



Título:

Identificación del Burnout asociado a profesiones sanitarias y del
retail

Autora: Miriam Díez Piñol
Tesis doctoral dirigida por Dra. Susana Pallarès

Departament de Psicologia Social
Facultat de Psicologia
Universitat Autònoma de Barcelona

Agradecimientos

Esta tesis ha sido posible gracias al trabajo compartido con personas que, como en mi caso, les ha apasionado investigar y, de forma conjunta, hemos estado compartiendo experiencias y retos estimulantes a nivel de investigación desde hace casi ya dos décadas. Dado el dilatado tiempo que me ha llevado la realización de este trabajo me resulta complicado resumir de forma breve mis agradecimientos personales y profesionales a todas aquellas personas que, en algún momento durante estos años, me han ayudado a nivel científico o sencillamente me han proporcionado la ayuda emocional necesaria muchas veces para finalizar un proyecto como éste.

Me siento muy agradecida con muchos colegas (ahora ya amigos muchos de ellos) que me han orientado y ayudado a elaborar esta tesis, fruto del trabajo de investigación de esta última década de mi vida. En el 2002 inicié un proyecto de colaboración en investigación con el Instituto de Estudios Laborales de Esade, bajo la dirección y supervisión del Dr. Simon Dolan que me ha ayudado a llegar a donde estoy en estos momentos. Simultáneamente he podido ir aprendiendo qué significa investigar en nuestro país, tanto en sus facetas más reconfortantes como las menos. En especial quiero felicitar a mi directora de tesis, la Dra. Susana Pallarés, porque me ha proporcionado apoyo emocional y profesional en los momentos oportunos para impulsar que este proyecto siguiera adelante. Además de reconocerle sus méritos académicos, es para mí una persona muy importante en mi vida personal.

Mi familia ha tenido un papel muy importante que quisiera destacar, gracias a su apoyo incondicional. En estos años, he tenido la oportunidad de ver nacer y compartir mi vida con mis dos hijos, Pol y Marc, quienes han vivido también el proceso de elaboración de este trabajo. Agradecer también a todos mis colegas y compañeros de profesión con los que, durante estos años, he podido compartir interesantes discusiones que me han ayudado a ir madurando el proceso de elaboración de este trabajo.

Quisiera dedicar un especial reconocimiento a instituciones y entidades ligadas a la investigación, las cuales han ayudado a la obtención de datos y divulgación de los mismos. En especial, destacar el apoyo recibido desde la Agència d'Avaluació Tecnològica i Recerca Mèdiques (AATRM) y el Instituto de Seguridad e Higiene en el Trabajo.

Para finalizar, un cariñoso agradecimiento a mi amiga y colega, Marta Bagué, quien durante todos los años que compartimos me supo transmitir su alegría y vitalidad. Su sinceridad y comprensión eran impresionantes y me ayudaron en momentos de escasa clarividencia.

Gracias a todos por vuestro cariño y paciencia,

Índice

1.INTRODUCCIÓN	pg. 11
2. RIESGOS PSICOSOCIALES ASOCIADOS AL TRABAJO	pg. 18
2.1. Calidad de vida laboral y riesgos psicosociales	
2.2. Dimensiones transnacionales del fenómeno	
2.3. Enfoques de investigación	
3. CONCEPTUALIZACIÓN DEL SÍNDROME DE BURNOUT	pg. 30
3.1. Concepto de Burnout	
3.2. Variables desencadenantes o antecedentes del burnout	
3.3. Consecuencias del burnout	
3.4. Estrategias de afrontamiento del burnout	
3.5. Modelos explicativos del proceso de desarrollo del burnout desde la Perspectiva de los riesgos psicosociales.	
3.6. Aproximación centrada en el Bienestar desde la teoría del Comportamiento Organizacional Positivo	
3.7. Aproximación metodológica al Burnout	
4. ENFOQUES CONCEPTUALES INVESTIGACIÓN	pg. 60
4.1. Modelo fase 1. Burnout como desgaste emocional	
4.2. Modelo fase 2. Vigor profesional o burnout	
4.3. Modelo fase 3. Vigor profesional y burnout	
5. ASPECTOS METODOLÓGICOS DE LA INVESTIGACIÓN	pg. 65
5.1. Tipo de estudio	
5.2. Poblaciones de estudio	
5.2.1. Población Sanitaria	
5.2.2. Población Retail	
5.3. Escalas de medida	
5.3.1. Consistencia interna escalas para medir el burnout	
5.3.2. Descripción escalas de medida empleadas	
5.4. Estrategia de análisis de datos	
5.5. Tratamiento estadístico	

6. RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN	pg. 80
6.1. Resultados principales Fase 1	
6.2. Resultados principales Fase 2	
6.3. Resultados principales Fase 3	
6.4. Resultados preliminares línea investigación centrada en Retail	
7. CONCLUSIONES	pg. 101
7.1. Líneas clave de reflexión	
7.2. Limitaciones de la tesis doctoral	
7.3. Perspectivas futuras	
8. BIBLIOGRAFIA	pg. 114

Índice de Tablas y Figuras:

Tablas:

- Tabla 1. Correlaciones entre las diferentes escalas utilizadas para medir el Burnout.
- Tabla 2. Resumen descriptivo de las escalas explicativas (1/3)
- Tabla 3. Resumen descriptivo de las escalas explicativas construidas. Continuación (2/3)
- Tabla 4. Resumen descriptivo de las escalas explicativas construidas. Continuación (3/3)
- Tabla 5. Relación entre el Burnout y los principales correlatos estudiados en las muestras de Suecia y España.
- Tabla 6. Tabla-resumen características de los perfiles de burnout y vigor profesional (en las muestras sanitarias del estudio)
- Tabla 7. Factores del Burnout en la muestra de retail
- Tabla 8. Factores relevantes del Burnout según nivel de responsabilidad directiva.

Figuras:

- Figura 1. Proyecto de investigación que compone el trabajo de campo de la tesis doctoral.
- Figura 2. Clasificación modelos explicativos clásicos del estrés laboral
- Figura 3. Definiciones de Burnout (fuente: Cooper, Dewe, O'Driscoll, 2001)
- Figura 4. Resumen aproximaciones metodológicas al Burnout
- Figura 5. Instrumentos de medida empleados en estudios españoles en los últimos 25 años
- Figura 6. Dimensiones coincidentes MBI-HSS en su aplicación en EEUU, España y Holanda.
- Figura 7. Modelo 1. Burnout como desgaste emocional.
- Figura 8. Modelo 2. Enfoque basado en el vigor profesional como eje opuesto al burnout.
- Figura 9. Modelo 3. Enfoque basado en el burnout y vigor profesional como constructos independientes.
- Figura 10. Relaciones entre las subescalas del desgaste emocional
- Figural 11. Principales factores situaciones e individuales más relacionados con el Burnout según Maslach, Schaufeli y Leiter (2001)
- Figura 12. Burnout/Vigor profesional profiles (Suecia)
- Figura 13. Burnout/Vigor profesional profiles (Spain)

1. INTRODUCCIÓN

¿Por qué determinadas profesiones, sobretodo las que implican un contacto asistencial con los demás, presentan mayor riesgo psicosocial de burnout?

¿Existen factores de riesgo psicosocial de burnout de carácter transversal, que afectan por igual a profesionales de la Salud, independientemente del país en el que se esté trabajando?

¿ Podemos encontrar factores individuales, laborales y profesionales que protejan a la persona de los riesgos psicosociales?

Si prestamos atención a los inputs de la vida cotidiana, parece que el estrés ha pasado a formar parte del vocabulario habitual de la cultura del trabajo. En las sociedades industrializadas se ha interpretado, de forma excesivamente frecuente, el estrés como una consecuencia inequívoca del éxito (tanto personal como profesional). Es concebido como compromiso, responsabilidad, dedicación, sacrificio, trabajo,... Trabajar bajo cierta presión es hasta cierto punto, estimulante y favorece el rendimiento de la persona. Sin embargo, esta presión, de forma sostenida en el tiempo, puede comportar una serie de efectos nocivos en las personas que lo padecen. Cuando esta presión se vuelve “insoportable” para la persona, hablamos de estrés como riesgo psicosocial para el trabajador (Parent-Thirion et al, 2007; Gil-Monte, 2010). En el mundo laboral, se exige a los empleados mejor calidad y mayor cantidad de trabajo en un tiempo más reducido y empleando menos recursos. El hecho de que un trabajador/a se sienta quemado por el trabajo no sólo le afecta a él/ella a nivel individual, sino que repercute directamente en la propia organización (absentismo, rotación, disminución de la productividad, ...) y la sociedad en general (Bertojo, 2013)

A partir de la década de los 70 y 80 del siglo pasado se incrementó el interés de las organizaciones por todo lo que hace referencia a la salud y la calidad de vida laboral de los trabajadores. Los datos estadísticos acumulados en Europa (Eurofound, 2012; OMS, 2013) han ido evidenciando que se trata de un problema que aún no tiene soluciones claras pero que está aumentando y requiere de soluciones eficaces que den respuesta a los problemas sociales, económicos y personales que origina. (McPhaul y Lipscomb, 2004; Kieselbach et al, 2012).

La Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el trabajo apuntaba recientemente (2015) que el estrés laboral es el segundo problema de salud relacionado con el trabajo más frecuente en Europa, después de los trastornos musculoesqueléticos. Según datos de Eurostat, a lo largo de un período de 9 años (2006-2015), el 28% de los trabajadores europeos afirmó estar expuesto a riesgos psicosociales que afectaban a su bienestar mental. También ha constatado que entre el 50% y el 60% de todos los días de trabajo perdidos se pueden atribuir al estrés laboral. Ya hace unos años, se vio que más de una cuarta parte de los trabajadores europeos padecían estrés (Levi, 1993; ILO, 2006) y, se pronosticaba que esta cifra podía ir en aumento. Además de las repercusiones en la salud de los trabajadores, este tipo de cuestiones han tenido un impacto económico directo a nivel de los países (European Foundation, 1998; ILO, 2006; OMS,2013).

En las sociedades industrializadas se ha interpretado, de forma excesivamente frecuente, el estrés como una consecuencia inequívoca del éxito (tanto personal como profesional). Las primeras investigaciones científicas sobre el tema se encuentran en los trabajos de Freudenberg (1974, 1975) y Maslach (1976). Estudios longitudinales que se han llevado a cabo (Shirom, 2005) han puesto en evidencia que este tipo de cuestiones se mantiene estable a lo largo del tiempo, justificando así la cronicidad de su naturaleza (Taris, Le Blanc, Schaufeli y Schreurs, 2005; Kristensen et al., 2005; Halbesleben y Demerouti, 2005).

Esta tesis ha sido el resultado del trabajo de investigación iniciado en año 2002. En este momento me incorporé al grupo de investigación del Instituto de Estudios Laborales de ESADE, grupo de investigación reconocido por la Generalitat de Cataluña en el 2005. El objetivo principal fue llevar a cabo investigaciones en el ámbito de la salud y calidad de vida en el trabajo. A lo largo de casi una década fui orientando mi actividad investigadora en esta dirección, combinando distintas actividades de investigación (estudio y análisis, publicación de artículos y asistencia a eventos científicos). A partir del 2009 me enfoqué en el estudio de los riesgos psicosociales en otros colectivos de profesionales, relacionados también con el sector servicios, pero desde una vertiente más comercial. En concreto, a raíz de la actividad académica que llevo a cabo desde hace 6 años en la escuela universitaria en la que estoy actualmente (ESCODI. Escuela Superior de Comercio y Distribución, centro adscrito a la Universidad de Barcelona), junto con el grupo de investigación Petro-Vipat de la Facultad de Psicología de la UAB, la investigación se ha ido focalizando en el sector del comercio o retail (tal como se conoce a nivel internacional). En el apartado de conclusiones he incluido algunos de los resultados recientes de las investigaciones en las que estoy participando sobre estos temas.

Una de las motivaciones que me llevó a plantear este trabajo fue el hecho de haber percibido que a pesar de que se han incrementado los esfuerzos por mejorar la calidad de vida en el trabajo (Sandrin, 2008; Takala, Urrutia, Hämäläinen y Leena, 2009), seguimos experimentando problemas que muchas veces quedan enmascarados por dolencias de carácter común (cefaleas, molestias gastrointestinales, problemas musculares). En el 2013, la Agencia Europea para la Seguridad y Salud en el trabajo, afirmaba que el 41% de los trabajadores de toda Europa presentaba síntomas asociados al estrés laboral y que éste no se abordaba correctamente en sus lugares de trabajo.

Asimismo, la percepción del estrés laboral se ha visto que varía por sectores: el personal sanitario o el dedicado a la asistencia son los que tienen mayor tendencia a decir que los casos de estrés son habituales (Blanch, 2014). El propósito de la investigación se inició con el objetivo analizar cuál era la percepción que tenían los médicos europeos (suecos y catalanes) en activo acerca de los factores que afectaban a su trabajo y entender qué condicionantes les han llevado a ser uno de los colectivos profesionales más expuesto al burnout. (Ansoleaga et al, 2011; Blanch y Stecher, 2010; Blanch, Ochoa y Sahagún, 2012; Cervantes, Blanch y Hermoso, 2011)

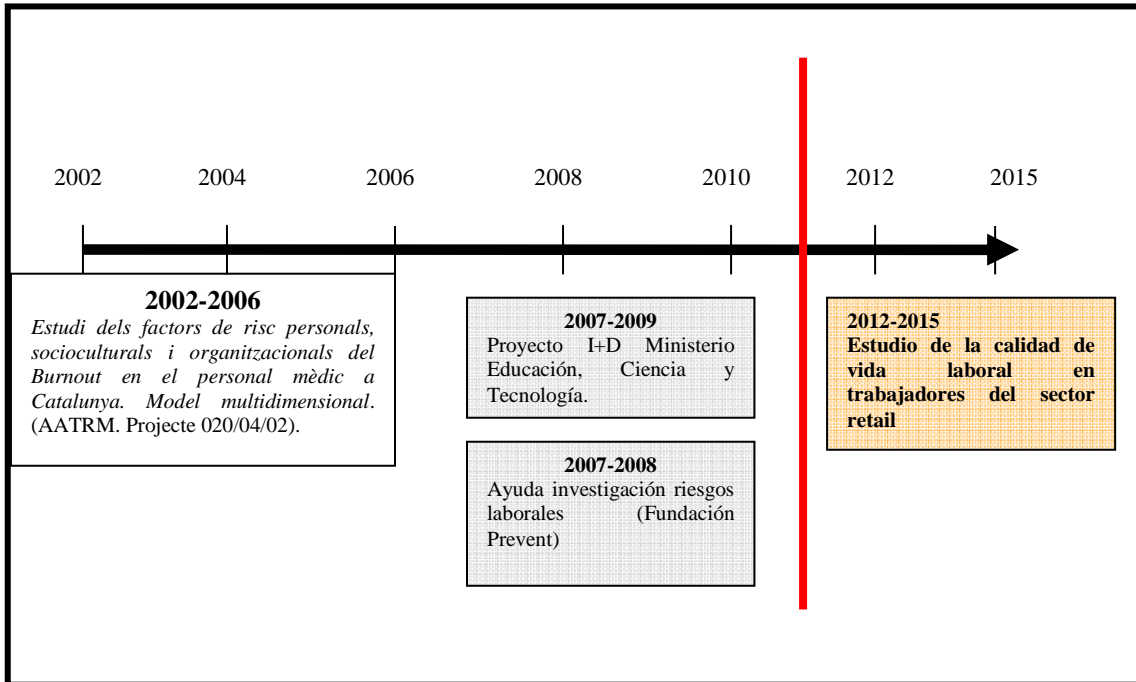
Las investigaciones que han servido de base para la elaboración de la presente tesis doctoral se focalizan en el colectivo, prioritariamente, de profesionales de la Medicina. La literatura científica ha resaltado que el burnout es un tipo de estrés laboral que castiga especialmente a los profesionales de sectores productivos como: educación, salud, servicios sociales o defensa, atribuyéndoles un mayor riesgo psicosocial. *¿Podemos decir entonces que se trata de sectores menos sanos para los profesionales que en ellos trabajan? ¿A qué debemos prestar atención, a los antecedentes o a los efectos provocados por el burnout?* En concreto, se ha estudiado el colectivo de médicos por considerar que es uno de los grupos laborales de más riesgo de burnout para los próximos años. Estudios epidemiológicos realizados en numerosos países señalan que el *burnout* de los médicos, especialmente de aquellos que trabajan en el sector público, está aumentando (Alonso, Pozo y Fernández, 2002; Dolan, Cannings y Díez., 2003; Dolan, García y Díez, 2005; Blanch et al, 2012; OMS, 2013).

