

SINDROME DE DESGASTE PROFESIONAL: HISTORIA, ETIOLOGIA Y CONSECUENCIAS

Lic. Aidé Fernández Cantillo¹, Lic. Adriana Hernández Fernández², Lic. Elizabeth Hernández Fernández³, Lic. Isnaldo Cañizares Carmenate.⁴

RESUMEN

El síndrome de desgaste profesional constituye un problema de salud pública. Se considera a este síndrome como la epidemia del siglo XXI y desde su descripción por Freudenberg es objeto de numerosos estudios a nivel mundial porque a pesar de ser un problema de salud de muchos profesionales vinculados a la atención directa a usuarios, específicamente de los servicios, los resultados de diferentes estudios a nivel internacional encuentran que son los profesionales sanitarios los más afectados. El presente artículo tiene como objetivo profundizar en la revisión de la historia, definiciones conceptuales y consecuencias que provoca el mismo; tanto a nivel individual, grupal, como en la organización.

Palabras clave: AGOTAMIENTO PROFESIONAL/historia.

INTRODUCCION

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a los trabajadores de la salud como profesionales altamente estresados. Los profesionales del sector salud a menudo deben emplear un tiempo considerable de intensa relación con personas que se encuentran en situaciones problemáticas y de necesaria intervención en crisis, ya sea por sus condiciones médicas o por sus demandas psicológicas. Este tipo de relación constituye una intensa carga emocional para el profesional.

Muchas de estas situaciones, después que el profesional establece una relación de contenido afectivo, tienen un desenlace negativo o fatal que

¹ *Master en Psicología de la Salud. Licenciada en Psicología. Asistente.*

² *Licenciada en Psicología.*

³ *Licenciada en Periodismo.*

⁴ *Master en Psicología de la Salud. Licenciado en Psicopedagogía.*

propicia sentimientos negativos como: frustración, conflicto, ira y depresión. De tanto repetirse estas circunstancias, de su intensidad y duración desencadenan el estrés laboral crónico, que unido a otros factores extralaborales y personales llevan al síndrome de desgaste profesional (SDP).

En los últimos años, múltiples investigadores se ocupan del SDP, el mismo es objeto de agudos debates en el terreno científico. Este síndrome lo abordan diferentes disciplinas como: medicina laboral, sociología industrial, antropología, derecho, economía, psiquiatría y psicología. Cada una de ellas realiza aportes a su estudio, pero aún es necesario profundizar a través de investigaciones que permitan confirmar e incrementar el conocimiento existente a partir de los grandes problemas que puede provocar su presencia en el sector salud.

El SDP se considera la plaga de finales del siglo **XX**. Se calcula que alrededor de dos tercios de todas las enfermedades están relacionadas con el estrés y aunque no se trata de una relación de causa-efecto, el estrés laboral es un factor importante que interacciona con otras variables biológicas, psicológicas y sociales, dando lugar a numerosas enfermedades físicas y mentales.

El SDP es una problemática de salud que se valora como epidémica, emergente, todavía parcialmente oculta, de pronóstico catastrófico y de efectos selectivos sobre profesionales de la salud y, consecuentemente, sobre sus usuarios. Es necesario identificarlo y manejarlo con mucho tacto pues puede producir serios problemas; convirtiéndose en amenaza para los equipos de salud.

Este síndrome puede provocar serias repercusiones en la comunidad. Un médico que lo presente y tenga personas a su cuidado, difícilmente podrá actuar con los estándares de calidad que la misma sociedad exige.

DESARROLLO

ANTECEDENTES HISTORICOS DEL SINDROME DE DESGASTE PROFESIONAL

El SDP es también llamado síndrome del estrés laboral asistencial o síndrome de agotamiento laboral. El término en inglés es *burnout*, que traducido al castellano significa estar quemado, desgastado, exhausto y perder la ilusión

por el trabajo. A lo largo de estos años es objeto de agudos debates en el terreno científico.

