-165.
- GABBE, S.G.; J. MELVILLE, L. MANDEL y E. WALKER (2002), "Burnout in Chairs of Obstetrics and Gynecology", en *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, vol. 186, pp. 601-612.

- GARCÍA, M.C.; P.A. MEZA y M. PALMA (1999), "Síndrome de *burnout* en profesionales de enfermería del Hospital de Urgencia Asistencia Pública doctor Alejandro del Río", tesis de licenciatura, Santiago, Pontificia Universidad Católica de Chile.
- GIL MONTE, P.R. (2005), *El síndrome de quemarse por el trabajo ("burnout"). Una enfermedad laboral en la sociedad del bienestar*, Madrid, Pirámide.
- GIL MONTE, P.R. (2007), "El síndrome de quemarse por el trabajo (*burnout*): una perspectiva histórica", en P.R. Gil Monte y B. Moreno Jiménez (coords.), *El síndrome de quemarse por el trabajo: grupos profesionales de riesgo*, Madrid, Pirámide, pp. 21-39.
- GIL MONTE, P.R. (2008), "Evaluación psicométrica del síndrome de quemarse por el trabajo (*burnout*): el cuestionario CESQT", en J. Garrido (comp.), *¡Maldito trabajo!*, Barcelona, Granica, pp. 269-291.
- GIL MONTE, P.R. (2010), *Cuestionario para la evaluación del síndrome de quemarse por el Trabajo (CESQT). Manual*, Madrid, TEA.
- GIL MONTE, P.R.; N. CARRETERO, M.D. ROLDÁN y E. NÚÑEZ (2005), "Algunos procesos psicosociales sobre el síndrome de quemarse por el trabajo (*burnout*) en profesionales de enfermería", en *Ansiedad y Estrés*, vol. 11, núm. 2-3, pp. 281-290.
- GIL MONTE, P.R.; J.A. GARCÍA JUESAS y M. CARO (2005), "Influencia de la sobrecarga laboral y la autoeficacia sobre el síndrome de quemarse por el trabajo (*burnout*) en profesionales de enfermería", en *Interamerican Journal of Psychology*, núm. 42, pp. 113-118.
- GIL MONTE, P.R. y V. OLIVARES (2007), "Prevalencia del síndrome de quemarse por el trabajo (SQT) (*burnout*) en profesionales de atención a clientes de Chile", ponencia presentada en el Quinto Congreso Internacional de Prevención de Riesgos Laborales, 9-11 de mayo, Occupational Risk Prevention.
- GIL MONTE, P.R. y V. OLIVARES (2011), "Psychometric Properties of the Spanish Burnout Inventory in Chilean Professionals working to Physical Disabled People", en *Spanish Journal of Psychology*, núm. 14, pp. 441-451.
- GOLEMBIEWSKI, R.T.; R.F. MUNZENRIDER y D. CARTER (1983), "Phases of Progressive Burnout and their Work Site Covariants: Critical Issues in OD Research and Praxis", en *Journal of Applied Behavioral Science*, núm. 19, pp. 461-481.
- GONZÁLEZ, M.C.E. (2007), "Desgaste profesional (síndrome de *burnout*) en el personal sanitario de un servicio de emergencias pediátrico", ponencia presentada en la Jornada "El trabajo de los profesionales de la salud y la

- formalización de su práctica”, Buenos Aires, disponible en <<http://www.ms.gba.gov.ar/servicios/centroDocumentacion/jornadas/82.pdf>>.
- GRAU ALBEROLA, E.; D. FLICHTENTREI, R. SUÑER, S. FONT MAYOLAS, M. PRATS y F. BRAGA (2005), “El *burnout* percibido o sensación de estar quemado en profesionales sanitarios: prevalencia y factores asociados”, en *Información Psicológica*, núm. 91-92, pp. 64-79.