El trabajo de investigación se llevó a cabo en varias fases, las cuales recogen las inquietudes, resultados y reflexiones de un proceso de investigación extenso. Este proceso se inició en el 2002 y aún continúa vigente. Las distintas fases de realización del estudio no suponen un trabajo longitudinal, sin embargo, cada una de ellas ha supuesto un avance y un punto de partida para el siguiente trabajo. La primera fase tuvo como propósito analizar la incidencia

del Burnout entre los médicos que trabajaban en hospitales suecos. A partir de los resultados obtenidos se decidió iniciar una investigación similar en España, que se concretó en un estudio sobre la salud laboral en los médicos catalanes. Estos resultados formaron ya parte de la segunda fase de la investigación. En una tercera fase de la investigación, se pretendió comparar el caso de Suecia y Cataluña, desde una perspectiva transnacional y distinta a la utilizada en las dos fases anteriores. A partir de este momento, se adoptó el enfoque de la Psicología Positiva a la hora de abordar las cuestiones relacionadas con la calidad de vida laboral. Desde esta perspectiva, actualmente se están estudiando conceptos de Engagement y Burnout en profesionales que ejercen una actividad de servicio, no asistencial, como son los trabajadores del sector del comercio o retail. Desde hace aproximadamente un año se ha ampliado el ámbito de aplicación de la investigación al sector del retail o comercio. En este caso, se está trabajando también desde una perspectiva transnacional, en concreto en dos países, España y Brasil, con la perspectiva de realizar un estudio comparativo de la calidad de vida laboral percibida por trabajadores de dicho sector en diferentes países. Ello va a dar lugar próximamente a nuevas publicaciones y proyectos, pero ya forman parte del futuro más inmediato tras la defensa de esta tesis.

Tal como se recoge en la figura siguiente (figura 1), el proceso de investigación que ha conducido a la elaboración de la presente tesis se inició en el año 2002. En este momento me incorporé al grupo de investigación del Instituto de Estudios Laborales de ESADE (grupo de investigación reconocido por la Generalitat de Cataluña), con el fin de llevar a cabo investigaciones en el ámbito de la salud y calidad de vida en el trabajo. A lo largo de más de 8 años, orienté la actividad investigadora en esta dirección, combinando las actividades de investigación con las de publicación de artículos y asistencia a eventos científicos.

Figura 1. Proyectos de investigación componen el trabajo de campo de la tesis doctoral.



En el año 2002 iniciamos una investigación sobre la incidencia del Burnout ntre los médicos que trabajan en hospitales suecos. Tras los resultados obtenidos, decidimos presentar un proyecto a la convocatoria del 2002 de l'Agència d'Avaluació i Tecnologia Mèdiques (AATRM), con el fin de poder realizar un estudio similar en Cataluña. El propósito principal era poder comparar los datos obtenidos en ambos estudios. El proyecto obtuvo financiación de la AATRM en la convocatoria del 2002. Tras finalizar el proyecto en Cataluña se pretendió realizar un estudio similar a nivel de todo el territorio español, en el marco de la Convocatoria de Proyectos competitivos de I+D. Para ello, en el año 2007 obtuvimos finalmente fondos para iniciar dicha investigación. El objetivo principal de este proyecto era el estudio del burnout

en el personal de enfermería, incorporando al modelo conceptual la medición de parámetros biomédicos que, según la literatura, se encuentran relacionados con el burnout. Sin embargo, para la elaboración de la tesis doctoral se han tomado sólo los datos empíricos obtenidos de los dos estudios previos, en Suecia y Cataluña. Durante los años 2007 y 2008, se trabajó en la finalización

de un prototipo de instrumento multimedia para la evaluación del estrés laboral, en el marco de una beca para la investigación concedida por la Fundación Prevent. En el año 2013 se estableció un acuerdo de colaboración con el grupo de investigación Petro-Vipat, liderado por la Facultad de Psicología, Departamento de Psicología Social de la UAB. La finalidad del acuerdo era ampliar el enfoque de investigación que estaba realizando Petro hacia un sector nuevo, en concreto el comercial, con el fin de analizar las similitudes y diferencias con otros sectores más de tipo socioasistencial (educación, sanidad, justicia,...).

2. RIESGOS PSICOSOCIALES ASOCIADOS AL TRABAJO

2.1. Calidad de vida laboral y riesgos psicosociales

Se empieza a hablar de *Calidad de vida laboral* (CVL) en el ámbito del trabajo hace ya más de 40 años (Watson y Clark, 1984; Westman, 2001; Sparks y Cooper, 2002). Entonces, se planteó la cuestión: *¿qué hace la empresa para que el trabajador esté satisfecho?*. Aunque se han realizado esfuerzos por parte de las empresas para mejorar todo lo que tiene que ver con las condiciones de salud laboral, aún queda camino por recorrer (Bakker y Derks, 2010). Las empresas han realizado importantes esfuerzos para mejorar la calidad del producto, aumentar la eficacia de los procesos internos, capacitar equipos de trabajo de alto rendimiento, formar al personal interno, etc. Sin embargo, *¿cuántas empresas podemos encontrar que hayan adoptado decisiones estratégicas para “no caer enfermas” ellas mismas y/o sus miembros?*.

En la última década se ha incrementado de forma exponencial el interés por estudiar todas las cuestiones vinculadas con la *calidad de vida en el trabajo*, enmarcadas en lo que conocemos como *salud laboral*. No obstante, los conocimientos acumulados hasta ahora son reducidos, en comparación con el incremento acelerado que está teniendo el problema en los ámbitos laboral y personal (Dolan y Martín, 2000; Dolan, Valle, Jackson y Schuler, 2003; Bertojo, 2013). Los datos estadísticos a escala mundial indican que se trata de una patología laboral en aumento, que no tiene soluciones claras a los problemas personales, sociales, económicos y laborales que origina. En 1993, La Comisión Europea, en la conferencia celebrada en noviembre del 1993 sobre “Stress at work- A call for action”, ya puso de manifiesto que el impacto del estrés en la calidad de vida laboral estaba aumentando. Ya en esta época se proponía que se habían de tomar acciones de prevención a nivel organizativo. En marzo de 2003, la European Forum of Medical Association (EFMA) y la

Organización Mundial de la Salud (OMS) hicieron un llamamiento a la investigación internacional sobre los factores personales, sociales y estructurales que inciden en los problemas de salud relacionados con el trabajo, con el propósito de desarrollar futuras estrategias para identificar y prevenir estos problemas. Por esa razón y en esos años es cuando se inicia el primer trabajo-estudio de esta tesis. Más tarde, la Comisión Nacional de Seguridad y Salud en el trabajo, en el documento “Estrategia Española de Seguridad y Salud en el Trabajo, 2007-2012 indicaba que *“el diseño de las políticas públicas en seguridad y salud en el trabajo deberían integrar todo el conjunto de riesgos a los que se ven expuestos los trabajadores y trabajadoras como consecuencia del ejercicio de su actividad dentro y fuera de los centros de trabajo, con especial atención a los denominados riesgos emergentes, los riesgos psicosociales derivados de la organización del trabajo...”*

Los riesgos o “factores de riesgo” psicosociales han sido definidos por la **Organización Internacional del Trabajo (OIT)**¹ como las interacciones entre el contenido, la organización y la gestión del trabajo y las condiciones ambientales por un lado, y las funciones y necesidades de los trabajadores por otro. Estas interacciones podrían ejercer una influencia nociva en la salud de los trabajadores a través de sus “percepciones y experiencias”. Según la Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo, estos riesgos pueden agruparse en 5 grandes grupos: 1) nuevas formas de contratación laboral más precarias, 2) envejecimiento de la población activa, que la hace más vulnerable a la carga mental y emocional, 3) intensificación del trabajo, d) fuertes exigencias emocionales en el trabajo, junto con un incremento del acoso psicológico y de la violencia, sobretodo en los sectores de la asistencia sanitaria y los servicios en general y 5) desequilibrio y conflicto entre la vida laboral y personal, debido a la falta de ajuste entre las condiciones de trabajo y contratación y la vida privada de las personas.

¹ Organización Internacional del Trabajo (OIT): Promotional framework on occupational safety and health convection 2006 [internet]. Geneva: ILO; 2006 [cited 21 october 2009]. N° C187. Available from: http://www.ilo.org/ilolex/cgi_lex/convde.pl?C187.

Una de las principales preocupaciones desde la *gestión de los recursos humanos* ha sido mejorar la *calidad de vida laboral* de las personas en sus respectivos puestos de trabajo. Sin embargo, la realidad de estas dos últimas décadas constata que, en general, las acciones que se han llevado a cabo más frecuentemente son de índole individual (Levi: The European Commission's Guidance on work-related stress: Spice of life or kiss of death?).

En muchos casos, la idea subyacente ha sido el hecho de considerar que se trataba de aspectos endémicos a la propia actividad profesional. Desde este enfoque, las acciones de tratamiento han estado también sobretodo enfocadas hacia la persona (técnicas de autoayuda, relajación, ...). *¿Es suficiente con este tipo de medidas? O, por el contrario, ¿se debería profundizar más en aspectos socioculturales y grupales para entender por qué se produce y qué hacer para prevenir su aparición?*

A lo largo de las distintas fases de la investigación que ha conducido a la elaboración de esta tesis doctoral se ha ido poniendo más énfasis en las variables relacionadas con las demandas externas al trabajo (como por ejemplo el contenido de los puestos de trabajo, el grado de autonomía a la hora de desempeñarlo, la posibilidad de que el trabajo propio pueda influenciar en los otros, la carga de trabajo que existe, ...) que las variables vinculadas directamente a la propia persona (como son el tipo de personalidad, capacidad de adaptación a situaciones que uno no puede controlar,...).

El burnout es considerado actualmente como riesgo psicosocial para las organizaciones del trabajo, del mismo modo que otros fenómenos como el mobbing. Aunque ambos fenómenos coinciden en los resultados que provocan, esto es, graves daños psicosomáticos en la salud del trabajador, en el mobbing o acoso moral existe un elemento intencional lesivo, que está ausente en el caso del burnout. Según González de Patto (2003), el mobbing es más frecuente en aquellas culturas organizativas más autoritarias, basadas en el

ejercicio del poder y el control. En cambio, el caldo de cultivo del burnout será más bien culturas organizativas “ciegas, sordas y mudas”. Según Guillén (2014), en tiempos de crisis como los que nos ha tocado vivir, las empresas emocionalmente inteligentes ofrecen estrategias de afrontamiento de situaciones de riesgo que favorecen el bienestar tanto individual como organizativo.

2.2. Dimensión transnacional del fenómeno

Uno de los propósitos de la tesis fue profundizar en la naturaleza universal o particular del burnout. Es una realidad que personas procedentes de distintos países y culturas manifiestan sentirse estresados en el ejercicio de su actividad profesional. Sin embargo, *¿todos ellos comparten una misma forma de sentir el burnout?, ¿tienen el mismo tipo de pensamientos?, ¿reaccionan de la misma manera?*. Se pretendía ver hasta qué punto pueden adoptarse medidas similares para distintos países o, por el contrario, se deberían emplear acciones adaptadas a las necesidades más locales.

La 4ª Encuesta nacional sobre condiciones de trabajo (INSHT, 2003^a y 2003^b), ya destacaba una correlación positiva entre un elevado número de personas que padecían alguna enfermedad profesional y el hecho de presentar también enfermedades en los huesos, los músculos o las articulaciones (el 71,8 % sobre el total de las enfermedades). Desde hace casi 15 años, se ha visto que los síntomas psicósomáticos compatibles con el estrés más frecuentes son: cefaleas (afectan al 12.3% de los trabajadores), problemas de vista (10,3%), alteraciones del sueño (10,2 %) y una sensación constante de cansancio (10,2 %). Estos síntomas no son igual de frecuentes en todos los sectores profesionales. Los sectores más afectados son los que ejercen una actividad profesional de carácter asistencial, relacionada con la educación, la sanidad, los servicios sociales y/o la vigilancia, principalmente (Ortega Bayón,1998; Parker y Kulik,1995; Parent y otros, 2007).

En la última década, hemos asistido a nivel internacional y, muy especialmente a nivel europeo, a un aumento importante de estudios e investigaciones sobre lo que se ha venido llamando “*nuevos riesgos profesionales*” (burnout, estrés laboral, acoso moral en el trabajo, entre otros) (Brouwers y Tomic, 2000; Segundo Informe Randstad, 2003; Eurofound, 2012). Sin embargo, la forma de abordar las cuestiones de salud laboral varían de un país a otro (Wegman et al., 2007; Albin y Jakobsson, 2009; Takala, Urrutia, Hämäläinen y Leena, 2009).

Los países nórdicos, entre ellos destaca el caso finlandés y/o sueco, han sido pioneros y muy productivos en el estudio de los factores de riesgo en el trabajo (estrés laboral, mobbing, burn-out) (Albin y Jakobsson, 2009; Takala y otros, 2009). En cambio, en *España*, tanto el estrés laboral crónico y el *burnout* se han catalogado como riesgos psicosociales que afectan al desempeño laboral. En este sentido, aún no se han podido tipificar en la categoría de enfermedad profesional (Gonzalez De Patto, 2003; Gil Monte, 2003). En el caso de Suecia, el burnout está considerado como enfermedad profesional y puede ser diagnosticado como tal por un médico especialista. La legislación española sin embargo, aún no lo ha incluido en el catálogo de enfermedades profesionales pero sí que va siendo reconocido como accidente de trabajo. En España sólo se contempla la depresión como la enfermedad más parecida al estrés laboral.

En cuanto a la producción científica, los países escandinavos (Dinamarca, Finlandia, Noruega y Suecia) han generado gran parte de las publicaciones científicas durante las tres últimas décadas (Albin, 2009). Ya en el 2005 la producción científica escandinava supuso alrededor del 18,5% de los artículos publicados en las revistas más prestigiosas a nivel internacional sobre salud ocupacional y ergonomía. Suecia se situaba en el tercer lugar (con un 8% de la producción), después de Inglaterra (12%) y Estados Unidos (36%).

2.3. Enfoques de investigación

¿Podemos asegurar que ante la ausencia de niveles elevados de burnout puede considerarse que la persona goza de una salud laboral satisfactoria?. En caso afirmativo, ¿podemos asegurar por tanto que se encontrará satisfecha con su trabajo y tendrá un nivel de rendimiento laboral óptimo? Esta tesis se orientó a intentar responder a estas cuestiones, atendiendo aspectos vinculados a lo que se ha venido denominando *Comportamiento Organizacional Positivo (COP)*, que se ha dedicado al estudio científico del funcionamiento óptimo de las personas en contextos de trabajo y organizaciones (Cameron, Dutton y Quinn, 2003; Cameron y Caza, 2004; Salanova, Martínez y Llorens, 2005).

Dentro de la literatura científica, los enfoques utilizados más habitualmente para estudiar las cuestiones que afectan a la Salud Laboral se han orientado hacia la *vertiente patológica*, intentando identificar enfermedades, factores de riesgo, datos epidemiológicos, como aspectos clave. La posibilidad de realizar un diagnóstico acertado, recibir el tratamiento adecuado y poder prevenir que vuelva a aparecer una determinada enfermedad constituye sin duda un importante avance científico que ha comportado una mejora de la calidad de vida de las personas. Sin embargo, desde hace ya casi dos décadas se han incrementado los estudios que emplean un *enfoque más positivo* (Fineman, 2008; Rossi et al., 2009; Gil-Monte, 2010), orientados a identificar factores protectores del bienestar profesional y personal del trabajador. Han focalizado los esfuerzos en explicar por qué hay personas y organizaciones que gozan de una mayor energía positiva en relación con el trabajo, así como la manera cómo conseguirlo.

Esta tesis doctoral ha contemplado estos dos enfoques. En un inicio, la investigación se orientó más hacia la vertiente patológica con el fin de identificar las principales manifestaciones del burnout, cómo afectaba a la población activa o los aspectos que más ayudaban a su tratamiento y reducción. Sin embargo, a partir de los resultados que se han ido obteniendo y

la literatura científica, se ha ido orientando hacia una vertiente más conectada con la Psicología Positiva, intentando describir cuáles son las características sociolaborales e individuales que más protegen a las personas en situación de riesgo de burnout.

Tradicionalmente, la Psicología del Trabajo y de las Organizaciones se preocupó por estudiar cuáles eran los antecedentes y consecuentes del estrés laboral y del burnout, con el propósito de identificar medidas y tratamientos que ayudaran a su tratamiento y prevención. Se focalizó en teorizar y aportar evidencia empírica sobre cómo prevenir un bajo rendimiento, una baja motivación, malestar profesional, problemas de salud y/o falta de compromiso con la empresa u organización, entre otros aspectos. Según Bakker y Schaufeli (2008), esta perspectiva negativa ha prevalecido entre las publicaciones científicas por encima de las de carácter positivo, en una proporción de 14:1.

La investigación aplicada según el Comportamiento Organizacional Positivo (COP) se ha focalizado en estudiar los aspectos positivos del trabajo (excluyendo los negativos) por considerar que éstos, por si mismo, explicaban gran parte de los fenómenos positivos que hacen mejorar a las organizaciones y a los trabajadores (Fredrickson y Losada, 2005). En cambio, otras investigaciones han combinado características del trabajo estresantes y otras de positivas, asumiendo que unas influyen negativamente y otras proporcionan bienestar. De acuerdo con el Modelo de Demandas del trabajo-Recursos (Bakker y Demerouti, 2007; Schaufeli y Bakker, 2004) cualquier ocupación puede ser clasificada de acuerdo a las condiciones en las que se realiza el trabajo. Estas condiciones pueden clasificarse como Demandas o bien como Recursos del trabajo. Las demandas suelen vincularse a aspectos del trabajo que requieren un esfuerzo y trabajo por parte de la persona, que le comportan costes fisiológicos y psicológicos. En cambio, los recursos proporcionan crecimiento y desarrollo profesional a la persona, teniendo importantes cualidades motivacionales.