Fue enunciado por primera vez por el psicoanalista alemán residente en Norteamérica, Herbert J. Freudenberger, quien en 1974 introduce desde una perspectiva clínica el término *burnout*, por aquel entonces término de uso coloquial, que definía los efectos del abuso prolongado de drogas (*burned out on drugs*) para referirse a un estado de cansancio físico y emocional resultante de condiciones de trabajo. Hace referencia a un conjunto de manifestaciones anómalas características de personas que trabajan en profesiones de ayuda a otras personas, con las que mantienen fuerte y sostenido contacto directo.

Este autor define el síndrome como un conjunto de síntomas médicos-biológicos y psicosociales inespecíficos que se desarrollan en la actividad laboral como resultado de una demanda excesiva de energía, como estado de fatiga o frustración que se produce por la dedicación a una causa, forma de vida o de relación que no produce el esperado refuerzo.

También observó los efectos que alrededor de un año sufrían muchos de los voluntarios de la clínica donde trabajaba: una progresiva pérdida de energía que llevaba al agotamiento, ansiedad inespecífica y, en algunos casos, cuadros de tipo depresivo, en un marco de pérdida de motivación e interés con que iniciaron su trabajo e incluso con la manifestación de intolerancia, resentimiento, agresividad con los pacientes, actitud de desilusión, irritabilidad, sentimientos de frustración, enfado y desarrollo de actitudes suspicaces llegando incluso la paranoia. Los sujetos se volvían rígidos, tercos e inflexibles.

Dos años más tarde, en 1976, Hall explica que los sentimientos subjetivos de éxito llevan a que el sujeto se implique más en el trabajo, alcance objetivos más retadores y sienta más autoestima, pero cuando un sujeto no experimenta éxito, tiende a desconectar y huir, el sentimiento de fracaso que se manifiesta se identifica como SDP.

Por otra parte, en 1980, Edelwich y Brodsky, enuncian el SDP desde la psicología social como una pérdida progresiva de idealismo, energía y motivos vividos por la gente en las profesiones de ayuda, como resultado de las condiciones de trabajo y proponen cuatro fases por las que pasaría una persona en un proceso de desgaste profesional: entusiasmo, estancamiento, frustración y apatía.

En ese mismo año Cherniss formula un modelo en el que se sitúa al estrés como estímulo. Plantea que determinados ambientes de trabajo interaccionan con el individuo, especialmente con aquellos que poseen determinada orientación vocacional, aislamiento social y a nivel individual, una serie de demandas y apoyos extralaborales que juegan un importante papel en la implicación del profesional en el trabajo. Estas fuentes de estrés son antecedentes del SDP e incluyen dudas acerca de la competencia, problemas con los usuarios, falta de estimulación y realización personal. Estos factores con el tiempo dan lugar al SDP, que representa una estrategia de adaptación o afrontamiento a particulares fuentes de estrés.

Cherniss propone el SDP como proceso de tres fases que se inspiran en el modelo transaccional del estrés. Lo caracterizó por respuestas de desánimo, desmotivación y cansancio emocional considerados como consecuencias de un afrontamiento incorrecto al trabajo asistencial y de preocupaciones ligadas a él. Fue el primero que conceptualiza al síndrome como proceso continuo y fluctuante en el tiempo que se manifiesta como respuesta defensiva hacia un estrés crónico e intenso, afrontamiento que lejos de resolver problemas lleva al trabajador a conductas negativas hacia su trabajo y sus usuarios.

Este autor refiere que la estructura organizacional en la que se prestan los servicios, tiene más importancia que la propia personalidad del sujeto, cita como factores cardinales en la génesis del SDP: objetivos laborales, características de la tarea, condiciones físicas y sociales del ambiente de trabajo, nivel de demanda laboral, medios, estilos de gestión y dirección, formas de supervisión, planificación de carreras y cultura corporativa. En el caso de los servicios de salud, se deben tener en cuenta además: apoyo inadecuado por parte del equipo, especialmente del supervisor correspondiente, y falta de preparación adecuada al tipo de trabajo que realmente se va a encontrar.