- GRAU ALBEROLA, E.; D. FLICHTENTREI, R. SUÑER, M. PRATS y F. BRAGA (2009), “Influencia de factores personales, profesionales y transnacionales en el síndrome de *burnout* en personal sanitario hispanoamericano y español”, en *Revista Española de Salud Pública*, núm. 8, pp. 215-230.
- GRAU ALBEROLA, E.; R. SUÑER y M.M. GARCÍA (2005), “Desgaste profesional en el personal sanitario y su relación con los factores personales y ambientales”, en *Gaceta Sanitaria*, núm. 19, pp. 463-470.
- GRAU ALBEROLA, E.; P.R. GIL MONTE, J.A. GARCÍA JUESAS y H. FIGUEIREDO FERRAZ (2010), “Incidence of Burnout in Spanish Nursing Professionals: A Longitudinal Study”, en *International Journal of Nursing Studies*, núm. 47, pp. 1013-1020.
- HALBESLEBEN, J.R.B. (2006), “Sources of Social Support and Burnout: A Meta-Analytic Test of the Conservation of Resources Model”, en *Journal of Applied Physiology*, vol. 91, Washington, APA, pp. 1134-1145.
- HALBESLEBEN, J.R.B. y M.R. BUCKLEY (2004), “Burnout in Organizational Life”, en *Journal of Management*, núm. 30, pp. 859-879.
- HALLSTEN, L. (2005), “Burnout and Wornout: Concepts and Data from a National Survey”, en A. Antoniou y C. Cooper (eds.), *Research Companion to Organizational Health Psychology*, Cheltenham, Edward Elgar, pp. 516-537.
- HOBFOLL, S.E. y A. SHIROM (2000), “Conservation of Resources Theory: Applications to Stress and Management in the Workplace”, en R.T. Golembiewski (ed.), *Handbook of Organization Behavior*, segunda edición revisada, Nueva York, Marcel Dekker.
- IMAI, H.; H. NAKAO, M. TSUCHIYA, Y. KURODA y T. KATOH (2004), “Burnout and Work Environments of Public Health Nurses Involved in Mental Health Care”, en *Occupational and Environmental Medicine*, vol. 61, pp. 764-768.
- JENARO, C.; N. FLORES y B. ARIAS (2007), “Burnout and Coping in Human Service Practitioners”, en *Professional Psychology: Research and Practice*, vol. 38, pp. 80-87.
- JOHNS, M.M. y R.H. OSSOFF (2005), “Burnout in Academic Chairs of Otolaryngology: Head and Neck Surgery”, en *The Laryngoscope*, núm. 115, pp. 2056-2061.

- JUÁREZ GARCÍA, A. y P.L. SCHNALL (2007), "Psychosocial Factors and Work Stress Research in Mexico: A New Latin-American Network", en *The Global Occupational Health Network, GOHNET Special*, núm. 14-17, disponible en <http://www.who.int/occupational_health/publications/newsletter/gohnetspecial072007.pdf>.
- KILPATRICK, A.O. (1989), "Burnout Correlates and Validity of Research Designs in a Large Panel of Studies", en *Journal of Health and Human Resources Administration*, verano, núm. 12, pp. 25-45.
- LE DOUX, J.E. (1995), "Emotion: Clues from the Brain", en *Annual Review of Psychology*, vol. 46, pp. 209-235.
- LEE, R.T. y B.E. ASHFORTH (1996), "A Meta-Analytic Examination of the Correlates of the Three Dimensions of Job Burnout", en *Journal of Applied Psychology*, vol. 81, Washington, APA, pp. 123-133.
- LEITER, M.P. y C. MASLACH (1988), "The Impact of Interpersonal Environment on Burnout and Organizational Commitment", en *Journal of Organizational Behavior*, núm. 9, pp. 297-308.
- LEITER, M.P. y C. MASLACH (2001), "Burnout and Quality in a Sped-Up World", en *The Journal for Quality and Participation*, núm. 24, pp. 48-51.