En general, la Psicología Positiva se propone estudiar las fortalezas y virtudes que permiten a las personas y a las comunidades a prosperar (Seligman y Csiksentmihalyi, 2000; Wright, 2003; Zwetsloot y Pot, 2004). En particular y, tal como proponen algunos autores (Luthans 2002; Luthans y Youssef, 2007; Wals, Weber y Margolis, 2003; Turner, Barling y Zacharatos, 2002) el COP resalta la importancia de incrementar la investigación en esta línea positiva, generando nuevos modelos teóricos, investigación empírica y aplicaciones prácticas que ayuden a mejorar el comportamiento de los trabajadores y de las organizaciones en general. En línea con esta perspectiva, han surgido iniciativas como la de la “Gestión Integral de la Salud” (Zwetsloot y Pot, 2004), que constituye una situación en la que tanto la organización (Luthans, 2002) como el empleado mejoran su bienestar (situación de “win-win”).

En la literatura científica han habido distintas visiones a la hora de conceptualizar este tipo de riesgos psicosociales (Figura 2). La forma cómo es operacionalizado tiene un impacto importante a la hora de enfocar cualquier aproximación empírica al tema y a la hora de interpretar los resultados que se obtengan (Cooper , Dewe y O’Driscoll, 2001). A modo de síntesis, podemos decir que, desde que se iniciaron los primeros estudios en los años 1930s-1940s, han ido surgiendo distintos modelos teóricos, los cuales pueden verse identificados en la siguiente figura:

Figura 2. Clasificación modelos explicativos clásicos del estrés laboral

MODELO	AUTORES REFERENTES
Modelo “Respuesta”	Seyle, H. (1976)
Modelo “Estímulo”	Goodell, Wolf y Rogers, 1986
Modelo “Interacción ambos”	Stahl et al (1975) Straus, 1973
Modelo transaccional	Lazarus (1966,1990)

Todos los modelos explicativos recogidos en la figura anterior comparten algunos puntos en común (Kahn y Byosiere, 1992). El primero es considerar que hay una demanda. En segundo lugar, una percepción de que esta demanda tiene un gran impacto en la persona. Y, por último, se genera una respuesta que afecta a la buena salud de la persona. A continuación, se detallan un poco más las características básicas de cada uno de ellos.

Modelo Respuesta:

Los partidarios de este modelo consideran que *el estrés es la consecuencia de estar expuesto a agentes estresores*. Se centran en estudiar las consecuencias y efectos que se producen en la persona afectada. Estos modelos consideran el estrés como la variable a explicar o dependiente. Entre los partidarios de este modelo encontramos a Hans Selye (1976), padre de los estudios sobre estrés que se conocen. Desde esta perspectiva (Cooper, Dewe y O'Driscoll, 2001), las respuestas al estrés se consideran independientes a la naturaleza del estresor, piensan que existen patrones universales de comportamiento cuando uno se siente estresado. Clasifican 3 tipos de respuestas: fisiológicas, psicológicas y comportamentales. Diferencian también 3 estadios de respuesta: en un primer momento se produce un estado de *alarma* (activación de los mecanismos de defensa del organismo). A continuación, aparecen *resistencias*, pero éstas desaparecen cuando el organismo se adapta a la nueva situación generada. En caso de que esto no ocurra, se origina un estado de *colapso*.

Las críticas a este modelo han resaltado su carácter simplista, considerándolo adecuado sólo para algunos tipos de estresores, pero no para los de naturaleza psicosocial (Christian y Lolas, 1985). Otros (Pearlin, Lieberman, Menaghan y Mulla, 1981) han mostrado su malestar por recibir un excesivo tratamiento genérico. También se le ha criticado que no prestara atención a los factores ambientales en el proceso del estrés.

Modelo Estímulo:

Se basan sobretodo en el interés por identificar las fuentes de estrés. Éste es descrito como una fuerza ejercitada que origina una reacción de demanda o presión, provocando por tanto una distorsión. En el caso que el nivel de tolerancia de la persona sea superado, se produce un daño o malestar. En este modelo, *el estrés es considerado como una variable explicativa, independiente, que incita determinadas respuestas en la persona*. En esta línea, ha habido investigaciones dirigidas a descubrir las fuentes de estrés en el ambiente de trabajo en aquellas actividades más manuales (por ejemplo, Cooper y Smith, 1985). Este tipo de investigaciones se centraban en analizar, de forma objetiva, las condiciones ambientales del trabajo como fuentes de estrés. Sin embargo, ahora se sabe que esta perspectiva es insuficiente (Lazarus, 1966), es necesario tener en cuenta también aspectos como las percepciones individuales y la valoración de los estresores, para saber si la persona experimenta tensión. Como aportaciones relevantes del modelo, destacar que ha sido útil para identificar los factores estresantes más habituales en los contextos organizativos.

Este segundo modelo ha recibido también las críticas simplistas que se han dirigido al primer paradigma. Ambos ignoran las diferencias individuales (tales como, personalidad, valores, objetivos, expectativas,...), los contextos en los que tiene lugar (ej. niveles de apoyo social, control, evaluación,...), el rol y estatus de la persona dentro de la organización (eg. nivel jerárquico, rol profesional,...) y los procesos perceptivos y cognitivos que inciden en estas diferencias (Cox, 1990; Sutherland y Cooper, 1990). Ambos modelos han resultado ser taxonómicos en su naturaleza, produciendo listas de respuestas y situaciones o factores vinculados con el estrés. Sin embargo, resultan insuficientes para tener una aproximación comprensiva a la naturaleza de la experiencia del estrés, ya que no se centran en estudiar el proceso que tiene lugar (esto es, en la interacción entre estímulos ambientales y respuestas del individuo) sino sólo en los antecedentes o consecuencias del mismo.

Modelo *Interacción*:

Esta perspectiva considerada como *estructural*, se basa en la interacción estadística entre los estímulos y la respuesta al estrés (Stahl y otros, 1975; Straus, 1973). Se trata de una visión estática del estrés, en la que no se presta atención al proceso que tiene lugar. En este tipo de modelos tienen cabida variables moderadoras. Sin embargo en muchas ocasiones su inclusión en una investigación está falta de una justificación conceptual, por lo que, frecuentemente los resultados obtenidos han resultado incoherentes y ambiguos a la hora de entender el peso que tenían sobre el estrés. Según Cooper, Dewe y O'Driscoll (2001) es preciso una perspectiva más comprensiva, desde la que se puedan establecer teorías consistentes que permitan explicar los mecanismos por los que estos factores moderadores resultan relevantes.

Modelo *Transacción*:

La literatura científica ha acumulado distintos modelos conceptuales basados en esta perspectiva (McGrath, 1976; French, Caplan y Van Harrison, 1982, entre los más destacados). Estos modelos transaccionales (Lazarus, 1966, 1990) intentan superar las limitaciones de los modelos anteriores. Parten de la relación del individuo con el entorno. Esta perspectiva intenta explorar la naturaleza de la relación entre estresores, respuesta y resultados, con el fin de entender el proceso dinámico del estrés, pero no únicamente a partir de la relación estadística entre variables

La bibliografía científica existente (Briner y Reynolds, 1999; Appels y Mulder, 1988, 1989; Shirom, Westman, Shamai y Carel, 1997; Dolan y Martin, 2000; Kielselback y otros, 2012), resalta que los “trabajadores sanos” pueden ser una fuente de ventaja competitiva sostenida puesto que las organizaciones no tienen que soportar los elevados costes crecientes que suponen los trabajadores estresados. Ya desde la Escuela de las Relaciones Humanas

(década de los 30) se empezó a ver que si la persona se encontraba contenta y a gusto en el trabajo, la productividad mejoraba (Fisher, 2003). Sin embargo, un interés más académico por su estudio se remonta en el siglo pasado a los años 70, en el momento en el que las organizaciones empiezan a preocuparse por la calidad de vida laboral de sus trabajadores. Desde entonces se ha incrementado el interés por estudiar el denominado *Síndrome de Burnout*, por ser una de las principales causas de desmotivación, insatisfacción y absentismo laboral del personal sanitario (Atance, 1995), pero también por su impacto negativo en la salud (mental y física) de sus víctimas (Appels y Mulder, 1988, 1989; Shirom, Westman, Shamai y Carel, 1997; Blanch y Stecher, 2010; Eurofound, 2012).

3. CONCEPTUALIZACIÓN DEL SÍNDROME DE BURNOUT

3.1. Concepto de Burnout

El Burnout no es lo que se conoce coloquialmente, como “estar quemado”. Cuando un trabajador dice que “está quemado” suele referirse a que no se encuentra satisfecho con su trabajo, se siente agobiado, harto, a disgusto,... Sin embargo, el burnout es un problema más complejo, que contempla toda una serie de síntomas e indicadores múltiples. Gil-Monte (2003) ya identificó 19 términos distintos en habla hispana para referirse a la patología denominada en inglés como *burnout syndrome*.

Popularmente se utilizan a menudo de forma indistinta los términos estrés y burnout. Muchas veces oímos palabras como: “*estoy estresado, ya no puedo más, estoy agobiado,...*”. No es lo mismo estar estresado que padecer estrés. Tampoco son sinónimos expresiones como “*estoy quemado*” y padecer el síndrome de estar quemado por el trabajo. El estrés laboral es un riesgo psicosocial de índole profesional (OIT, 2013), no sólo un calificativo de un estado puntual o un sinónimo de sentirse preocupado. Desde la perspectiva científica, estrés laboral y burnout no son verdaderamente términos sinónimos, aunque sí describen fenómenos interconectados. Ambos son considerados enfermedades profesionales por algunos países, que disponen de una legislación clara al respecto, como se ha visto en el apartado anterior. Y además, suponen riesgos psicosociales importantes para la salud de los trabajadores.

El estrés laboral debe ser entendido como una respuesta inespecífica (emocional, fisiológica y/o comportamental) a una situación relacionada con el trabajo que es percibida por la persona como amenazante y no encuentra una respuesta eficaz para eliminarla y/o reducir sus efectos. En cambio, el

síndrome del Burnout es un conjunto de síntomas específicos provocados por una exposición a una situación continuada de estrés en el trabajo. Se le da el calificativo de **síndrome** por provocar un conjunto de síntomas específicos e identificables claramente, pero de los que se desconoce aún la etiología.

Fenómenos como el estrés, estrés laboral, fatiga física, insatisfacción laboral, burnout o mobbing tienen elementos comunes pero no deben confundirse entre ellos. La principal diferencia entre el estrés general y el síndrome del burnout es el hecho de que el estrés general es un proceso psicológico con efectos tanto positivos como negativos, mientras que el burnout solo hace referencia a los efectos negativos para el individuo y para su entorno. Asimismo, el burnout es un síndrome propio del contexto laboral, mientras que el estrés general se puede experimentar en todos los ámbitos posibles del ser humano, tal como ya apuntaban Pines y Kafry (1978). Desde la década de los setenta del siglo pasado, una gran mayoría de los modelos aplicados al estudio del estrés laboral se han basado en la falta de ajuste entre las demandas de la organización y los recursos de la persona para afrontar esas demandas (Gil-Monte, 2010). Desde esta perspectiva, el estrés laboral es una consecuencia de la imposibilidad de la persona para responder a las demandas de su entorno laboral más inmediato.

Según la literatura científica (Maslach y Jackson, 1981; Maslach, Leiter, Jackson, 2012), la insatisfacción laboral no necesariamente coexiste con el burnout. Si bien está claramente correlacionado con el sentimiento de realización personal, una persona insatisfecha laboralmente puede no padecer burnout registrando bajos niveles de despersonalización y agotamiento emocional. La diferencia entre la fatiga física y el burnout está en el proceso de recuperación del uno y del otro. En un estudio ya clásico, Pines y Aronson (1988) ya exponían que el síndrome del burnout se caracterizaba por una recuperación lenta y acompañada de sentimientos profundos de fracaso, mientras que la recuperación de la fatiga física era más rápida y podía venir acompañada de sentimientos de realización personal.

En la literatura científica no ha habido un consenso a la hora de describir el burnout. El modelo descriptivo predominante ha sido el de Maslach (1976). Sin embargo, históricamente la literatura sobre el Burnout ha contemplado diferentes modelos conceptuales desde que fuera introducido el concepto hace unas cuatro décadas. Desde entonces, ha habido un intenso debate a nivel científico, sobre lo qué es, sus antecedentes y la forma de medirlo. Una de las dificultades en el estudio del burnout ha sido precisamente la gran variedad de definiciones que ha tenido el concepto. La figura siguiente recoge algunas de las posturas más relevantes que se han producido en el ámbito de la investigación científica.

Figura 3. Definiciones clásicas de Burnout (Fuente: Cooper, Dewe, O'Driscoll, 2001)

Definiciones Burnout	Concepto	Antecedentes /Consecuentes	Limitaciones
Freudenberg y Richelson (1980)	Sensación de fracaso y una existencia agotada o gastada que resulta de una sobrecarga por exigencias de energías, recursos personales o fuerza espiritual del trabajador	Existe un compromiso con el trabajo que no satisface las ambiciones de la persona y las recompensas esperadas. Provoca un estado de fatiga crónica, depresión y frustración.	Identifica el burnout con variables que tienen naturaleza distinta como son la depresión o la fatiga crónica.
Maslach y Jackson (1982)	Estado de desgaste emocional y cansancio físico.	Provocado por una exposición continuada a situaciones estresantes o frustrantes. Comporta pérdida de eficacia y éxito profesional.	No queda claro cómo se desarrolla el burnout.
Pines y Aronson (1988)	Estado de tedio que comporta desgaste (emocional, físico y mental).	Provocado por una exposición continuada a situaciones estresantes o frustrantes.	No distingue entre tedio y burnout.
Burke y Richardsen (1993)	Proceso de pérdida de compromiso en respuesta a los estresores laborales	Ocasionado por un desequilibrio entre las demandas del trabajo y los recursos disponibles. Provoca una respuesta emocional (ansiedad, tensión, fatiga, tensión)	

El primero en identificar el término “burnout” fue Bradley (1969), sin embargo no fue hasta 1974 en que el Dr. Herbert J. Freudenberger, psicoanalista norteamericano, presentó un concepto más elaborado del mismo en relación

con una serie de profesionales que trabajaban en situación de tensión psicológica extrema, como son los docentes, personal de enfermería, policía,... En su estudio, Freudenberger y Richelson (1980) definieron el burnout como *“una sensación de fracaso y una existencia agotada o gastada que resulta de una sobrecarga por exigencias de energías, recursos personales o fuerza espiritual del trabajador”*.

El modelo más clásico y mayoritariamente empleado fue el de **Maslach** (Maslach, 1982, 1998; Maslach y Jackson, 1978,1981,1986; Maslach, Jackson y Leiter, 1996). Según este modelo, de naturaleza multi-dimensional, el Burnout es un síndrome compuesto por tres dimensiones: *agotamiento emocional, despersonalización y falta de realización personal*. Maslach (Maslach y Jackson, 1986) creó un cuestionario, el MBI, extensamente utilizado y aceptado para estudiar el Burnout. Las autoras lo definieron como un “estado de desgaste emocional y cansancio físico provocado por una exposición continuada a situaciones estresantes o frustrantes”. Este estado comporta una pérdida de eficacia productiva y éxito profesional:

- Agotamiento emocional: Sensación de sobreesfuerzo físico y hastío emocional que se produce como consecuencia de las continuas interacciones que los trabajadores deben mantener entre ellos, así como con los pacientes. Es el primer síntoma que se observa en el profesional.
- Despersonalización: Desarrollo de actitudes y respuestas cínicas hacia las personas a quienes los trabajadores prestan sus servicios. Actitudes de insensibilidad
- Reducida realización personal: Tendencia a evaluarse a uno mismo de forma negativa, sobretodo con todo lo que hace referencia al trabajo propio (Maslach, 1993).

En 1988, Pines y Aronson ya lo describían como un estadio de tedio que comporta un desgaste emocional, físico y mental. Posteriormente, descartaron que hubiera diferencia entre burnout y tedio. Posteriormente a la aparición del MBI de Maslach y, con el fin de superar las limitaciones del mismo, Pines (1993) propuso un modelo unidimensional del Burnout, en el que éste era definido como un estado de desgaste físico, emocional y mental causado por una exposición continuada a situaciones estresantes emocionalmente. Pines creó un nuevo instrumento de medida del Burnout, denominado BM, “Burnout Measure”, con una única dimensión, el agotamiento emocional.

Burke y Richardsen (1993) definieron el burnout como un proceso de pérdida de compromiso en respuesta a los estresores laborales. El desequilibrio entre las demandas del trabajo y los recursos disponibles provocaban una respuesta emocional caracterizada por un cuadro de ansiedad, tensión, fatiga y desgaste. Esta respuesta comportaba un cambio actitudinal y de comportamiento en la persona: afrontamiento defensivo (preocupación sólo por aquello que satisfacía las necesidades propias) y despersonalización (cinismo ante las personas beneficiarias de la actividad profesional).

Posteriormente, ha habido otras definiciones que han proporcionado un matiz distinto al introducido por Maslach. En particular, Schaufeli y Enzmann (1998, p.36) definían el burnout como *“un estado mental, persistente, negativo y relacionado con el trabajo, en individuos “normales” que se caracteriza principalmente por agotamiento, que se acompaña de malestar, un sentimiento de reducida competencia y motivación y el desarrollo de actitudes disfuncionales en el trabajo”*. Esta concepción mantenía el carácter tridimensional del término, pero con referencia al trabajo general que uno realiza. En esta línea, destacar también el modelo propuesto por Shirom-Melamed, S-MBM, Shirom-Melamed Burnout Measure (Shirom, 2003), que estuvo inspirado en el trabajo efectuado por Maslach y Pines. Este modelo concebía el Burnout como un estado afectivo caracterizado por un *sentimiento de pérdida de energía física, emocional y cognitiva*.