Moreno (1980), Cherniss y Meier (1983) se refieren en sus trabajos a la asociación del término SDP con problemas existenciales como consecuencia del choque entre valores personales y normas grupales relacionadas con el trabajo (choque con la realidad).

Las doctoras norteamericanas Cristina Maslach y Susana Jackson fueron las que popularizaron el término *burnout* y lo introdujeron en la psicología científica en 1981. Desde una perspectiva psicosocial plantean la dimensión emocional del SDP. El síndrome es concebido como respuesta inadecuada ante el estrés, cuya

expresión fundamental consiste en tres dimensiones características y puede ocurrir entre individuos que trabajan con personas. Describen el *burnout* como cansancio emocional que lleva a pérdida de la motivación que suele progresar hacia sentimientos de inadecuación y fracaso.

Consideran al SDP como un fenómeno derivado del trabajo asistencial porque a los profesionales de estos servicios se les pide que empleen un tiempo considerable en intensa implicación con gente que a menudo se encuentra en una situación problemática y donde la relación puede estar cargada de sentimientos de turbación, frustración, temor, desesperación, la tensión o estrés resultante puede tener un efecto de "deseccación" emocional, que deja al profesional vacío y en *burnout*.

Maslach y Jackson definieron el constructo desde una perspectiva tridimensional caracterizado por:

1- **Cansancio emocional:** Situación de agotamiento de la energía o de los recursos emocionales propios, experiencia de estar emocionalmente agotado debido al contacto diario y sostenido con las personas a las que hay que atender como objeto de trabajo. Aparece el desgaste, fatiga y manifestaciones físicas y psíquicas en representación del vaciamiento de los recursos emocionales y personales, experimentándose sensación de no tener más nada que ofrecer profesionalmente.

2- **Despersonalización:** Desarrollo de actitudes negativas hacia las personas destinatarias. Los sujetos presentan incremento en la irritabilidad, pérdida de la motivación, reacciones de distanciamiento y hostilidad hacia pacientes y compañeros de trabajo. Culpan a los usuarios de los servicios de sus propios males, burocratizan su relación con ellos y presentan sentimiento de inadecuación ante las tareas que deben realizar.

En este modelo, se entiende la despersonalización como manifestación específica del estrés en profesiones asistenciales. La despersonalización es una forma de defensa contra el cansancio emocional. El profesional se auxilia de ella para disminuirlo al disminuir su implicación personal, por lo que constituye el elemento clave del SDP. El cansancio emocional y la falta de realización personal pueden hallarse asociados a otro tipo de síndrome.

3 **La falta de realización personal:** Existe un sentimiento de inadecuación e incompetencia personal que se traduce en respuestas negativas de estos

profesionales en su autoevaluación para trabajar. Afecta la habilidad en la realización del trabajo, la relación con las personas que atiende, hay baja productividad y autoestima e incapacidad para tolerar la presión. Se considera relacionado a la falta de adecuación de la realidad con las expectativas del sujeto, hay pérdida de motivación e interés por el propio trabajo y su aislamiento en él.

Maslach y Jackson acerca de la evolución secuencial del SDP, plantean que es un proceso de tres fases: la primera fase es el cansancio emocional, para enfrentarlo el sujeto desarrollará una técnica de afrontamiento que se basaría en la segunda fase que es la despersonalización y el resultado de su generalización sería la experiencia de una tercera fase que resulta en falta de realización personal en el ámbito de su trabajo. Se supone que el SDP existiría al final de este proceso, sin embargo, de alguna manera comienza a manifestarse en su momento inicial de agotamiento emocional.

A partir de la aproximación teórica de estas autoras se desplegaron colaboraciones: Golembiewski (1986), Golembiewski y Munzenrider (1988), Leiter (1988), en las que se destaca el carácter episódico de un fenómeno descrito a través de fases, pero discrepan tanto en la relevancia de unos aspectos sobre otros como en la secuencialidad de la experiencia del SDP. A pesar de las importantes contribuciones realizadas en las últimas décadas por los estudiosos del tema con relación al SDP, corresponde a trabajos de Maslach y Jackson tener un papel decisivo en la caracterización y evaluación del mismo.