- LERT, F.; J. CHASTANG e I. CASTANO (2001), "Psychological Stress among Hospital Doctors Caring for HIV Patients in the Late Nineties", en *AIDS Care*, núm. 13, pp. 763-778.
- MALACH-PINES, A. y K. GIORA (2006), "Stress and Burnout in Israeli Border Police", en *International Journal of Stress Management*, núm. 13, pp. 519-540.
- MARTÍN, S.; C.L. ARFKEN, A. CHURCHILL y R. BALON (2004), "Burnout Comparison among Residents in Different Medical Specialties", en *Academic Psychiatry*, núm. 28, pp. 240-242.
- MARUCCO, M. y P. GIL MONTE (2007), "Job Satisfaction in Pediatricians from the Southern Area of Buenos Aires", en *Revista Chilena de Pediatría*, vol. 78, pp. 489-493.
- MASIA, J. (2001), "El estrés laboral y el *burnout* en el mundo judicial: hacia un nuevo enfoque de la cuestión", disponible en <<http://www.previncinintegral.com/Estudios/Burnoutjudicial/punto2.htm>>.
- MASLACH, C. (1976), "Burned-Out", en *Human Behavior*, núm. 5, pp. 16-22.
- MASLACH, C. (1982a), "Burnout: A Social Psychological Analysis", en J.W. Jones (ed.), *The Burnout Syndrome: Current Research, Theory, Interventions*, Park Ridge, London House Press, pp. 30-53.
- MASLACH, C. (1982b), *Burnout: The Cost of Caring*, Nueva York, Prentice-Hall.
- MASLACH, C. (2003), "Job Burnout: New Directions in Research and Intervention", en *Current Directions in Psychological Science*, núm. 12, pp. 189-192.

- MASLACH, C. (2004), "Different Perspectives on Job Burnout", en *PsycCRITIQUES*, vol. 49, núm. 2, Washington, APA, pp. 168-170.
- MASLACH, C. y S.E. JACKSON (1981), *MBI: Maslach Burnout Inventory. Manual*, Palo Alto, Universidad de California/Consulting Psychologists Press.
- MASLACH, C.; W. SCHAUFELI y M. LEITER (2001), "Job Burnout", en *Annual Review of Psychology*, vol. 52, pp. 397-422.
- MEBENZEHL, M.; H. LUKESCH, H. KLEIN, G. HAJAK, W. SCHREIBER y A. PUTZHAMMER (2007), "Burnout in Mental Health Professionals in Psychiatric Hospitals", en *Psychiatrische Praxis*, núm. 34, suplemento, pp. 151-167.
- MELAMED, S.; A. SHIROM, S. TOKER, S. BERLINER e I. SHAPIRA (2006), "Burnout and Risk of Cardiovascular Disease: Evidence, Possible Causal Paths, and Promising Research Directions", en *Psychological Bulletin*, vol. 132, Washington, APA, pp. 327-353.
- MILLÁN GONZÁLEZ, R. y A. MESÉN FAINARDI (2009), "Prevalencia del síndrome de desgaste en médicos residentes costarricenses", en *Acta Médica Costarricense*, núm. 51, pp. 91-97.
- MIÑO, A. (2003), "Clima organizacional y estrés laboral asistencial (*burnout*) en profesores de enseñanza media: un estudio correlacional", tesis de licenciatura, Santiago de Chile, Universidad de Santiago de Chile.
- MIRVIS, D.M.; M.J. GRANNEY y A.O. KILPATRICK (1999), "Burnout among Leaders of the Department of Veterans Affairs Medical Centers: Contributing Factors as Determined by a Longitudinal Study", en *Journal of Health and Human Services Administration*, núm. 21, pp. 390-412.