3.2. Variables desencadenantes o antecedentes del burnout

Las variables que predicen la aparición del burnout tienen su origen en diversos ámbitos como son: los aspectos personales del individuo, el contexto laboral o circunstancias externas al trabajo. Así se puede afirmar que el desarrollo del síndrome se da por las interacciones del sujeto con el entorno de trabajo, siendo los desencadenantes los estresores laborales y los facilitadores las variables personales. Cordes y Dougerty (1993) clasifican las variables desencadenantes del burnout en tres categorías:

1. Organizacionales:

Las variables organizacionales han sido estudiadas en profundidad por Maslach y Leiter (1998). También se las analiza en otros estudios como los publicados por Burisch (1989) o por Schaufeli y Buunk (1992). Entre las más estudiadas destacan:

- **Dinámica del trabajo:** Conflictos con los compañeros o superiores, falta de apoyo por parte de los superiores, ambigüedades y conflictos en el rol a desempeñar, etc. También ha de tenerse en cuenta si existe un contacto intenso y emocionalmente cargado con los clientes o pacientes.
- **Sentimiento de inadecuación profesional:** Falta de adaptación entre el puesto de trabajo y el perfil de la persona que lo desempeña. En este factor influye la falta de formación en lo que concierne a la complejidad organizacional en la que se ha de llevar a cabo su tarea o las dificultades que le puede plantear su relación con el paciente o cliente.
- **Sobrecarga de trabajo:** Este factor hace referencia no sólo a la carga de trabajo en si misma sino a la percepción por parte del individuo de una presión excesiva en el puesto de trabajo. También influye el poco tiempo de recuperación entre tarea y tarea.

- **Contenido de la tarea:** Variedad de tareas, grado de complejidad de las mismas, grado de feedback recibido.

- **Ambiente físico de trabajo:** Presión física se ha de soportar en el puesto de trabajo como puede ser el nivel de ruido o el esfuerzo físico a realizar.

- **Turnos de trabajo:** En la literatura, el trabajo nocturno está positivamente correlacionado con la aparición del burnout.

- **Ambigüedad del rol a desempeñar:** Disonancia entre las expectativas y la realidad en el ámbito laboral. Esta ambigüedad en el rol del profesional provoca un sentimiento de confusión e incertidumbre sobre las responsabilidades del puesto de trabajo que hace que el individuo sea más propenso a padecer burnout.

- **Estresores relacionados con las nuevas tecnologías:** La implantación de nuevas tecnologías conlleva un cambio en las habilidades que el individuo ha de poner en práctica para desempeñar su trabajo y pueden influir en la aparición del sentimiento de inadecuación profesional.

- **Estructura organizacional:** El burnout tiene más probabilidades de aparecer en organizaciones excesivamente centralizadas en las que las posibilidades de improvisar están muy restringidas y hay una continua vigilancia por parte de los superiores y también organizaciones excesivamente descentralizadas donde la improvisación y la predicción se impone.

- **Estresores económicos:** En este apartado destaca la inseguridad económica ocasionada por la precariedad del contrato o las previsiones de un posible despido en un breve periodo de tiempo. También influye el hecho de que la compensación recibida por el trabajo sea insuficiente.

- **Necesidad de demostrar el desempeño en el trabajo:** Los trabajadores que han de demostrar continuamente su desempeño en el puesto de trabajo y su valía como profesionales sufren más riesgo de padecer burnout.

- **Clima organizativo:** Dentro de este factor influyen variables como la participación en la toma de decisiones, la autonomía en el puesto de trabajo, el compromiso con el trabajo o las relaciones con los compañeros. También influye la discrepancia entre los valores personales del individuo y los de la organización.

2. Sociales:

Estas variables no están relacionadas con el contexto laboral sino que se refieren más bien al apoyo social, es decir, al apoyo que la persona recibe de familiares y amigos. La falta de apoyo social aumenta las posibilidades de padecer burnout (Walter y Bruch, 2008). Más en concreto, las principales variables sociales a analizar serían (Sonntag, 2005; Sun et al, 2013):

- Calidad de los flujos comunicativos en el ambiente social del individuo.
- Actitudes de los familiares y amigos hacia la persona.
- Aparición de problemas familiares.
- Forma en la que la familia del individuo afronta las situaciones que pueden dar lugar al burnout
- Cultura, que afecta no sólo a la forma de entender el desempeño laboral, sino también a la manera interpretar las relaciones sociales y los diferentes apoyos que la persona pueda recibir.

3. Personales:

Las variables personales son las propias del individuo. Hacen referencia a su personalidad, sentimientos, emociones, pensamientos o circunstancias en las que se desarrolla su vida.

Respecto la relación del Burnout con este tipo de variables, existe acuerdo en considerar algunos aspectos más relevantes que otros. Los podemos clasificar en dos grupos: variables sociodemográficas y características personales. Respecto a las primeras, las variables sociodemográficas:

- **Género:** Lo que tiene una influencia clara en el desarrollo del síndrome del burnout es el rol de la mujer y el hombre en la sociedad. Como apuntaba Atance (1995), las mujeres serían el grupo más vulnerable, por razones como: la doble carga de trabajo que conlleva la práctica profesional y la tarea familiar o la elección de determinadas especialidades profesionales atribuidas de forma estereotipada a la mujer (Bowman y Allen, 1985; Cooper, Rout y Faragher, 1989; Mc Craine, Lambert y Lambert, 1987; Castañeda y García, 2010; Sanclemente, Elboj y Iñiguez, 2014).

- **Edad:** Al igual que el género, lo que influye en el burnout más que la edad en sí misma, es la madurez con la que cada persona enfrenta las presiones a las que se ve sometida. Así por ejemplo, los profesionales más jóvenes, con menos años de ejercicio, son más vulnerables al Burnout que otros (Atance, 1995).

- **Estado civil:** Existen estudios que demuestran que los individuos casados o que viven en pareja presentan menores índices de burnout. Según estudios realizados, parece que las personas sin cargas familiares, solteras, sin pareja estable, padecen más Burnout que las que están casadas o viven en pareja (Dale y Weinberg, 1989). En este mismo orden la existencia o no de hijos hace que estas personas puedan ser más resistentes al síndrome, debido a la tendencia generalmente encontrada en los padres, a ser personas más maduras y estables, y la implicación con la familia y los hijos hace que tengan

mayor capacidad para afrontar problemas personales y conflictos emocionales; y ser más realistas (Greenglass y Burke, 1989; Maslach y Jackson, 1986) con la ayuda del apoyo familiar.

Respecto a las características personales destacar las siguientes:

- **Locus de control:** El locus de control es *“una medición de la capacidad de control y autocontrol, hasta qué punto los sujetos logran controlarse ante eventos sociales o de lo contrario cómo son influenciados por estos en su actuar”*. Se puede diferenciar entre locus de control interno, que se da cuando la persona percibe que los eventos positivos o negativos ocurren como efecto de sus propias acciones y que están bajo su control personal; y locus de control externo, que aparece cuando la persona percibe que los eventos no se relacionan con la propia conducta y que por tanto no pueden ser controlados de manera que no se valora el esfuerzo ni la dedicación. En un principio parece que una persona tendrá más riesgo de padecer burnout cuanto menos control de la situación crea tener.

- **Personalidad resistente:** Se caracteriza por un sentimiento de compromiso hacia sí mismo y el trabajo, por una percepción de control del ambiente, así como una tendencia a acercarse a los cambios de la vida con una actitud de desafío.

- **Estrategias de afrontamiento:** La puesta en marcha de estrategias para hacer frente a las situaciones centradas en el carácter activo y en el problema hacen que se reduzca el riesgo de padecer burnout.

- **Autoeficacia:** Entendemos como autoeficacia la percepción que tiene cada persona de su propia eficacia, sobre todo en aquellos aspectos en los que se requiere comprobar la valía de la persona. Las personas que se sienten “autoeficaces” tienen menos riesgo de padecer burnout.

- **Patrón de personalidad tipo A:** Este patrón de personalidad viene asociado a características como la competitividad, el esfuerzo por conseguir el éxito, la agresividad, la impaciencia, la prisa o la inquietud. Las personas con este patrón de personalidad están más predispuestas a desarrollar burnout.

- **Expectativas personales:** Expectativas de la persona no solo hacia el trabajo, sino hacia cualquier evento vital. El hecho de que no se cumplan aumenta el riesgo de padecer burnout.

3.3. Consecuencias del burnout

El burnout afecta negativamente tanto al profesional como a la organización, que ve disminuida su eficacia y también a los beneficiarios de los servicios prestados, los cuales padecen directamente una menor calidad de los mismos en cuestiones esenciales para ellos (Vilà y otros, 2015).

3.3.1. Consecuencias del burnout para el individuo

En general, la persona que padece Burnout se encuentra cansada de tratar directamente con los pacientes (*agotamiento emocional*). Este agotamiento le puede llevar a sentirse molesto a la hora de relacionarse directamente con los enfermos, volviéndose frío y distante con ellos (*despersonalización*). Además, puede sentirse poco realizado profesionalmente (*falta de realización*), situación que puede derivar en un sentimiento de insatisfacción y de desmotivación por el trabajo. El profesional percibe una falta de control sobre el resultado de su trabajo. Esto le origina un sentimiento de ineficacia y falta de éxito profesional. Generalmente, también existe un sentimiento de autoculpa por los resultados del trabajo desempeñado. En la medida en que esta situación se cronifica, el profesional empieza a padecer molestias de índole psicosomática (depresión, ansiedad, irritabilidad, cefaleas,...) problemas gastrointestinales,

cardiovasculares,... (Melamed, Kushnir y Shirom, 1992; Westman, Etzioni y Danon, 2001).

Schaufeli y Buunk (1992) clasificaron los síntomas individuales del burnout en cinco categorías:

1. Psicológicos:

Entre los síntomas psicológicos se encuentran: sentimientos de depresión, ira y frustración, así como discapacidades motoras y cognitivas entre las que destacan la falta de concentración y la agitación. El resultado de estos síntomas es el sentimiento de una reducida realización personal que, como se ha explicado previamente, es una de las características principales del síndrome del burnout. Asimismo, la personalidad individual de cada sujeto también es una causa determinante en el desarrollo o la resistencia al burnout. Así, las personas que tienen un umbral del estrés más alto tienden a sentir más control sobre sus vidas y desarrollan una resistencia mucho mayor a las enfermedades relacionadas con el estrés, entre ellas el burnout. Estas personas normalmente tienen más confianza en si mismas y no tienden a compararse con otras personas para medir su éxito; por ello son menos propensas a desarrollar este sentimiento de incompetencia o de reducida realización personal. El desarrollo del síndrome del burnout también ha sido ligado a sentimientos de decepción y frustración en el ámbito laboral. La principal causa por la que aparecen estos sentimientos es la existencia de falsas expectativas sobre la función a desempeñar, el ambiente de trabajo, los compañeros o los superiores.

2. Físicos:

Los síntomas físicos se pueden subdividir en tres categorías:

- Alteraciones en la tensión, que traen consigo dolores de cabeza, náuseas, mareos, dolores musculares y fatiga.
- Desórdenes psicósomáticos, como pueden ser úlceras, problemas intestinales y dolores abdominales y de corazón.

- Reacciones psicológicas al estrés, como el incremento de las pulsaciones y del ritmo de respiración, alta presión arterial, ahogos o altos niveles de colesterol.

3. Comportamentales:

El burnout provoca una alteración del comportamiento. Podemos distinguir entre:

- Comportamiento propio de la persona, que se ve alterado por el incremento de la tensión con síntomas como la hiperactividad o un consumo excesivo y compulsivo de cafeína, tabaco, alcohol o psicofármacos. Otros efectos serían cambios en los hábitos alimentarios, alteraciones en los horarios del sueño, falta de contacto visual en las conversaciones o una forma de hablar cortante.
- Comportamiento de la persona en el ámbito laboral, que se caracteriza por una caída de la productividad y un incremento del absentismo. Las personas que padecen burnout tienden a aislarse en el ámbito laboral y su compromiso con la organización se reduce.

4. Sociales:

Los síntomas sociales del burnout se manifiestan principalmente en el lugar de trabajo. Las personas afectadas por este síndrome tienden a aislarse de sus compañeros de trabajo física y psicológicamente. Las personas menos involucradas en la organización como tal (aunque estén muy comprometidas con su trabajo) tienen más riesgo de padecer burnout. El apoyo social es un elemento esencial en la prevención del burnout mientras que su ausencia resulta normalmente en un sentimiento de reemplazo y aislamiento social, que contribuye de forma significativa al desarrollo del burnout. El burnout es un fenómeno que ocurre dentro del ámbito social, y cuya aparición depende mucho de la forma en la que el individuo interpreta este ámbito y lo que recibe de la interacción con su entorno social y laboral.

5. Actitudes problemáticas:

Dentro de los síntomas actitudinales del burnout destacan la negatividad, el cinismo, el desánimo o el pesimismo. Otros factores asociados con este síndrome son la insatisfacción laboral y una opinión negativa de los compañeros y pacientes; que pueden considerarse tanto causas como síntomas.

3.3.2. Consecuencias del burnout para la organización

Investigadores como Dolan, Valle, Jackson y Schuler (2003) ya constataron , sobre la base de estudios anteriores, que el índice de absentismo laboral es mayor en entornos organizativos en los que los trabajadores se sienten más estresados, insatisfechos y desmotivados respecto su trabajo, tal como sucede en el caso de personas que padecen burnout. Esto deriva en pérdidas económicas anuales importantes para las empresas. En general, las consecuencias organizacionales del burnout repercuten sobre los resultados y objetivos de las mismas. Las principales son:

- Insatisfacción laboral de los empleados: Según la “Teoría de los dos factores” de Herzberg (1959;1987) la satisfacción o insatisfacción de las personas en el trabajo viene influenciada por dos factores, los factores de higiene y los de motivación. La insatisfacción surge cuando los factores de higiene faltan o son inadecuados. Ejemplos de estos factores son: sueldo y beneficios, política de la empresa y su organización, relaciones con los compañeros de trabajo, ambiente físico, supervisión, status y seguridad laboral. La satisfacción, en cambio, es resultado de los factores de motivación, entre los que destacan: logros, reconocimiento, independencia laboral, responsabilidad, promoción o crecimiento. La persona tiene una idea más o menos definida sobre cómo deberían ser estos factores, la compara con la realidad y de dicha comparación surge un juicio y una actitud asociada. Tanto la insatisfacción

como la falta de satisfacción laboral están positivamente correlacionadas con las tres dimensiones del burnout.

- **Tendencia a abandonar la organización:** La propensión al abandono de la organización está positivamente correlacionada con el síndrome del burnout.

- **Aumento del absentismo laboral:** Las consecuencias que el síndrome del burnout conllevan para las personas que lo padecen hacen que su absentismo se incremente.

- **Deterioro de la calidad de servicio de la organización:** El deterioro de la calidad del servicio es consecuencia de las actitudes de despersonalización, que condiciona el trato que los empleados dan a los clientes o pacientes.

- **Altas rotaciones, incapacidad de los empleados para realizar el trabajo, disminución del compromiso organizativo,** entre otras.

Las consecuencias anteriormente mencionadas conllevan un incremento de los costes para las organizaciones, que han de mantener su nivel de productividad mediante el reclutamiento de nuevos trabajadores. Además también traen consigo una pérdida de eficacia y eficiencia para la organización, la alteración de las redes de comunicación, la implantación inadecuada de las políticas organizacionales, etc. Por ello, la puesta en marcha de acciones para prevenir el burnout entre los trabajadores no sólo refleja una imagen de empresa socialmente responsable, más barata a largo plazo que el tratamiento de la enfermedad.

3.4. Estrategias de afrontamiento del burnout

Lazarus y Folkman (1986a) definen el término estrategias de afrontamiento como: *“esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes, desarrollados para manejar las demandas específicas externas y / o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo”*. En su estudio los autores distinguieron dos tipos generales de estrategias de afrontamiento:

- **Estrategias de resolución de problemas:** Son aquellas dirigidas a manejar o alterar el problema que está causando el malestar, es decir, que inciden directamente sobre el estresor. Estas estrategias se basan en un análisis detallado de la situación para la posterior búsqueda de soluciones considerando las consecuencias tanto positivas como negativas. Estas estrategias normalmente previenen de la aparición y el desarrollo del síndrome del burnout.
- **Estrategias de regulación emocional:** Son aquellas dirigidas a regular la respuesta emocional ante el problema. Se trata de minimizar el grado de alteración emocional que genera la situación estresante y se suelen poner en marcha cuando se percibe que los estresores no pueden ser modificados y que por tanto se ha de interactuar con ellos. En este tipo de afrontamiento se incluyen estrategias como la evitación, la minimización, el distanciamiento, la atención selectiva y la extracción de valores positivos de los acontecimientos negativos. El empleo de estas estrategias para confrontar los problemas en general facilita la aparición del síndrome del burnout.