Pines y Aronson en 1981 proponen una definición más amplia, no restringida a profesiones de ayuda. Tratan al SDP como el estado de agotamiento físico, mental y emocional, producido por estar involucrado permanentemente en el trabajo en situaciones emocionalmente demandantes.¹² Por otra parte, Pines y Kafry describen el trabajo asistencial como interacción social asimétrica, en la que existe con frecuencia una relación emocional y de confianza en el trabajador, y en la que el fracaso con el usuario es visto como fracaso del trabajador y no de los instrumentos o de la naturaleza del problema.

Pines y colaboradores, manifiestan que el SDP es un estado de decaimiento físico, emocional y mental, caracterizado por cansancio, sentimiento de desamparo, desesperanza, vacío emocional y por el desarrollo de actitudes negativas hacia el trabajo, la vida y la gente. El componente de cansancio físico es caracterizado como de mayor susceptibilidad a la enfermedad, dolores de

espalda, accidentes, postración y frecuentes enfermedades virales, así como una combinación de cansancio y trastornos del sueño. Unido a estos problemas físicos están los síntomas propios del cansancio emocional, estos se refieren a sentimientos de depresión que en casos extremos pueden llegar a enfermedad mental y pensamientos de suicidio. Finalmente el cansancio psíquico se manifiesta por el desarrollo de actitudes negativas sobre sí mismo, el trabajo y la vida en general, se incluye una menosprecio en la autoestima y sentimientos de inferioridad, ineficacia e incompetencia.

Meier formula en 1983 un modelo denominado cognitivo-conductual, que se conecta directamente con el modelo de autoeficacia de Bandura. Esta propuesta integracionista permite atender tanto a factores institucionales como a los personales, que hace especial énfasis en los aspectos cognitivos. Sin embargo, este modelo se encuentra desarrollado únicamente a nivel teórico y su escaso apoyo empírico no permite dar una definición operativa satisfactoria del SDP.

Otra proyección teórica es realizada por Harrison en 1983, con el modelo de competencia social, en el que los principales factores asociados al SDP son la competencia y la eficacia percibida. A partir de este planteamiento, el autor asume que el SDP es fundamentalmente una función de la competencia percibida¹¹ desde una perspectiva sociocognitiva. Comprende que sujetos que trabajan en profesiones de servicios de ayuda tienen un sentimiento elevado de altruismo y que en el entorno laboral encuentran circunstancias a las que califica como factores de ayuda cuando facilitan la actividad, o factores barrera cuando la dificultan.

En 1984 Brill expone una definición más precisa acerca del SDP. Plantea que es un estado disfuncional y disfórico relacionado con el trabajo, en una persona que no padece otra alteración psicopatológica mayor, en un puesto de trabajo en el que antes funcionó bien, tanto a nivel de rendimiento objetivo como de satisfacción personal y que, luego, ya no puede conseguirlo de nuevo, si no es por intervención externa de ayuda o por reajuste laboral, y que está en relación con las expectativas previas. Plantea que el desarrollo del SDP puede tener lugar en cualquier trabajo y no sólo cuando media un trato directo con el usuario receptor de los servicios que son prestados.

Golembiesky (1986), califica el SDP como un proceso multifacético y multidimensional y distinguen dos formas: crónico y agudo. Proponen que la despersonalización se daría al principio, de tal forma que se ve a los clientes

como "culpables" de sus propios problemas, esto repercute en la calidad del trabajo con ellos, a continuación vendría un descenso del sentimiento de realización o competencia personal y profesional, por lo que el individuo piensa que trabaja mal con la gente y, por consiguiente, evita en lo posible las relaciones que pueden ponerlo de manifiesto, produciéndose un aislamiento. Finalmente entraría en el ciclo que lleva a un profundo cansancio emocional en el que cuanto más se intenta mejorar la situación, más se empeora. La progresión sería: despersonalización- falta de realización personal- cansancio emocional, considerándose esta última dimensión como la más característica del SDP avanzado.