- MOGHADAM, M.M.G. y F.H. TABATABAEI (2006), "Prevalence of Burnout Syndrome and its Relationship with Gender, Education Level, Job Classification, and Geographical Location among Teachers and Employees of the Education Organization", en *Psychological Research*, vol. 9, núm. 1-2, pp. 56-73.
- MOLINA, A.; M.A. GARCÍA, M. ALONSO y P. CECILIA (2003), "Prevalencia de desgaste profesional y psicomorbilidad en médicos de atención primaria de un área sanitaria de Madrid", en *Atención Primaria*, núm. 31, pp. 564-574.
- MORAIS, A.; P. MAIA, A. AZEVEDO, C. AMARAL y J. TAVARES (2006), "Stress and Burnout among Portuguese Anesthesiologists", en *European Journal of Anesthesiology*, núm. 23, pp. 433-439.
- MOREIRA, D.; R. MAGNAGO, T. SAKAE y F.R. MAGAJEWSK (2009), "Prevalência da síndrome de *burnout* em trabalhadores de enfermagem de um hospital de grande porte da Região Sul do Brasil", en *Cadernos de Saúde Pública*, núm. 25, pp. 1559-1568.

- MORENO JIMÉNEZ, B. (2007), "Evaluación. Medidas y diagnóstico del síndrome del *burnout*", en P.R. Gil Monte y B. Moreno Jiménez (coords.), *El síndrome de quemarse por el trabajo: grupos profesionales de riesgo*, Madrid, Pirámide, pp. 43-63.
- NDETEI, D.M.; M. PIZZO, H. MARU, F.A. ONGECHA, L.I. KHASAKHALA, V. MUTISO y D.A. KOKONYA (2008), "Burnout in Staff Working at the Mathari Psychiatric Hospital", en *African Journal of Psychiatry*, núm. 11, pp. 199-203.
- OHANNESSIAN, C.M. y V.M. HESSELBROCK (2009), "A Finer Examination of the Role that Negative Affect Plays in the Relationship between Paternal Alcoholism and the Onset of Alcohol and Marijuana Use", en *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, núm. 70, pp. 400-408.
- OLIVARES, V., y P.R. GIL-MONTE (2007), "Prevalencia del síndrome de quemarse por el trabajo (*burnout*) en trabajadores de servicios en Chile", en *Información Psicológica*, núm. 91-92, pp. 43-52.
- OLIVARES, V.; A. VERA y A. JUÁREZ (2009), "Prevalencia del síndrome de quemarse por el trabajo (*burnout*) en una muestra de profesionales que trabajan con personas con discapacidades en Chile", en *Ciencia & Trabajo*, vol. 11, núm. 32, pp. 63-71.
- PANDO, M.; C. ARANDA, M. ALDRETE, E. FLORES y E. POZOS (2006), "Factores psicosociales y *burnout* en docentes del Centro Universitario de Ciencias de la Salud", en *Investigación en Salud*, núm. 7, pp. 173-177.
- PAOLI, O. y D. MERLLIÉ (2001), *Third European Survey on Working Conditions*, Luxemburgo, Office for Official Publications of the European Communities.
- PAREDES, G. y P.A. SANABRIA FERRAND (2008), "Prevalencia del síndrome de *burnout* en residentes de especialidades médico quirúrgicas, su relación con el bienestar psicológico y con variables sociodemográficas y laborales", en *Revista Med*, núm. 16, pp. 25-32.
- PARRA, M. (2005), "Estudio de caso en Chile", en Robalino y Corner (eds.), *Condiciones de trabajo y salud docente: estudios de casos en Argentina, Chile, Ecuador, México, Perú y Uruguay*, Santiago de Chile, UNESCO, pp. 75-102.
- PERLMAN, B. y A.E. HARTMAN (1982), "Burnout: Summary and Future Research", en *Human Relations*, núm. 35, pp. 283-305.
- PINES, A.M. (1983), "On Burnout and the Buffering Effects of Social Support", en B.A. Farber (ed.), *Stress and Burnout in the Human Service Professions*, Nueva York, Peramon Press.