Las estrategias de afrontamiento del burnout centradas en la resolución del problema se pueden agrupar en las siguientes categorías en función del nivel en el que se producen:

- Estrategias a nivel organizacional

Para prevenir y combatir el burnout dentro de una organización, es necesario efectuar cambios en la estructura organizacional, el estilo de liderazgo y la forma en la que los trabajadores interaccionan y cooperan en el ámbito laboral. El objetivo de estos cambios es la creación de un entorno en el que los individuos vean satisfechas sus necesidades de autonomía, soporte social y reconocimiento y trabajen juntos con los objetivos de optimizar la productividad y maximizar el beneficio. Las estrategias organizacionales se basan en la mejora de las condiciones laborales del individuo y entre ellas destacan las siguientes:

- **Programas de anticipación hacia lo real:** El objetivo de estos programas es la minimización del choque que el profesional sufre en el momento de su incorporación debido a la falta de coincidencia entre las expectativas y la realidad del puesto de trabajo. Se pretende que el choque se experimente antes de que el profesional se incorpore efectivamente a la organización, lo cual se consigue mediante programas de simulación de rol que adecuen el nivel de las expectativas.
- **Programas de desarrollo organizacional:** Los objetivos de estos programas son:
 - i. Crear condiciones en las que el conflicto se maneje adecuadamente.
 - ii. Aumentar el nivel de confianza y apoyo entre los miembros de la organización.
 - iii. Potenciar el liderazgo mediante la creación de un ambiente en el que la autoridad esté basada en el conocimiento y en la habilidad personal.

- iv. Aumentar la apertura de las comunicaciones laterales, verticales (ascendentes y descendentes) y diagonales.
- v. Incrementar el nivel de entusiasmo y satisfacción personal dentro de la organización.
- vi. Aumentar el nivel de responsabilidad personal y de grupo.
- vii. Fomentar la cooperación dentro de la organización, que promueve la búsqueda de soluciones creativas a los problemas.

Para que estos programas sean eficaces, la dirección ha de estar comprometida con el cambio y debe conceder a los miembros de la organización un cierto grado de autonomía y control.

- **Evaluaciones periódicas:** La recepción de feedback positivo es un elemento importante a la hora de prevenir el burnout. Para ello, en las evaluaciones periódicas, la organización se ha de centrar en el desarrollo futuro y en el fomento del autoaprendizaje y el crecimiento personal del trabajador mediante el asesoramiento, el establecimiento de objetivos y la promoción. Además se ha demostrado que los elogios y los ánimos influyen mucho en la satisfacción laboral. También es importante que el desempeño de los trabajadores sea evaluado por otros stakeholders como los clientes o compañeros. Posteriormente, ha de haber justicia en las prácticas de promoción interna dentro de la organización; ya que los favoritismos, incrementan considerablemente la insatisfacción laboral.

- Estrategias a nivel individual

Entre las estrategias que los individuos pueden poner en práctica para prevenir el burnout destacan:

 - **Entrenamiento en la solución de problemas:** Es una técnica que ayuda a las personas a resolver problemas y a tomar decisiones de una forma adecuada.
 - **Aumento de la competencia profesional del individuo:** Se puede conseguir mediante el autoaprendizaje, leyendo literatura científica sobre el campo profesional, realizando cursos o asistiendo a congresos.

- **Distanciamiento mental del trabajo fuera del horario laboral:** Realizar ejercicio físico o adquirir compromisos fuera del entorno laboral.
 - **Tomar pequeños descansos durante el trabajo:** Estos descansos actúan como respiros emocionales que facilitan la relajación de la persona y su distanciamiento psicológico del problema.
 - **Marcarse objetivos realistas:** Es una forma de asegurarse de que después se pueden cumplir las metas.
 - **Asertividad en la comunicación:** Esto implica tener un estilo de comunicación abierto a las opiniones ajenas, dándoles la misma importancia que a las propias. Parte del respeto hacia los demás y hacia uno mismo, aceptando que la postura de los demás no tiene por qué coincidir con la propia y evitando los conflictos sin por ello dejar de expresar lo que se quiere de forma directa, abierta y honesta.
 - **Programas de manejo del tiempo:** Estos programas ayudan a las personas a desarrollar su capacidad de establecer objetivos y prioridades en las decisiones, como por ejemplo aprender a decir “no” y a delegar de una forma eficaz, no querer ser omnipotente o programar un tiempo diario dedicado a ordenar ideas, propósitos y valores.
-
- Estrategias a nivel social

Como se ha comentado previamente, el apoyo social que experimenta la persona tanto en el trabajo como en el ámbito familiar y social es una de las principales variables que permiten aliviar las respuestas que el individuo genera ante los estresores y sus efectos. Pines, en su estudio publicado en 1983 distingue las siguientes formas de dar apoyo social en el trabajo:

 - Escuchar de una forma activa, pero sin dar consejos ni juzgar las acciones de la persona.
 - Dar feedback positivo, es decir, que los compañeros y superiores confirmen que se están haciendo bien las cosas.
 - Crear retos, desafíos y un ambiente de creatividad e implicación en el trabajo. Los grupos de trabajo que están constantemente innovando y asumiendo riesgos rara vez sufren burnout.

- Apoyar emocionalmente a la persona. Animar a los empleados a compartir sus sentimientos y preocupaciones con sus compañeros.
- Participar en la realidad social del individuo confirmando o cuestionando las creencias que tiene sobre si mismo.

3.5. Modelos explicativos del proceso de desarrollo del Burnout desde la perspectiva de riesgo psicosocial

A pesar de la variedad de definiciones que se han atribuido al burnout, a la hora de explicar cómo se desarrolla ha habido pocas teorías (Cooper, Dewe, O'Driscoll, 2001; Taris, Le Blanc, Schaufeli y Schereurs, 2005). Hemos visto anteriormente que el burnout es un síndrome que se desarrolla gradualmente. Los síntomas aparecen por etapas, si bien el momento de su aparición varía de una persona a otra. Diferentes autores han creado modelos que intentan explicar el proceso de desarrollo del burnout, los más destacados son los siguientes:

- El *modelo de desarrollo del burnout propuesto por Cherniss (1982)* plantea que existen una serie de aspectos relacionados con el entorno de trabajo y características individuales que actúan como fuentes de tensión. Se trata de una de las teorías más clásicas. El autor postula que el burnout se da cuando la persona ve que no puede alcanzar las metas laborales, entonces se plantea estrategias de afrontamiento disfuncionales, como por ejemplo, reducir sus objetivos profesionales, adoptando menos responsabilidad sobre los resultados del trabajo,... aparecen cambios en la conducta y en la actitud del trabajador, caracterizándose por un trato impersonal, frío y cínico a los clientes. Las principales críticas a este modelo se han dirigido a destacar que las variables que incluye el término burnout resultan difíciles de distinguir de otras formas de tensión laboral, por lo que no permiten identificar las características únicas del burnout.

- Una segunda teoría acerca de cómo se desarrolla el burnout es el *modelo en fases que propone Golembiewski y otros* (Golembiewski y Munzenrider, 1984,1988; Golembiewski, Munzenrider y Stevenson, 1986; Golembiewski, Boudreau, Munzenrider y Luo, 1996). Adoptaron el modelo tridimensional propuesto por Maslach como punto de partida. Destacaron el componente de la despersonalización como el primero que aparece. El profesional va distanciándose de las personas con las que ha de tratar (pacientes, clientes, alumnos,...), al observar que la relación con ellos les provoca tensión y no encuentran estrategias eficaces para afrontarla. El segundo de los componentes que aparece es la falta de realización personal. Y, por último, aparece el desgaste emocional, como la dimensión más importante y central del burnout. Según el modelo propuesto por estos autores supone el último estado de burnout. Cada una de las dimensiones puede medirse a través de una escala ordinal que discrimina entre nivel alto y bajo. De esta manera, combinando los tres tipos de escalas, surgen ocho fases distintas por las que pasa la persona que desarrolla un estado de burnout. Esta perspectiva ha recibido también críticas (Burke, 1989; Lee y Ashforth, 1993b; Leiter, 1993) en el sentido de que, a pesar de que el modelo de Golembiewski es útil para clasificar en dos grupos (alto y bajo) el riesgo de burnout de los profesionales, esta perspectiva reduce el rol de la despersonalización y la pérdida de eficacia personal a favor del desgaste emocional.

- Una alternativa a la conceptualización del modelo de Golembiewski es la *propuesta de Leiter y Maslach* (1988). Ambos autores sostienen, igual que Golembiewski, que el agotamiento emocional es el componente crítico del modelo. Esta perspectiva es también compartida por otros autores, como el caso de Kristensen y otros (2005), autores del Copenhagen Burnout Inventory (CPI), uno de los instrumentos alternativos al MBI. Sin embargo, ellos lo sitúan al inicio del proceso de desarrollo del burnout, a diferencia de Golembiewski, que lo situaba al final del proceso. Según este modelo, el proceso de desarrollo del burnout se inicia ante un contacto interpersonal estresante, de carácter crónico, con clientes u otras personas, en que se produce un estado de desgaste emocional. Éste va seguido de una despersonalización o forma disfuncional de afrontar la situación estresante, en el sentido que el profesional

no logra sentirse mejor en el contacto con los demás, intenta distanciarse con cinismo, indiferencia de la fuente estresante para él, pero no lo consigue. Como consecuencia, el profesional va sintiendo que es menos eficaz en el desarrollo de su trabajo. Sin embargo, los resultados empíricos pusieron de evidencia que esta última dimensión del burnout parece tener un desarrollo paralelo a las otras dos. Por este motivo, Leiter sugirió que debía abordarse de forma independiente a las otras dos, mientras que la despersonalización era consecuencia directa del desgaste emocional. Posteriormente ha habido otros autores que han sustentado la revisión del modelo por parte de Leiter. En particular, destacar el modelo propuesto por Lee y Ashforth (1993; 1996) quienes formularon una ligera variación al modelo de Leiter y Maslach (1988), en el sentido que la dimensión desgaste emocional estaba relacionada directamente con una disminución de la realización personal y, no sólo una consecuencia indirecta de la despersonalización (Taris, Le Blanc, Schaufeli y Schreurs, 2005). Tanto este modelo como el anterior recibieron críticas en el sentido que no es posible establecer una relación causal entre las distintas dimensiones del burnout (desgaste emocional, falta de realización personal y despersonalización) con un diseño de investigación de corte sólo transversal, necesitaríamos un enfoque más longitudinal

- Por último, vamos a ver otro de los modelos de desarrollo del Burnout que ha contado con más soporte por parte de la comunidad científica, la *Teoría de la Conservación de recursos, COR* (Hobfoll, 1989; Hobfoll y Freedy, 1993; Hobfoll y Shirom, 1993). Este modelo es compatible con el modelo transaccional propuesto por Lazarus y Folkman (1984) sobre desarrollo de estrategias de afrontamiento del estrés. La teoría COR postula que el proceso de burnout se inicia cuando el profesional pierde parte de sus recursos más valiosos, son inadecuados para satisfacer las demandas del trabajo o generan menos recompensas que la inversión realizada. Ello provoca en el profesional una sensación en espiral de pérdida de energía vital. En el ámbito del trabajo, los recursos tienen que ver con: el apoyo social, control personal sobre la tarea, implicación en procesos de toma de decisión, sistemas de recompensa adecuados (Burke y Richardsen, 1993). De acuerdo con Hobfoll y Shirom (1993) el burnout se produce como resultado de un proceso de pérdida y

ganancia de energía vital por parte de la persona que da lugar a un estado de fatiga física, desgaste emocional y cognitivo que se desarrollan gradualmente a lo largo del tiempo. En estados avanzados del burnout, la persona desarrolla una sensación de necesidad de ayuda, infelicidad (por cualquier logro que obtenga) y depresión.

3.6. Aproximación centrada en el bienestar desde la teoría del Comportamiento Organizacional Positivo

¿Podemos asegurar que ante la ausencia de niveles elevados de burnout puede considerarse que la persona goza de una salud laboral satisfactoria?. En caso afirmativo, ¿podemos asegurar por tanto que se encontrará satisfecha con su trabajo y tendrá un nivel de rendimiento laboral óptimo?. Para responder a esta segunda pregunta tendremos que considerar otros aspectos vinculados a lo que se ha venido denominando *Comportamiento Organizacional Positivo (COP)*, que se ha dedicado al estudio científico del funcionamiento óptimo de las personas en contextos de trabajo y organizaciones (Cameron, Dutton y Quinn, 2003; Cameron y Caza, 2004; Salanova, Martínez y Llorens, 2005). En general, la Psicología Positiva se propone estudiar las fortalezas y virtudes que permiten a las personas y a las comunidades a prosperar (Seligman y Csiksentmihalyi, 2000; Wright, 2003; Zwetsloot y Pot, 2004). En particular y, tal como proponen algunos autores (Luthans 2002; Luthans y Youssef, 2007; Wals, Weber y Margolis, 2003; Turner, Barling y Zacharatos, 2002) el COP resalta la importancia de incrementar la investigación en esta línea positiva, generando nuevos modelos teóricos, investigación empírica y aplicaciones prácticas que ayuden a mejorar el comportamiento de los trabajadores y de las organizaciones en general. En línea con esta perspectiva, han surgido iniciativas como la de la “Gestión Integral de la Salud” (Zwetsloot y Pot, 2004), que constituye una situación en la que tanto la organización (Luthans, 2002) como el empleado mejoran su bienestar (situación de “win-win”).

Tradicionalmente, la Psicología del Trabajo y de las Organizaciones se ha preocupado por estudiar cuáles son los antecedentes y consecuentes del estrés laboral y del burnout, con el propósito de identificar medidas y tratamientos que ayuden a su tratamiento y prevención. Se ha focalizado en teorizar y aportar evidencia empírica sobre cómo prevenir un rendimiento pobre, una baja motivación, malestar profesional, problemas de salud y falta de compromiso con la empresa, entre otros. Según Bakker y Schaufeli (2008), esta perspectiva negativa ha prevalecido entre las publicaciones científicas por encima de las de carácter positivo, en una proporción de 14:1. Parte de la investigación empírica en la línea del COP se ha focalizado en estudiar los aspectos positivos del trabajo (excluyendo los negativos) por considerar que éstos, por sí mismo, explicaban gran parte de los fenómenos positivos que hacen mejorar a las organizaciones y a los trabajadores (Fredrickson y Losada, 2005). En cambio, otras investigaciones han combinado características del trabajo estresantes y otras de positivas, asumiendo que unas influyen negativamente y otras proporcionan bienestar. De acuerdo con el Modelo de Demandas del trabajo-Recursos (Bakker y Demerouti, 2007; Schaufeli y Bakker, 2004) cualquier ocupación puede ser clasificada de acuerdo a las condiciones en las que se realiza el trabajo. Estas condiciones pueden clasificarse como Demandas o bien como Recursos del trabajo. Las demandas suelen vincularse a aspectos del trabajo que requieren un esfuerzo y trabajo por parte de la persona, que le comportan costes fisiológicos y psicológicos. En cambio, los recursos proporcionan crecimiento y desarrollo profesional a la persona, teniendo importantes cualidades motivacionales.

3.7. Aproximaciones metodológicas al Burnout

A nivel metodológico, la literatura científica ha recogido distintas aproximaciones para estudiar el Burnout, tal como recoge la figura siguiente (Figura 4). La mayoría de las metodologías que han aparecido tienen naturaleza multidimensional, como las que proponen Maslach (Maslach y Leiter, 1997) o Shirom (1989). Otras, de carácter unidimensional, como la que propone Pines (1988), en las que la dimensión “agotamiento emocional” es la que se ha tenido más en cuenta, al haberse encontrado que explicaba una mayor varianza del constructo “Burnout”. Este segundo planteamiento es también compartido por otros investigadores (e.j. Burke y Greenglass, 1995; Cordes, Dougherty y Blum, 1997; Dolan y Renaud, 1992; Moore, 2000; Schaufeli y Enzmann, 1998).

Figura 4. Resumen aproximaciones metodológicas al Burnout

Autor	Desgaste emocional	Despers.	Falta realización personal	Tipo modelo
Maslach (1976)	X	X	X	Tridimens.
Shirom (1989)				
Lee&Ashfort (1996)	X	X	X	Tridimens.
Westman, Etzion y Danon (2001)				
Pines y Aronson (1988)	X			Unidimens.

Los primeros estudios empíricos emplearon la observación directa como fuente de recogida de datos (Freudenberg, 1974). A partir de la década de los 70 se destinaron esfuerzos para diseñar cuestionarios para la recogida de datos. Dewe (1991) defiende 3 tipos de investigaciones aplicadas alrededor del tema del estrés: 1) las que se focalizan en identificar, clasificar y describir diferentes tipos de estímulos estresores, 2) las que demuestran una relación entre las

diferentes categorías de los estímulos estresores y las respuestas y, 3) las que se centran en explorar la naturaleza de la relación entre ambos a partir de los efectos moderadores de variables organizativas, profesionales-laborales e individuales.