Leiter en 1989 propone una secuencia del SDP que vendría iniciada por cansancio emocional, al cual reaccionarían aislándose mediante despersonalización ejercida hacia los clientes, los trabajadores perderían así su compromiso con el trabajo y aumentaría su agotamiento, propiciaría un decaimiento en su realización personal y se llegaría como resultado al SDP.

Moreno (1991) resalta el papel desempeñado por el factor despersonalización, ya que si bien esta respuesta puede ser una vía de afrontamiento aceptable al producir una distancia interpersonal entre los beneficiarios del propio trabajo, unida a una preocupación distanciada del ejercicio de la profesión, dicha respuesta se comporta de forma negativa cuando asociada al cansancio emocional produce un sentimiento inefectivo de controlar la situación, intrínsecamente reñido con el desempeño profesional de los trabajadores de los servicios humanos. La despersonalización es el elemento clave del SDP que conllevaría a una manifestación específica del estrés en profesiones asistenciales.

Gil-Monte y Peiró (1997), consideran al SDP como respuesta al estrés laboral crónico y experiencia subjetiva que agrupa sentimientos, cogniciones y actitudes con un cariz negativo para el sujeto. Esta respuesta aparece cuando fallan las estrategias funcionales de afrontamiento que suelen emplear los profesionales de la salud. Desde una perspectiva psicosocial, el SDP se conceptualiza como un proceso en el que intervienen variables cognitivo-aptitudinales (baja realización en el trabajo), variables emocionales (agotamiento emocional) y variables actitudinales (despersonalización).

Ortega y López (2004) asumen que el SDP es un proceso que se desarrolla con una secuencia, de modo que las propuestas psicológicas se diferencian en el tipo de componentes que sugieren, así como en el orden o grado de importancia

para explicar el resultado final, como en estrategias que el individuo puede emplear para controlarlo.

El SDP se considera por unos autores como un trastorno adaptativo crónico, por otros como fase avanzada de estrés ocupacional, es en última instancia y como resultado de mayor consenso, respuesta al estrés laboral crónico que se produce por fallo en estrategias habituales de afrontamiento, manifestándose como variable mediadora entre estrés percibido y sus consecuencias.

Como se puede apreciar a través de la historia del SDP, existen dos enfoques principales en su definición: el que lo identifica como estrés específico de las profesiones asistenciales y debido a la interacción con demandas emocionales de los sujetos y el enfoque que lo entiende como forma de estrés crónico coincidente con las últimas fases del mismo y que puede estar presente en las profesiones asistenciales y en otras profesiones.

En la delimitación conceptual del SDP pueden diferenciarse dos perspectivas: la clínica y la psicosocial. Clínica, porque es un estado al que llega el sujeto como consecuencia del estrés laboral y psicosocial analizado como proceso que se desarrolla por la interacción de características del entorno laboral y de orden personal, con manifestaciones bien diferenciadas en distintas etapas.

La diferencia está en que el SDP como estado abarca un conjunto de sentimientos y conductas asociadas al estrés laboral, que plantean un "etiquetamiento" (sugiere un fenómeno estático, un resultado final), mientras que la conceptualización como proceso, lo aborda como particular mecanismo de afrontamiento al estrés que implica fases en el desarrollo del mismo.

En esta última perspectiva, el SDP es entendido como respuesta al estrés laboral cuando fallan las estrategias funcionales de afrontamiento habitualmente usadas por el sujeto, se comporta como variable mediadora en la relación del estrés percibido con sus consecuencias.

En la presente entrega se asume la perspectiva psicosocial como la más coherente, al entender que el SDP se presenta como proceso interactivo donde se conjugan activamente las variables descritas por Maslach y Jackson. Destacados investigadores a través de la historia desarrollaron diversos intentos por alcanzar una delimitación teórica del SDP (concepto, manifestaciones y factores implicados en su desarrollo) y diversas son las

propuestas explicativas que se materializan en diferentes modelos de relación entre las variables implicadas en el SDP.