- PINES, A.M. y O. YAFE-YANAI (2001), "Unconscious Determinants of Career Choice and Burnout: Theoretical Model and Counseling Strategy", en *Journal of Employment Counseling*, núm. 38, pp. 170-184.

- PINES, A.M. y K. GIORA (2005), "Stress and Burnout: The Significant Difference", en *Personality and Individual Differences*, vol. 39, núm. 3, pp. 625-635.
- PLATSIDOU, M. e I. AGALLOTIS (2008), "Burnout, Job Satisfaction and Instructional Assignment-Related Sources of Stress in Greek Special Education Teachers", en *International Journal of Disability*, núm. 55, pp. 61-76.
- PRICE, D.M. y P.A. MURPHY (1984), "Staff Burnout in the Perspective of Grief Theory", en *Death Education*, núm. 81, pp. 47-58.
- PRINS, J.T.; S.M. GAZENDAM-DONOFRIO, B.J. TUBBEN, F.M.M.A. VAN DER HEIJDEN, H.B.M. VAN DE WIEL y J.E.H.M. HOEKSTRA-WEEBERS (2007), "Burnout in Medical Residents: A Review", en *Medical Education*, núm. 41, pp. 788-800.
- QUAAS, C. (2006), "Diagnóstico de *burnout* y técnicas de afrontamiento al estrés en profesores universitarios de la quinta región de Chile", en *Psicoperspectivas*, núm. 5, pp. 65-75.
- QUATTRIN, R.; A. ZANINI, E. NASCIG, M.A. ANNUNZIATA, L. CALLIGARIS y S. BRUSAFERRO (2006), "Level of Burnout among Nurses Working in Oncology in an Italian Region", en *Oncology Nursing Forum*, núm. 33, pp. 815-820.
- REIG-FERRER, A. (2002), "Estrés laboral asistencial y calidad de vida personal en la atención oncológica", en M.R. Días y E. Durá (coords.), *Territorios da Psicologia Oncológica*, Lisboa, Climepsi.
- RENZI, C.; S. TABOLLI, A. LANNI, C. DI PIETRO y P. PUDDU (2005), "Burnout and Job Satisfaction Comparing Health Care Staff of a Dermatological Hospital and a General Hospital", en *European Academy of Dermatology and Venereology*, núm. 19, pp. 153-157.
- RESTREPO, N.; G. COLORADO y G. CABRERA (2006), "Desgaste emocional en docentes oficiales de Medellín, Colombia", en *Revista de Salud Pública*, núm. 8, pp. 63-73.
- ROBALINO, M. y A. KÖRNER (coords.) (2005), *Condiciones de trabajo y salud docente: estudios de casos en Argentina, Chile, Ecuador, México, Perú y Uruguay*, Santiago de Chile, UNESCO.
- ROHLAND, B.M.; G.R. KRUSE y J.E. ROHRER (2004), "Validation of a Single-Item Measure of Burnout against the Maslach Burnout Inventory among Physicians", en *Stress and Health*, núm. 20, Wiley, pp. 75-79.
- ROMÁN, J. (2003), "Estrés y *burnout* en profesionales de la salud de los niveles primarios de la salud y secundarios de atención. Instituto Nacional de Salud de los Trabajadores", en *Revista Cubana de Salud Pública*, núm. 29, pp. 103-110.

- ROSENBERG, M.J. y C.I. HOVLAND (1960), "Cognitive, Affective and Behavioral Components of Attitudes", en C.I. Hovland y M.J. Rosenberg (eds.), *Attitude Organization and Change: An Analysis of Consistency among Attitude Components*, New Haven, Yale University Press, pp. 1-14.
- ROW, M.M. (2000), "Skills Training in the Long Term Management of Stress and Occupational Burnout", en *Current Psychology: Development, Learning, Personality, Social*, núm. 19, pp. 215-228.