Las principales aproximaciones metodológicas empleadas para el estudio del Burnout son resumidas a continuación:

- aproximación multidimensional propuesta por **Maslach** (Maslach y Jackson, 1981, 1986), quien creó un cuestionario, el *Maslach Burnout Inventory (MBI)*, extensamente utilizado y aceptado para estudiar el Burnout. Inicialmente el cuestionario se construyó para medir el burnout en educadores y personal del sector servicios (enfermería, servicios sociales,...). El instrumento se denominó Maslach Burnout Inventory-Human Services Survey (MBI-HSS). Se trata de un cuestionario de autoevaluación. Está compuesto por 22 ítems, divididos en 3 subescalas: 9 ítems corresponden a la escala de desgaste emocional, 5 ítems a la de despersonalización y 8 a la de falta de realización personal. En la versión inicial del cuestionario (1981) se medía tanto la intensidad como la frecuencia del ítem. En la versión revisada (1986) se suprimió la dimensión de intensidad. Dicho instrumento ha recibido numerosas críticas a lo largo de estos años, sin embargo continua siendo uno de los instrumentos más referenciados.

Años más tarde se publicó el MBI-GS (Maslach Burnout Inventory-General Survey) por Schaufeli, Leiter, Maslach y Jackson (1996). Esta nueva versión comprendía 24 ítems, aunque los autores recomendaron de mantener 16 de los ítems del MBI. Este nuevo instrumento se dirigía a cualquier profesional que pueda estar “*engagement*” psicológicamente con su trabajo. En esta nueva versión, se sustituyó el término despersonalización (en referencia al tipo de relación distante con los demás) por el de cinismo (significa una actitud indiferente con el trabajo en general). Y el de rendimiento personal por el de eficacia profesional (ambos son similares, pero el concepto de eficacia profesional incorpora tanto aspectos formales como no formales del trabajo). Se continuaba manteniendo la dimensión de agotamiento emocional (Kalliath,

Gillespie, O'Driscoll y Bluedorn, 2000), sin embargo otras dimensiones como el cinismo adquirirían un valor también central.

Además, se creó una versión específica para medir el burnout en estudiantes universitarios (MBI-SS, Maslach Burnout Inventory-Student Survey; Schaufeli, Salanova, González-Romá y Bakker, 2002). Parece que estas nuevas versiones del MBI podían resultar de interés metodológico, ya que superaban las limitaciones de las versiones de los años 80. Sin embargo, hacía falta aún más evidencia empírica para confirmar su utilidad en diferentes grupos ocupacionales.

El MBI ha sido el instrumento empleado de forma tradicional para evaluar si una persona tenía burnout. Sus partidarios (Hwang, Scherer y Fall, 2003) consideraban que, en general, la dimensionalidad del instrumento era similar en distintos países e idiomas. Sin embargo, reconocían que no siempre la traducción de los ítems se ha realizado de forma rigurosa, a través de una doble traducción. En la literatura científica, podemos encontrar también posturas críticas. Por ejemplo, Gil-Monte y Peiró (2000) ya decían que el instrumento no discrimina aún puntos de corte para determinar si un trabajador padece o no burnout. Hasta ahora, para realizar el diagnóstico se dividía la muestra utilizada para validar el cuestionario en 3 grupos de igual tamaño (33%) mediante el criterio de percentiles. Esto entraña sesgos por diferencias en los criterios normativos por aspectos socioculturales. Por tanto, utilizar los criterios normativos USA puede inducir a errores en el diagnóstico del síndrome.

- otro de los instrumentos ha sido el *Burnout Index (BI)* elaborado por Pines, Aronson y Kafry (1981). La característica principal del instrumento era que conceptualizaba el burnout con una única dimensión, la de desgaste emocional (Pines, 1988, 1993). Este segundo planteamiento fue también compartido por otros investigadores (Moore, 2000; Cordes, Dougherty & Blum, 1997; Burke & Greenglass, 1995; Dolan y Renaud, 1992). Los ítems de la escala estaban escritos en términos generales, por lo que podían aplicarse a cualquier grupo

ocupacional. Esta medida ha recibido también críticas (Schaufeli y van Dierendonck, 1993) por su estructura factorial y el planteamiento teórico, por defender una única dimensión en la conceptualización del burnout.

- el *Oldenburg Burnout Inventory (OLBI*; Demerouti, Bakker, Janssen y Schaufely, 2001). Se creó para superar las limitaciones psicométricas que se le atribuían al MBI (Halbesleben y Demerouti, 2005), en el sentido de que existían ítems en una misma escala que iban en la misma dirección (sea en positivo o en negativo). El OLBI mide sólo dos dimensiones: agotamiento (medida tanto el físico como el cognitivo) y desvinculación (vendría a equivaler al concepto de despersonalización incluido en el MBI).

- el *Copenhagen Burnout Inventory (CBI*; Kristensen, Borrita, Villadsen y Christensen, 2005), que permitía evaluar el burnout libre de contexto, esto es, independientemente del grupo ocupacional de que se tratara. El instrumento incluye preguntas que permiten identificar si el burnout se produce en profesiones de tipo asistencial o en relación con el trabajo en general. Evalúa de forma separada tres tipos de burnout: el personal, el relacionado con el trabajo y el relacionado con los clientes.

- por último, se ha tenido en cuenta el modelo propuesto por **Shirom-Melamed**, también tridimensional pero con un contenido de las dimensiones distinto al de Maslach. En el capítulo siguiente (capítulo 4 de la tesis) se describen con mayor detalle las características técnicas de la escala creada por estos autores y que ha sido utilizada para medir los niveles de burnout en la primera muestra de este estudio.

Figura 5. Instrumentos de medida clásico empleados en estudios españoles en los últimos 25 años

INSTRUMENTO	AUTOR
MBI-HSS (Maslach y Jackson, 1986) (adaptación española Maslach Burnout Inventory)	- Manzano y Ramos (2003) - Gil-Monte y Peiró (2000) - Manzano y Ramos (2000)
MBI-GS (Maslach, Jackson y Leiter, 1996) (Schaufeli et al., 1997)	- Grau, Salanova y Peiró (2000) - Moreno-Jiménez et al. (2001)
EPB (García, 1995)	- García, Sáez y Llor (2000)

Los estudios realizados hasta ahora en todo el mundo han coincidido en utilizar diseños metodológicos muy parecidos. La mayoría de ellos han utilizado como medio de recogida de datos el MBI, inventario de Maslach. Esto ha sucedido también en las investigaciones españolas (Badía, Salamero y Alonso, 2002), aunque también se han utilizado otros instrumentos (ver figura 6).

Figura 6. Dimensiones coincidentes MBI-HSS en su aplicación en EEUU, España y Holanda (uente propia)

DIMENSIONES (MBI-HSS)	Realización personal trabajo (RPT)	Agotamiento emocional (AE)	Despersonalización (DEP)
EEUU (manual)	<		>
ESPAÑA (manual)			>
HOLANDA (manual)	<	<	>

Dimensiones coincidentes

En España, los criterios normativos para la interpretación de las puntuaciones obtenidas en el MBI varían a los criterios de los manuales estadounidense y/o holandés (Gil-Monte y Peiró, 2000), tal como puede apreciarse en la figura 6. Hwang y otros (2000) estudiaron la estabilidad del instrumento independientemente del país en el que se administrar. Los resultados de su estudio pusieron de manifiesto que, en España, la dimensión Despersonalización tenía un nivel de consistencia interna bajo (alpha Cronbach por debajo de .55).

En cambio, en el caso de Suecia, el índice de consistencia interna era aceptable (por encima del .80). En ambos casos, la dimensión Desgaste emocional era la que presentaba un nivel de consistencia mayor. Además, los autores encontraron también que en muchos de los estudios que se había utilizado el MBI para medir el burnout, se había encontrado una correlación significativa entre las dimensiones del instrumento, que implica que los factores no son completamente independientes. Variables como el significado del trabajo o las diferencias entre la cultura estadounidense y la europea podrían explicar, en parte, las diferencias obtenidas en las medias y en los puntos de corte.

4. ENFOQUES CONCEPTUALES DEL PROCESO DE INVESTIGACIÓN

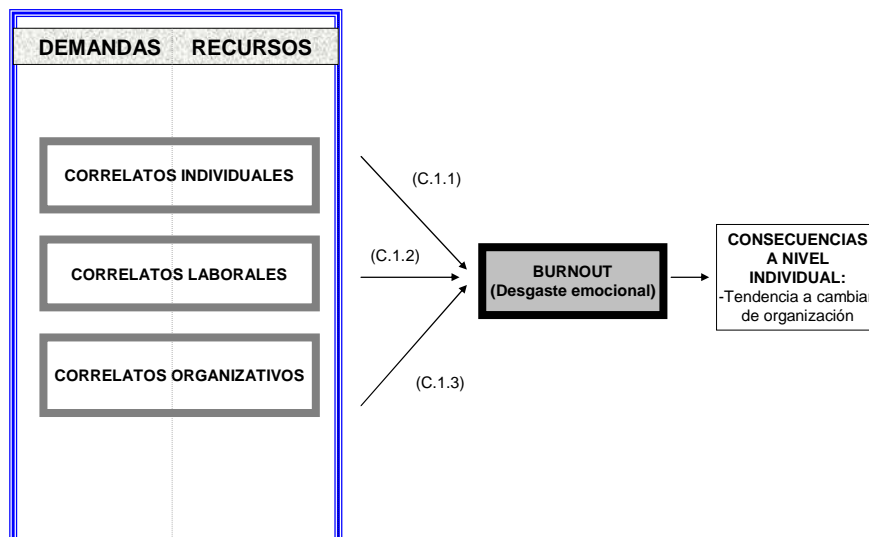
El modelo teórico de la investigación integra varios modelos precedentes con el objetivo general de aportar una perspectiva marco en el estudio del burnout. Estos distintos modelos han servido de inspiración para el análisis y discusión de los trabajos que componen la tesis doctoral. La investigación ha tenido un carácter dinámico. Su propia evolución ha implicado la incorporación continua de elementos nuevos y finalmente, ha llevado a adoptar 3 modelos con distintos enfoques cada uno. Se ha ido evolucionando adoptando en un inicio una perspectiva más tradicional sobre el burnout (Modelo 1) que correspondería al primer estudio de la tesis y, ha ido evolucionando hacia modelos más innovadores, vinculados a la Psicología Organizacional Positiva (Modelos 2 y 3).

4.1. Modelo 1. Enfoque basado en el Burnout (como desgaste emocional)

Uno de los modelos conceptuales que la literatura clásica ha utilizado a la hora de abordar cuestiones relacionadas con el estrés laboral o el burnout fue el inspirado en el Modelo de Demandas-Recursos laborales (Shaufeli y Bakker, 2004; Bakker y Demerouti, 2007), en el hecho de considerar que la exposición continuada a una situación en la que las demandas que exige el trabajo son superiores, de forma crónica, a los recursos que aporta, podían desencadenar un proceso de desarrollo de burnout (*Modelo activo de trabajos, Active Jobs Model- AJM*, elaborado por Karasek y Theorell (1990, pp. 142-145, 147-149; 2000). En este sentido, el burnout se relacionaba con una serie de correlatos, clasificados en distintas categorías: individuales (*demográficos, actitudinales, estrategias de afrontamiento y comportamentales*), laborales (*factores extrínsecos e intrínsecos al trabajo*) y organizacionales.

Las principales novedades del modelo teórico del primer estudio de la tesis en relación con otros estudios revisados en la literatura científica se centraron en dos aspectos: por un lado, dentro de los correlatos individuales que se relacionaban con el burnout, se incorporó una escala para medir la congruencia entre los valores personales y los de la organización y, por otro, la escala empleada para medir el burnout incluyó una única dimensión, la del desgaste emocional. En este sentido, se trataba de un estudio empírico que rompía con la predominancia metodológica del MBI.

Figura 7 . Modelo 1. Burnout como desgaste emocional



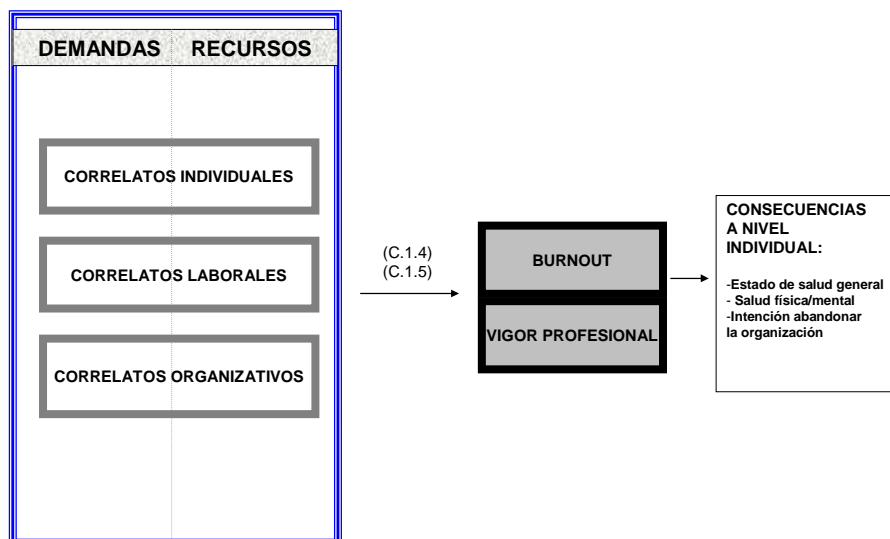
Las cuestiones de investigación que se plantearon en relación con este modelo fueron las siguientes:

- C.1.1. ¿Cuál es la configuración de variables individuales, organizativas y socioculturales que predice **niveles altos de Burnout** entre los médicos en Suecia y Cataluña?
- C.1.2. ¿Cuál es la configuración de variables individuales, organizativas y socioculturales que predice **niveles altos de Vigor** entre los médicos en Suecia y Cataluña?

4.2. Modelo 2. Enfoque basado en el vigor profesional como eje opuesto al burnout

El modelo conceptual que se adoptó en una segunda fase de la tesis tenía como premisa querer estudiar las consecuencias del burnout a nivel individual.

Figura 8. Modelo 2. Enfoque basado en el vigor profesional como eje opuesto al burnout.



En la literatura científica han habido numerosos trabajos que han intentado relacionar el burnout con correlatos individuales de carácter demográfico, actitudinal, según las estrategias de afrontamiento adoptadas o el comportamiento provocado. Sin embargo, han sido menos frecuentes los trabajos que se hayan centrado en estudiar la relación del burnout con respuestas fisiológicas (Melamed, Kushnir y Shirom, 1992; Melamed y otros, 1999; Shirom, Westman y Carel, 1997).

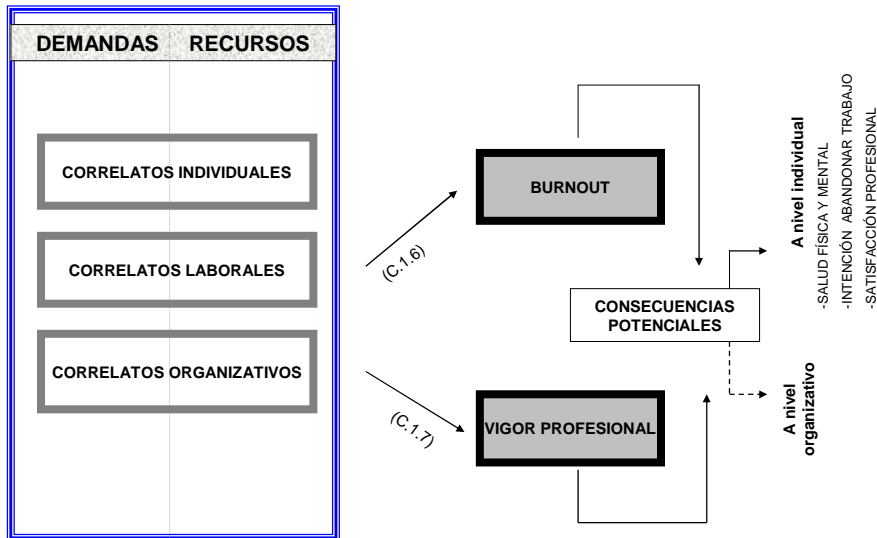
En esta fase no se estudió la relación entre los antecedentes fisiológicos y el burnout, pero sí que hubo un intento de ver en qué afectaba el burnout al estado de salud general, contemplando tanto la salud física como mental. Además, el modelo consideró que el concepto de burnout y de vigor profesional formaban parte de una única dimensión, situándose en extremos opuestos. En particular, el término burnout parecía proceder del enfoque centrado en estudiar la enfermedad y los síntomas asociados a ésta. En cambio, el término vigor estaba más relacionado con un enfoque más positivo del trabajo, en concreto, con sentirse activo, alerta y lleno de energía (Shirom, 2003).

Otro modelo que se tuvo en cuenta fue el de las emociones positivas (*Positive Emotions Model, PEM*). El PEM propone que las emociones positivas tienen unos efectos fisiológicos de protección de la salud no específicos, que incluyen una baja reactividad autonómica con respecto a los efectos de las emociones negativas (Fredrickson, 1998), y conducen a una buena salud física y a la longevidad (Salovey et al., 2000;).

4.3. Modelo 3. Enfoque basado en el Burnout y Vigor profesional como constructos independientes

Los mecanismos biológicos que explican estos efectos de las emociones positivas ya han sido abordados (Fredrickson, Mancuso, Branigan et al., 2000; Fredrickson, 2002; Edwards y Cooper, 1988), pero probablemente era necesario un enfoque más profundo en relación a la adopción de hábitos saludables de vida. Continuando con un enfoque de la investigación próximo a la corriente del “Comportamiento organizacional positivo”, el objetivo principal fue comparar los perfiles de mayor y menor riesgo de burnout entre los médicos en dos países de Europa: Suecia y España. El modelo conceptual en el que se inspiró fue el siguiente:

Figura 9. Modelo investigación 3. Enfoque basado en el burnout y vigor profesional como constructos independientes



En concreto, la fase 3 de la investigación se enmarcó en esta corriente novedosa del COP (Comportamiento organizativo positivo). El nivel de análisis ha sido individual, esto es, se ha pretendido identificar qué factores individuales, laborales y organizativos hacen que un trabajador (en nuestro caso profesionales de la medicina) pueda desarrollar comportamientos que le resulten enriquecedores a nivel personal y contribuyan favorablemente al desarrollo de la organización en la que trabaja.