A partir de los modelos psicosociales en 1999, Gil-Monte y Peiró clasificaron en tres grupos los modelos teóricos existentes: teoría sociocognitiva del yo, teorías del intercambio social y teoría organizacional. Por otra parte, Hernández cita a Antonovski (1988) con su teoría sentido de coherencia, visto como tipo de orientación cognitiva que proporciona coherencia y cohesión a la visión del mundo que tiene el sujeto y que le facilita enfrentarse a las posibles dificultades que le puedan sobrevenir, en tanto, los estímulos se consideran inteligibles, manejables y significativos, informativos más que inquietantes.

Gil-Monte (1997), citado por Grau y Chacón (1998), plantean que una única perspectiva no puede dar una explicación completa y satisfactoria al SDP, por lo que los investigadores acuerdan un enfoque transaccional y presentan un modelo estructural sobre la base de estudios anteriores que integra las variables que resalte el papel que tienen las cualidades cognitivas del yo relacionadas con el desempeño laboral (autoconfianza), algunas variables del entorno organizacional (ambigüedad y conflicto de rol), los estresores relacionados con la falta de apoyo social en el trabajo y las estrategias de afrontamiento (de carácter activo y de evitación).

Según Capilla, el SDP debe ser entendido como respuesta a fuentes de estrés crónico. En el contexto de las organizaciones sanitarias son estresores, especialmente relevantes para el desarrollo del síndrome, las relaciones sociales de los profesionales de la salud con los pacientes y sus familiares. El síndrome es un tipo particular de mecanismo de afrontamiento y autoprotección frente al estrés generado por la relación profesional-usuario y por la relación profesional-organización.

En resumen y sistematizando lo anteriormente planteado, el SDP es una experiencia subjetiva interna que agrupa sentimientos, cogniciones y actitudes, y que tiene un cariz negativo para el sujeto al implicar problemas, alteraciones y disfunciones psicofisiológicas con consecuencias nocivas para la persona, la calidad del servicio y la estructura funcional de cualquier institución u organización.

En este sentido, las actuales investigaciones parten de una perspectiva integradora donde no sólo se consideran las variables de tipo organizacional sino también los investigadores reflexionan acerca de que las personas

responden de manera diferente al estrés laboral y tipo de relación que se establecen entre variables organizacionales y personales, porque sometidas a iguales o parecidas demandas o presiones, unas personas llegan a "enfermar" y otras no, y para explicar esta diferencia se acuden a factores de personalidad.

El estudio del SDP abandona los modelos exclusivamente reactivos, aproximándose a modelos transaccionales que exponen la aparición del desgaste profesional como consecuencia de la interacción entre determinadas variables del entorno laboral y de las características de la personalidad del sujeto.