- SADAT-ALI, M.; I.M. AL-HABDAN, D.A. AL-DAKHEEL y D. SHIYAN (2005), "Are Orthopedic Surgenos Prone to Burnout?", en *Saudi Medical Journal*, núm. 26, pp. 1180-1182.
- SCHAUFELI, W. (1999), "Burnout", en Firth-Cozens y Payne (eds.), *Stress in Health Professionals. Psychological and Organizational Causes and Interventions*, Chichester, John Wiley, pp. 12-32.
- SCHAUFELI, W.B. (2003), "Past Performance and Future Perspectives of Burnout Research", en *Journal of Industrial Psychology*, núm. 29, pp. 1-15.
- SCHAUFELI, W.B. y D. VAN DIERENDONCK (1995), "A Cautionary Note about the Cross-National and Clinical Validity of Cut-Off Points of the Maslach Burnout Inventory", en *Psychological Reports*, núm. 76, pp. 1083-1109.
- SCHAUFELI, W.B. y D. ENZMANN (1998), *The Burnout Companion to Study and Practice: A Critical Analysis*, Londres, Taylor & Francis.
- SCHAUFELI, W.B. y M.C.W. PEETERS (2000), "Job Stress and Burnout among Correctional Officers: A Literature Review", en *International Journal of Stress Management*, núm. 7, pp. 9-48.
- SCHAUFELI, W.B. y E.R. GREENGLASS (2001), "Introduction to Special Issue on Burnout and Health", en *Psychology and Health*, núm. 16, pp. 501-510.
- SCULLY, R. (1983), "The Work-Setting Support Group: A Means of Preventing Burnout", en B.A. Farber (ed.), *Stress and Burnout*, Nueva York, Pergamon Press, pp. 188-197.
- SHANAFELT, T.D.; C.P. WES, J.A. SLOAN, P.J. NOVOTNY, G.A. POLAND, R. MENAKER, T.A. RUMMANS y L.N. DYRBYE (2009), "Career Fit and Burnout among Academic Faculty", en *Archives of Internal Medicine*, núm. 169, pp. 990-995.
- SHIROM, A. (1989), "Burnout in Organizations", en Cooper y Robertson (eds.), *International Review of Industrial and Organizational Psychology*, Chichester, Wiley, pp. 25-48.
- SHIROM, A. (2003), "Job-Related Burnout", en Quick y Tetrick (eds.), *Handbook of Occupational Health Psychology*, Washington, APA, pp. 245-265.
- SILVEIRA, N.N. y R. RODRÍGUEZ (2007), "El estrés, la satisfacción laboral y el síndrome de *burnout* en profesionales de la salud de Uruguay", en P.R. Gil

Pedro R. Gil Monte

Dpto. de Psicobiología y Psicología Social

FACULTAD PSICOLOGIA

- Monte y B. Moreno Jiménez (coords.), *El síndrome de quemarse por el trabajo: grupos profesionales de riesgo*, Madrid, Pirámide, pp. 171-185.
- SOLER, J.K.; H. YAMAN y M. ESTEVA (2007), "Burnout in European General Practice and Family Medicine", en *Social Behavior and Personality*, núm. 35, pp. 1149-1150.
- SOLER, J.K.; H. YAMAN, M. ESTEVA, F. DOBBS, R.S. ASENOVA *et al.* (2008), "Burnout in European Family Doctors: The EGPRN Study", en *The Journal of Family Practice*, núm. 25, pp. 245-265.
- SPECTOR, P.E. (1997), "The Role of Frustration in Antisocial Behavior at Work", en R.A. Giacalone y J. Greenberg (eds.), *Antisocial Behavior in Organizations*, Londres, Sage, pp. 1-17.