5. ASPECTOS METODOLÓGICOS DE LA INVESTIGACIÓN

5.1. Tipo de estudio

Se ha llevado a cabo una investigación social de carácter descriptivo-exploratorio, en la que el factor de estudio ha sido la incidencia del Síndrome de Burnout en el personal médico y el criterio de evaluación ha sido el estado de salud (mental y física) del profesional.

La hipótesis de estudio fue que determinadas configuraciones de factores (personales, profesionales y organizativos) hacían aumentar el riesgo de burnout y, en consecuencia deterioraban la salud general de la persona.

Los objetivos del estudio han sido determinar cuáles son los factores clave que explican un riesgo más elevado del burnout y los que están más relacionados con un estado de salud más favorable.

La tesis se llevó a cabo en distintas etapas que correspondían a diferentes estudios relacionados entre sí, con una estrategia de análisis diferenciada en cada una de ellas. Dicha estrategia se fue confeccionando a medida que se analizaban los resultados que se iban obteniendo. En el apartado 5.4. se resumen los aspectos clave de cada una de las fases que se han seguido.

5.2. Población de estudio

En esta investigación, la población analizada han sido trabajadores que ejercen una profesión de servicios, ya sea de tipo asistencial o comercial. Por un lado, personal médico que trabaja en centros hospitalarios y centros de atención primaria de España y Suecia, tanto públicos como privados. Por otro, trabajadores de empresas de comercio y/o retail.

Tal como se ha presentado en el capítulo anterior el burnout se manifiesta específicamente en las profesiones que mantienen un contacto constante y directo con los beneficiarios del servicio, en una relación de ayuda o servicio (Matthews, 1990). Por lo tanto, haciendo una clasificación por sectores de actividad profesional se puede afirmar que los más susceptibles de padecer burnout son: personal sanitario, personal docente, servicios, fuerzas del orden, funcionarios de prisiones, etc. Los motivos más destacados son los siguientes:

- La naturaleza del trabajo en estos sectores tiene en común el hecho de que la gran mayoría de las relaciones sociales se dan con el cliente, el paciente o el alumno, y no con otros compañeros que entenderían mejor las exigencias a las que está sometido el individuo y que simplemente interactúan con él para recibir el servicio o la atención solicitada. Además, el trabajo suele constar de tareas repetitivas o rutinarias sobre las que no se recibe feedback de forma frecuente o que conllevan una gran responsabilidad combinada con un escaso control.
- Principalmente los profesionales que acostumbran a tener interacciones con los demás intensas o emocionalmente cargadas pueden experimentar un sentimiento de vacío emocional, que aumenta el riesgo de burnout. Un ejemplo sería el de las enfermeras que trabajan en la consulta del dolor, cuya función es proveer de drogas a los pacientes terminales para evitarles dolor mientras se aproxima el momento de su defunción. Para protegerse de los sentimientos que inevitablemente provoca este puesto de trabajo, las enfermeras llegan a desarrollar este vacío emocional que las ayuda a mantenerse en el puesto de trabajo, pero las hace más propensas a aislarse de los demás y a sufrir burnout.

5.2.1. Muestra sanitaria

Suecia:

Se pidió a 2.000 médicos suecos que trabajan en el sector hospitalario público a participar en el estudio 1. La lista fue proporcionada por el Sindicato Médico sueco. 1022 respondieron positivamente al cuestionario autoadministrado (una tasa de respuesta de alrededor del 50 %) . 57 % eran hombres, que es paralela a la población médica sueca. 84 % son casados y el 75 % de éstos tenían cargas familiares . La muestra real para los análisis posteriores se redujo a 992 , debido a los valores perdidos , de los cuales 724 reportaron ser especialistas en diversas profesiones médicas. Teniendo en cuenta la hipótesis más desfavorable $p = q = 0,5$ con un nivel de confianza del 95 % , la tasa de error de estimación q fue del 3% para un tamaño de muestra de 992

Cataluña:

La *población diana* del estudio 2 fueron los profesionales de la medicina que ejercen su profesión en centros sanitarios de Cataluña (un total de 23.000 aproximadamente). Se asumió que los profesionales de la Medicina hanbiande estar colegiados para poder ejercer profesionalmente, a diferencia de otras profesiones en las que sólo es obligado para el ejercicio libre de la profesión. Por este motivo, la población de estudio escogida puede ser representativa de la población diana a estudiar.

La muestra estaba compuesta por 523 personas, de las cuáles se ha dispuesto de información suficiente para analizar los datos obtenidos con un error muestral del 5%. Los participantes procedían de las 4 provincias catalanas. En el caso de Barcelona, se seleccionó la muestra a través de la técnica de muestreo aleatorio simple. En el resto de casos, el muestreo fue no probabilístico, se envió la encuesta a todo el universo de la población de estudio. El método utilizado para la selección de los participantes fue el

consecutivo, ya que se han escogido todas las personas que cumplían con el criterio de selección de estar colegiado.

El total de cuestionarios enviados fue de 8.172. La n final de la muestra quedó en 477 (una vez depurados los casos no válidos), con un error de estimación del 0,044%.

Cualquier error en el proceso de medida condiciona las conclusiones de cualquier estudio. En este caso, se tuvieron en cuenta los posibles *errores diferenciales*, por ejemplo, que la medida de la variable Burnout estuviera influenciada por la deseabilidad en la respuesta e hiciera que contestaran más al cuestionario aquellas personas que estuvieran más enfermas. También se tuvieron en cuenta los *no diferenciales*, que afectan a todas las personas de la muestra por igual, por ejemplo, el caso de que la escala utilizada para evaluar el burnout no discriminara entre la población y encontráramos una baja desviación estándar en la escala. Para corregir estos posibles errores, se realizó un estudio paralelo con el 7% de las personas que no habían contestado y se les encuestó telefónicamente. Los resultados obtenidos iban en la misma dirección que los obtenidos en el estudio general. De esta manera, se podía estar seguro de que la muestra del estudio no era sólo patológica, sesgada por un efecto de deseabilidad a la hora de contestar.

5.2.2. Muestra retail

La novedad de este trabajo reside en el hecho de centrarse en un sector, el *Retail*, el cual ha sido poco estudiado por lo que respecta a temas relacionados con el bienestar sociolaboral de sus trabajadores.

El sector del Retail (o comercio minorista o al detalle) ha experimentado en las últimas tres décadas procesos de expansión y crecimiento significativos. A nivel español, por ejemplo, el sector del comercio supone más del 17% del PIB del país, por delante de la industria y otros sectores de actividad económica clásicos (Colegio Oficial de Economistas de Cataluña, 2013). Esta misma

tendencia se ha observado también en los últimos años en otros países, como Chile (Durán & Kremerman, 2008). En general, las empresas de este sector han realizado grandes inversiones en la mejora tecnológica, innovación de procesos, diseño de productos, sin embargo, a nivel de la gestión de recursos humanos se ha profundizado menos sobre las necesidades y particularidades de los trabajadores de este sector económico.

El sector del Retail es muy amplio en cuanto a subsector de actividad (alimentación, equipamiento de la persona, de la casa,...) y dimensión de la empresa. Las grandes empresas de este sector están actuando como actores fundamentales en el impulso de procesos de innovación tecnológica, reestructuración empresarial y reorganización de las formas de trabajo (Ritzer, 2010; Kerfoot & Korczynski, 2005) Este estudio se ha centrado en abordar cuestiones psicosociales que tienen que ver con el bienestar laboral de trabajadores (tanto de base como directivos) del sector de la alimentación en España.

El estudio se realizó con 109 trabajadores (n de la muestra) del sector de la distribución alimentaria. De éstos, el 85% eran mujeres y el resto (15%) son hombres. El 70,2% tienen una dedicación única a la empresa en la que trabajan. En el 87,7% de los casos, el contrato laboral es de carácter permanente. Respecto a la jornada de trabajo, el 54,4% tienen jornada completa, el resto disfrutan de una jornada parcial. Sólo en el 14% de los casos tienen responsabilidades directivas. El 82,5% de los encuestados realizan una jornada continua y predominan los que tienen turnos rotativos (55,3%), incluyendo los fines de semana. A nivel de cargas familiares, el 65,8% tiene hijos a su cargo. Respecto al nivel formativo, el 19,3% de los encuestados tienen estudios universitarios (a nivel de licenciatura y/o grado), el 36,8% poseen el bachillerato o módulos profesionales.

5.3. Escalas de medida

5.3.1. Consistencia interna de las escalas utilizadas para medir el Burnout

Según la literatura científica, el instrumento psicométrico más utilizado para medir el Burnout ha sido el *MBI* (Maslach, 1982). No obstante, en este estudio se utilizaron dos escalas distintas:

Escala Burnout (Universidad de Uppsala, 2005), - escala unidimensional. Confiere un mayor peso a la dimensión de “agotamiento emocional”. A nivel conceptual, ello nos lleva a pensar que se trata de un tipo de estrés de carácter más cognitivo-emocional, que físico, a pesar de que también tiene efectos psicosomáticos. Desde el punto de vista psicométrico, la fiabilidad y validez de la sub-escala empleada son apoyadas por estudios anteriores de validación realizados por investigadores de la universidad de Uppsala (Arnetz, 2001). Este planteamiento unidimensional es compartido en la literatura científica por autores como Evans y Fischer (1993), Koeske y Koeske (1993), Lee y Ashforth (1996), Kristensen y otros (2005) o Bekker y otros (2005).

Sin embargo, otros autores como Schaufeli y Taris (2005) continúan apostando por un planteamiento tridimensional, defendiendo la utilización del *MBI*, argumentando que el burnout debería ser conceptualizado como un fenómeno asociado al trabajo (ligado al contexto en el que se desarrolla) que consiste en un estado de fatiga (o desgaste) y abandono (o cinismo/despersonalización). Estos autores consideran que el tercero de los componentes del *MBI*, la falta de realización personal, parece ser menos central, tal como coinciden la mayor parte de los estudios que se han realizado para validar el modelo conceptual tridimensional propuesto por Maslach.

Índice general SM-Burnout (Shirom, 2005),- Se consideró oportuno aplicar esta escala, basándonos en los postulados de Shirom (2005) de que el burnout tenía una naturaleza crónica y estable en el tiempo. Interesaba estudiar hasta que punto burnout y depresión no se confundían en la investigación sobre este concepto. Shirom llegó a la conclusión de ambos comparten síntomas, sin embargo, el burnout se produce en el contexto social del trabajo. Apuntó que, en futuras investigaciones sería oportuno medir también la depresión en los estudios sobre burnout, con el fin de poder constatar la independencia entre ambos conceptos. Consideraba que la dimensión del desgaste emocional era importante, pero las otras dos no eran innecesarias ni accidentales (Shirom, 1989). Hemos podido comprobar que existe un debate considerable sobre la centralidad que tiene cada uno de los componentes que da lugar al burnout (desgaste emocional, despersonalización (o cinismo) y rendimiento personal (eficacia profesional)).

Se estudió la consistencia interna de ellas con el fin de ver si van o no en la misma dirección, independientemente del rango de respuesta y los valores que adopten cada una. Los resultados de la siguiente tabla indican en general correlaciones altas entre los factores de ambas escalas. Se puede considerar por tanto que ambas escalas miden el mismo fenómeno, en este caso, el Burnout.

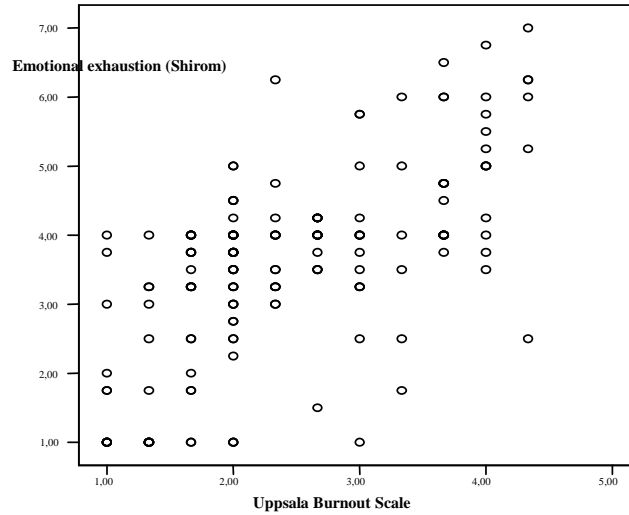
		Uppsala Burnout Scale	Desgaste emocional (Shirom)	Fatiga física (Shirom)	Cansancio cognitivo (Shirom)	SM_Burnout (Shirom)
Uppsala Burnout Scale	Pearson Correlation Sig. (2-tailed)	1				
	N	518				
Desgaste emocional (Shirom)	Pearson Correlation Sig. (2-tailed)	,604(**)	1			
	N	515	518			
Fatiga física (Shirom)	Pearson Correlation Sig. (2-tailed)	,676(**)	,853(**)	1		
	N	512	515	515		
Cansancio cognitivo (Shirom)	Pearson Correlation Sig. (2-tailed)	,554(**)	,800(**)	,729(**)	1	
	N	513	515	514	516	
SM_Burnout (Shirom)	Pearson Correlation Sig. (2-tailed)	,660(**)	,888(**)	,925(**)	,934(**)	1
	N	511	514	514	514	514

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Tabla 1. Correlaciones entre las diferentes escalas utilizadas para medir el Burnout

Otra cuestión metodológica controvertida ha sido la dimensionalidad de la escala de Burnout, en el sentido de considerar si comprendía una, dos o tres dimensiones. En concreto, tanto en el caso de la muestra sueca como la catalana se utilizó una escala unidimensional, que medía la dimensión de desgaste emocional (Escala 1), creada por la Universidad de Uppsala (Suecia). Además, en el caso de Cataluña, se administró una segunda escala (Escala 2), con tres dimensiones: desgaste físico, desgaste emocional y falta de realización (Shirom, 1989). Se ha estudiado con más precisión el caso concreto de la subescala Desgaste emocional, utilizada en ambas escalas de medida. La figura siguiente muestra una relación lineal entre ambas, reforzando así la consistencia interna de las unidades de medida utilizadas en el estudio. Se ha estudiado la correlación de ambas escalas para ver si van o no en la misma dirección (independientemente del rango de respuesta y los valores que adopta cada una).

Figura 10. Relación entre las subescalas de Desgaste emocional



5.3.2. Descripción escalas de medida empleadas

A continuación se presenta un resumen de las variables utilizadas en el estudio (Data List), detallando las fuentes que se han utilizado para construir las diferentes escalas y sus características psicométricas.

ESCALAS	Nº ítems (Rango rta)	Cronbac h Alpha	Media	SD
Tipo personalidad	9 (1-7)	.67	32.70	9.709
Locus control	9 (1-5)	.752	33.23	4.577
Valores personales emocionales- relacionales	4 (0-5)	.744	20,34	2,936
Valores personales éticos- universales	3 (0-5)	.612	13,39	2,680
Valores personales- instrumentales	4 (0-5)	.686	19,54	2,871
Valores empresa emocionales- relacionales	4 (0-5)	.896	15,78	5,488
Valores empresa éticos- universales	3 (0-5)	.741	16,11	4,588
Valores empresa instrumentales	4 (0-5)	.817	17,46	4,562

Tabla 2. Resumen descriptivo escalas explicativas (1/3)

ESCALAS	Nº ítems (Rango rta)	Cronbach h Alpha	Media	Desviación típica
Presión de tiempo	3 (1-4)	.775	6.59	2.406
Carga trabajo	8 (1-5)	.899	29.86	6.558
Locus control sobre el trabajo (autoridad en la toma decisiones)	9 (1-4)	.755	23.06	4.641
Locus control sobre el trabajo (habilidad discriminación)	6 (1-4)	.721	12.312	2.789
Apreciación profesional	3 (1-4)	.661	7.47	2.348
Demandas pacientes	3 ítems (Burle 2001). Se han analizado por separado ya que el ítem 2 no pesava en el mismo factor.			
Falta equilibrio trabajo-vida	6 (1-5)	.779	16.29	4.268
Actitud ante los cambios	3 (1-4)	.876	6.53	2.899
Grado de responsabilidad	6 (1-5)	.742	20.94	4.969
Influencia profesional	2 (1-3)	.651	4.51	1.344
Equidad condiciones de trabajo y salariales.	4 (1-6)	.698	14.83	4.207
Satisfacción laboral	Se han analizado por separado los 5 ítems ya que pesaban en escalas distintas.			
Comunicación interna	12 (1-5)	.817	32.77	8.100
Motivación intrínseca	13 (1-6)	.953	62.88	10.367
Falta de apoyo social	Se han analizado por separado los 4 ítems de la escala.			
Falta de reciprocidad médico- paciente	4 (1-5)	.765	11.822	4.112
Agresiones (pacientes y familiares)	Se han analizado por separado los 4 ítems del factor.			