BIBLIOGRAFIA

1. Novoa Gómez M, Nieto Dodino C, Forero Aponte C, Caicedo CE, Palma Riveros. Relación entre perfil psicológico, calidad de vida y estrés asistencial en personal de Enfermería. Universidad de Psicología Bogotá. Colombia. 2005; 4 (1): 63-75.
2. Fernández Losa N. Síndrome de burnout: Sus efectos y prevención en las organizaciones. BDN Training. Prevención de Riesgos laborales específicos [en línea]. Capital Humano. 2002 ene [citado: 23 feb 2009]; (151). Disponible en: <http://www.bdntraining.com/web/noticias/repo26.asp>. Consultado: 12 dic 2006.
3. González Menéndez R. La epidemia emergente oculta de los profesionales de la salud en el siglo XXI. [en línea]. Rev Hosp Psiquiátrico de la Habana. 2004[citado: 1 sep 2007]; 1(2-3). Disponible en: <http://www.psiquiatricohph.sld.cu/hph0204/hph021304.htm>.
4. Grau Abalo J, Chacón Roger M. Burnout: una amenaza a los equipos de salud. Trabajo presentado en el Seminario del Capítulo del Valle del Cauca de la asociación [en línea]. colombiana de Psicología de la Salud. Calí, Colombia; 1998[citado: 1 feb 2007]. Disponible en: <http://www.alapsa.org/boletin/art01.htm>.
5. Cebriá Andreu J. Distrés crónico y desgaste profesional: algunas hipótesis etiológicas y nosotóxicas [en línea]. Barcelona. España. [citado: 12 jul 2007]. Disponible en: http://www.psiquiatria.com/bibliopsiquis/proxy.ats?item_type=articulos&item_cl=12337.
6. Aranda Beltrán C, Pando Moreno M, Salazar Estrada JG, Torres López TM, Aldrete Rodríguez MG, Pérez Reyes MB. Factores psicosociales laborales y Síndrome de Burnout en médicos del primer nivel de atención, Guadalajara, México [en línea]. 2004 [Consultado: 2 dic 2006]. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol31_2_05/caranda2000@yahoo.com.mx.
7. Prieto Albino L, Robles Agüero E, Salazar Martínez LM, Daniel Vega E. Burnout en médicos de atención primaria de la provincia Cáceres. España [en línea]. Soc Esp de

Medicina de Familia y Comunitaria. 2002[citado: 12 feb 23006]; 29 (05):294-302
Disponible en: <http://www.doyma.es/cgi-bin/wdbcgi.exe/doyma/mrevista.fulltext?piden=13029722>

8. Ponce Díaz CR, Bulnes Bedón MS, Aliaga Tovar JR, Atalaya Pisco MC, Huertas Rosales RE. El síndrome del "quemado" por estrés laboral asistencial en grupos de docentes universitarios [en línea]. Rev de Investigación de Psicología 2005[citado: 21 mar 2006]; 8(2): 87 - 112. Disponible en: http://sisbib.unmsm.edu.pe/BVrevistas/Investigacion_Psicologia/v08_n2/PDF/a07.pdf.
9. Turnes AL. La salud mental de los médicos. 10 de Octubre, 2002[citado: 21 mar 2006]. Disponible en: <http://www.smu.org.uy/emc/novedades/burn/burnout.pdf>.
10. Castillo Ramírez S. El Síndrome de "Burn Out" o Síndrome de Agotamiento Profesional [en línea]. Med leg Costa Rica. 2001[citado: 21 mar 2006]; 17(2): 11-14 Disponible en: http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-00152001000100004&lng=es&nrm=iso.
11. Hernández Gómez LC. La motivación y el estrés laboral asistencial en los profesionales de los servicios de Salud (Dossier). Escuela Nacional de Salud Pública. Maestría de Psicología de la Salud. Modulo 10; 2003.
12. Moreno B, Oliver C, Aragonese A. El burnout: una forma específica de estrés laboral. En: Buela-Casall G, Caballo V, editores. Manual de psicología clínica aplicada. Madrid: Siglo XXI; 1991.p. 271-9.
13. Mingote Adán JC. Síndrome de burnout o síndrome de desgaste profesional. Madrid. Formación Médica Continuada. 1998; 5:493-509.
14. Alcaraz Ramos CD. Frecuencia y Factores de Riesgo asociados al Síndrome de Burnout en un Hospital de segundo nivel. [Tesis para obtener el grado de especialista en Medicina Familiar]. Colima: Instituto Mexicano del Seguro Social; 2006.
15. Ortega Ortiz C, López Ríos F. El Burnout o Síndrome de estar quemado en profesionales sanitarios: Revisión y perspectivas [en línea]. España 2004[citado: 15 mar 2007]. Disponible en: http://www.aepc.es/ijchp/articulos_pdf/ijchp-100.pdf
17. González Menéndez R. La epidemia emergente oculta de los profesionales de la salud en el siglo XXI [en línea]. Rev Hosp Psiquiátrico de la Habana. 2004[citado: 1 feb 2007]; 1(2-3). Disponible en: <http://www.psiquiaticohph.sld.cu/hph0204/hph021304.htm>