- TARIS, T.; W.B. SCHAUFELI, P. SCHREURS y D. CALJÉ (2000), "Opgebrand in het onderwijs: Stress, psychische vermoeidheid en ziekteverzuim onder leraren [Burnout in Education: Stress, Mental Fatigue, and Absenteeism among Teachers]", en I.L.D. Houtman, W.B. Schaufeli y T. Taris (eds.), *Psychische vermoeidheid en werk: Cijfers, trends en analyses*, Alphen a/d Rijn, Samsom, pp. 97-106.
- THOMMASEN, H.V.; M. LAVANCHY, I. CONNELLY, J. BERKOWITZ y S. GRZYBOWSKI (2001), "Mental Health, Job Satisfaction, and Intention to Relocate: Opinions of Physicians in Rural British Columbia", en *Canadian Family Physician*, núm. 47, pp. 737-774.
- TOCH, H. (2002), *Stress in Policing*, Washington, APA.
- TUCUNDUVA, L.; A. GARCÍA, G. CENTOFANTI, C. SOUZA, T. MONTEIRO, F. VINCE, E. SAMANO, M. GONÇALVES y A. DEL GIGLIO (2006), "A síndrome da estafa profissional em médicos cancerologistas brasileiros", en *Revista da Associação Médica Brasileira*, vol. 52, núm. 2, pp. 108-112.
- UNDA, S.; J. SANDOVAL y P. GIL MONTE (2008), "Prevalencia del síndrome de quemarse por el trabajo (SQT) (*burnout*) en maestros mexicanos", en *Información Psicológica*, núm. 91-92, pp. 53-63.
- VAHEY, D.C.; L.H. AIKEN, D.M. SLOANE, S.P. CLARKE y D. VARGAS (2004), "Nurse Burnout and Patient Satisfaction", en *Medical Care*, vol. 42, núm. 2, pp. 57-66.
- VALDIVIA, G.; C. AVENDAÑO, G. BASTIAS, N. MILICIA, A. MORALES y J. SCHARAGER (2003), "Estudio de la salud laboral de los profesores en Chile", ponencia presentada en el Seminario Internacional "Intervenciones psicosociales oportunas: ahora o demasiado tarde", Santiago de Chile.
- VAN DIERENDONCK, D. y N. MEVISSSEN (2002), "Aggressive Behavior of Passengers, Conflict Management Behavior, and Burnout among Trolley Car Drivers", en *International Journal of Stress Management*, núm. 9, pp. 345-355.

- VANHEULE, S.; A. LIEVROUW y P. VERHAEGHE (2003), "Burnout and Intersubjectivity: A Psychoanalytical Study from a Lacanian Perspective", en *Human Relations*, núm. 56, pp. 321-339.
- VINJE, H.F. y M.B. MITTELMARK (2007), "Job Engagement's Paradoxical Role in Nurse Burnout", en *Nursing & Health Sciences*, núm. 9, pp. 107-111.
- WEBER, A. y A. JAEKEL-REINHARD (2000), "Burnout Syndrome: A Disease of Modern Societies?", en *Occupational Medicine*, núm. 50, pp. 512-517.
- WEISS, H.M. y R. CROPANZANO (1996), "Affective Events Theory: A Theoretical Discussion of the Structure, Causes and Consequences of Affective Experiences at Work", en *Research in Organizational Behavior*, núm. 18, pp. 1-74.
- WINWOOD, P.C. y A.H. WINEFIELD (2004), "Comparing Two Measures of Burnout among Dentists in Australia", en *International Journal of Stress Management*, núm. 11, pp. 282-289.
- ZIJLSTRA, F. y J. DE VRIES (2000), "Burnout en de bijdragen van socio-demografische en werkgebonden variabelen [Burnout and the Relationships with Sociodemographic and Work Elated Variables]", en I.L.D. Houtman, W.B. Schaufeli y T. Taris (eds.), *Psychische vermoeidheid en werk: Cijfers, trends en analyses*, Alphen a/d Rijn, Samsom, pp. 83-96.