Tabla 3. Resumen descriptivo escalas explicativas construidas, cont. (2/3)

ESCALAS	Nº ítems (Rango rta)	Cronbach Alpha	Media	Desviación típica
Burnout (Index general SM)	12 (1-7)	.922	43.20	12.798
Burnout (Fatiga física –SM)	4 (1-7)	.835	15.97	4.505
Burnout (Desgaste emocional- SM)	4 (1-7)	.887	14.38	5.305
Burnout (Cansancio cognitivo- SM)	4 (1-7)	.918	12.81	5.158
Burnout (Desgaste emocional - Uppsala)	3 (1-5)	.83	7.45	2.820
SF12-PH (Estado salud física)	www.imim.es	www.imim.es	51,3832	7,08681
SF12-M (Estado salud mental)	www.imim.es	www.imim.es	46,6445	10,15078

Tabla 4. Resumen descriptivo variables a explicar, cont. (3/3)

En el caso de la muestra de retail (n=109), se empleó la escala qBLG (Blanch, 2010) para medir el bienestar profesional de los trabajadores. Se trataba de un cuestionario de autoaplicación individual, que integraba escalas de condiciones de trabajo, clima social, satisfacción con la organización y cultura organizacional.

5.4. Estrategia de análisis de datos

Etapa 1:

Se analizó la *relación del burnout con las variables explicativas incorporadas al modelo teórico*. En un primer momento, se pretendía averiguar qué variables parecían estar más relacionadas con el burnout, por lo que el análisis fue principalmente descriptivo. Las variables que se analizaron fueron de cuatro tipologías: sociodemográficas, individuales, laborales y organizativas.

Etapa 2:

En esta segunda etapa se pretendió *averiguar si era posible establecer configuraciones de variables (esto es, perfiles de predictores) que tuvieran una consistencia suficiente para explicar distintos patrones*. En esta tesis, estos patrones respondían a perfiles profesionales de mayor o menor riesgo de padecer el burnout. Es importante destacar el hecho de que en esta fase de la investigación se consideró que los conceptos de Burnout y Vigor profesional correspondían a los polos opuestos de un mismo constructo. Sin embargo, a partir de los resultados obtenidos se decidió tratarlos de forma independiente, como si se tratara de dos variables independientes entre ellas.

Etapa 3:

En la última etapa de la tesis doctoral se adoptó una estrategia de análisis de tipo configuracional para estudiar el burnout. En concreto, este tipo de estrategia pretendía discriminar entre un conjunto de variables cuáles estaban más correlacionadas con el fenómeno que se pretendía estudiar, confiriendo a cada una de ellas un peso específico, sin determinar una relación de tipo causal. Este tipo de estrategias es especialmente útil cuando se quiere hacer una selección de factores altamente correlacionados con un fenómeno. Además, una vez establecidos los factores configuracionales más relevantes se

procedió a comparar las dos muestras que han participado en la tesis, la muestra sueca y catalana.

5.5. Tratamiento estadístico

Los datos se analizaron en diferentes etapas y empleando diferentes técnicas estadísticas incluyendo el análisis bivariante (es decir, correlación y ANOVAs), que se usó primero para seleccionar los factores que se correlacionaron con Burnout. En un segundo paso, un "método del árbol de decisiones" en combinación con una "regresión y clasificación algorítmica (C&RT)" fue utilizado para los análisis multivariados y la identificación de los distintos perfiles de riesgo.

El método de clasificación y regresión (C&RT) de Breiman, Friedman, Olshen, y Stone (1984) genera árboles de decisión binarios. El árbol se construye dividiendo subconjuntos del conjunto de datos con todas las variables predictoras para crear dos nodos secundarios en varias ocasiones, a partir de todo el conjunto de datos. El objetivo es producir subconjuntos de los datos que sea tan homogénea como sea posible con respecto a la variable de destino (SPSS, 2003).

La construcción del "Árbol de decisiones" considera la evaluación de cada atributo que se incluye en un modelo saturado, y el examen de su importancia relativa como mejor predictor / divisor. Con el fin de identificar los divisores para el propósito de la construcción "árbol", el método utiliza un índice de "impureza" como una medida de la variabilidad en cada partición. La "impureza" identifica la mejor partición, lo que reduce la diversidad en la secuencia diferente de particiones. Esto es para sugerir que el Árbol C & R implica la selección de las variables que dividir la muestra en dos ramas, de las cuales la combinación de variables seleccionadas dentro de cada rama maximiza la diferencias entre las

diferentes ramas. Un algoritmo se calcula cuando se reúna una serie de criterios para la cual se detiene una rama u otra rama se añade al árbol. La adición rama se detiene cuando se alcanza un punto de cambio mínimo en la impureza; esto sucede cuando se especifica un criterio mínimo. En este estudio, el mínimo n se fijó en 9, y nivel de impurezas se fijó en $\geq 0,0001$. Más información sobre esta técnica se puede encontrar en Breiman et al (1984) y (SPSS, 2003).

6. RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

En este apartado se exponen los principales resultados de la tesis doctoral. Para ello, se han dado respuesta a las preguntas planteadas en el apartado de objetivos del estudio. Se ha intentado apuntar también las repercusiones que esto podía tener tanto para futuras investigaciones como para la intervención profesional orientada a la creación de entornos de trabajo más saludables.

6.1. Resultados principales Estudio1

Los dos primeros objetivos de la tesis fueron analizar cuáles eran los factores sociodemográficos y las diferencias individuales clave que tienen papel importante a la hora de explicar el burnout en el personal médico y los factores laborales clave que correlacionaban significativamente con el burnout en el personal médico.

En general, los resultados de esta primera fase apuntaban una relación más fuerte entre el burnout y aspectos extrínsecos al trabajo que se lleva a cabo, esto es, con condiciones ambientales y exigencias en las que éste se realiza. Según los datos obtenidos, parece que se trata de un problema más relacionado con las características profesionales y organizativas del trabajo y no tanto a cuestiones personales como el género (tal como apuntan otros estudios, Schaufeli y Buunk, 1996).

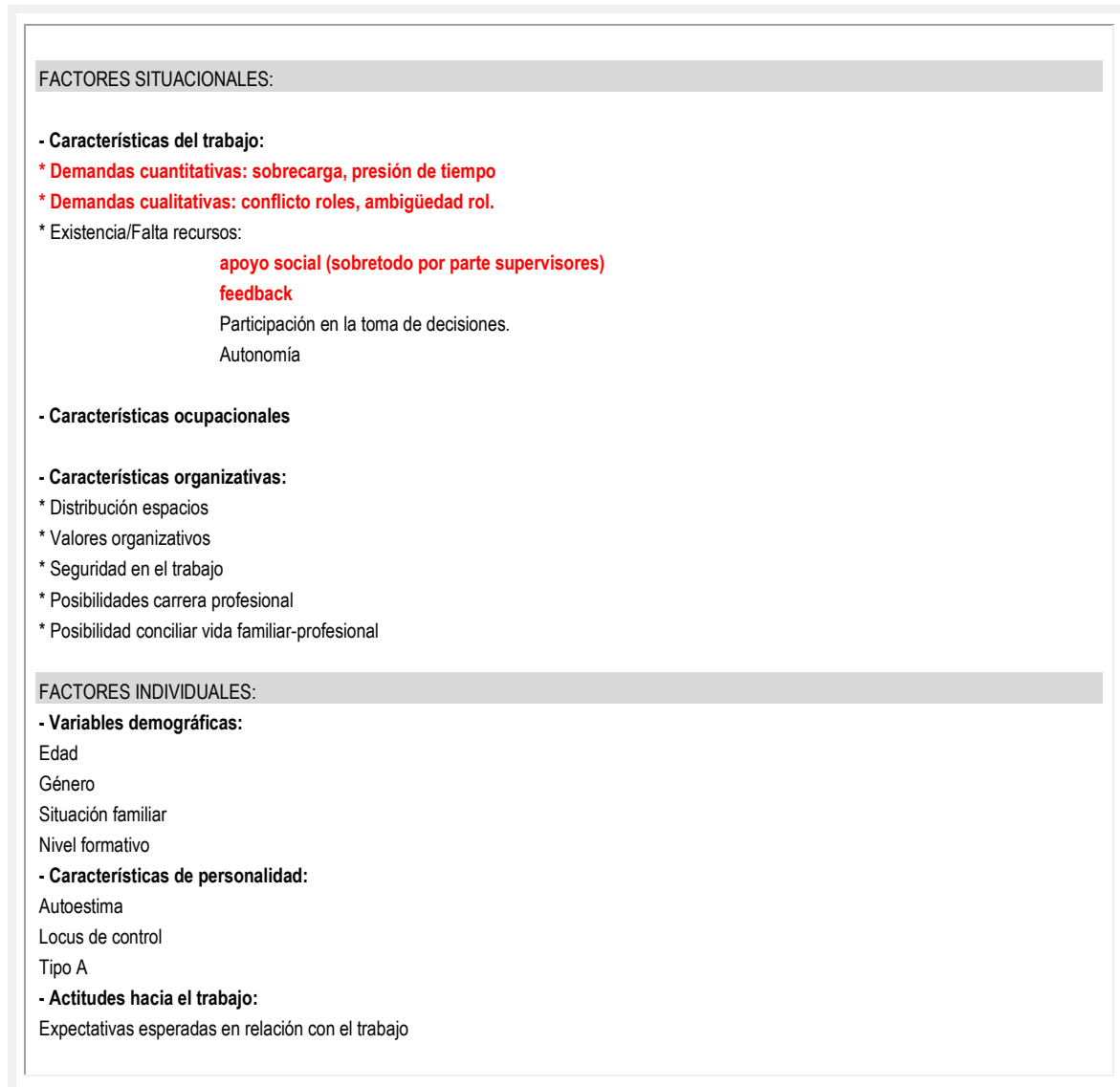
Tal como ya exponía en la Introducción, en la literatura científica clásica (Maslach y Jackson, 1981; Zajonc, 1989) se ha resaltado que el desgaste emocional que padecían los profesionales de la salud (entre otros de tipo asistencial) se debía en gran parte a la naturaleza de la propia actividad que realizaban, en la que existía un componente de ayuda y servicio al prójimo. Sin embargo, los resultados del estudio que realizamos parecen indicar que las

demandas extrínsecas del trabajo tienen un peso importante, las cuales se relacionan directamente con la situación en la que se realiza el trabajo.

Los resultados preliminares apuntaban una escasa relación entre la cantidad de tiempo que el profesional permanecía en contacto con el paciente y el hecho de tener más o menos Burnout. Por este motivo, compartimos la perspectiva de autores (como por ejemplo, los trabajos longitudinales de Taris y otros, 2005) que han investigado el burnout como un proceso de desarrollo de una situación en la que van incidiendo distintos tipos de antecedentes (individuales, organizativos, laborales, sociales).

Según Bakker (1989), la presión en el trabajo y el estrés de las personas que trabajan en un departamento aumenta cuando parte de sus compañeros sufren burnout. Los motivos son por un lado que las personas afectadas reducen su productividad mientras que la carga de trabajo permanece constante y por otro lado que la actitud negativa de los afectados puede provocar un sentimiento de desmotivación en el resto de sus compañeros, sobre todo si la causa del síndrome está en la dirección organizativa.

Figura 11. Principales factores situaciones e individuales más relacionados con el Burnout, según Maslach, Schaufeli y Leiter (2001)



En la literatura sobre el burnout se han recogido una serie de factores individuales y situacionales más relacionados con el burnout que otros. En la figura anterior (figura 11) se resumen los principales factores destacados por Maslach, Schaufeli y Leiter, en el año 2001. De entre ellos, se destacan en color rojo los que presentan una correlación más alta con el burnout. Los autores apuntaban que factores individuales como el género presentaba una baja correlación con el burnout. Además, la relación de la edad con el burnout

fue uno de los factores menos estudiados. En los resultados de nuestro estudio también se reproducían de forma parcial algunas de estas relaciones propuestas en la figura anterior. En concreto, resaltar algunos de los resultados obtenidos como:

- Parece que el burnout que presentaban los médicos suecos estaba muy relacionado con variables como la *presión de tiempo* y la *falta de equidad en las condiciones laborales y salariales*, esto es, correlatos laborales y organizativos del trabajo. Este tipo de variables no tenía nada que ver con la naturaleza asistencial del trabajo a realizar, sino que se trataba de cuestiones ligadas a las condiciones y demandas del trabajo desarrolladas. En la medida que el control sobre lo que se está haciendo es más reducido aumenta la posibilidad de que aparezca el burnout y su intensidad (De Lange et al, 2003; Lee y Ashforth, 1993; Söderfeldt, 1997). En este sentido, la literatura científica (Leiter, 1990, 1991, 1992) relacionaba el control con las estrategias de afrontamiento del burnout, las cuales se trataría de recursos a nivel individual que hacen que la persona pueda enfrentarse de forma efectiva a la situación estresante. Estas estrategias estaban ligadas a la capacidad de control que existe de los recursos disponibles para hacer frente a la situación (Riulli y Savicki, 2003). En nuestra investigación, la presión de tiempo era una variable que incidía en el grado de burnout, en el sentido que el profesional no podía controlar la organización del trabajo, sino que le venía impuesta desde el entorno. Asimismo, la equidad en las condiciones de trabajo era un aspecto ligado al sistema de recompensa respecto el rendimiento alcanzado en el trabajo, que podía encontrarse fuera del control de él mismo. Cuando el profesional percibe que le falta control sobre estas cuestiones, las estrategias de afrontamiento empiezan a fallar y a no ser eficaces para afrontar el burnout.

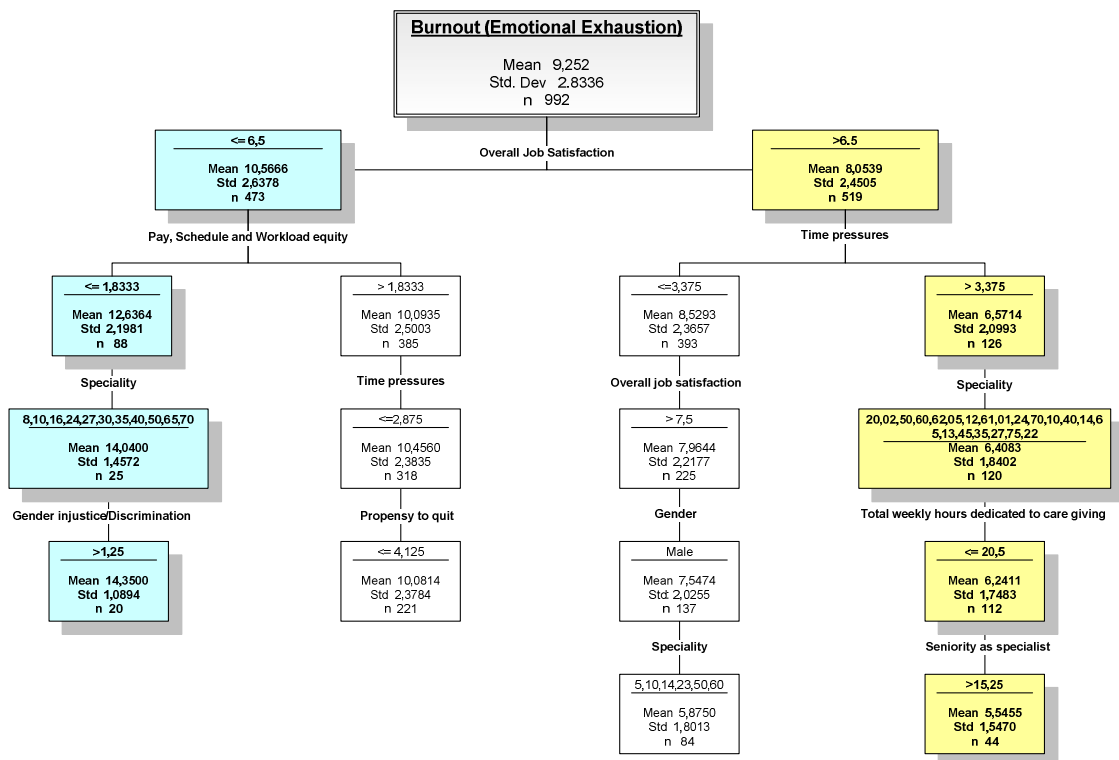
-El burnout que padecen los médicos suecos estaba sobretodo relacionado con correlatos relacionados al contexto en el que se realizaba el trabajo. Tal como sugieren algunos trabajos científicos recogidos en la literatura, una mayor relación con factores organizacionales que individuales o profesionales (Maslach, Schaufeli y Leiter, 2001; Cox, Tisserand, Taris, 2005). En nuestro estudio, parece que la variable satisfacción laboral era el factor que mantiene

una relación más fuerte con el Burnout. Estudios científicos anteriores (Lee y Ashforth, 1996; Cordes y Dougherty, 1993; Grau y otros, 2005) ya apuntaban que variables actitudinales como la satisfacción laboral o el compromiso con la organización tenían una mayor relación con el burnout que variables como el tipo de personalidad.

6.2. Resultados principales Estudio 2

En esta fase el ojetivo principal fue descubrir cuál era la configuración de variables individuales, organizativas y socioculturales que predicen niveles altos de Burnout y Vigor profesional entre los médicos en Suecia y Cataluña. Se consideró que ambos constructos eran polos opuestos de una misma dimensión conceptual.

Figura 12. Burnout/Vigour Profiles (Suecia)

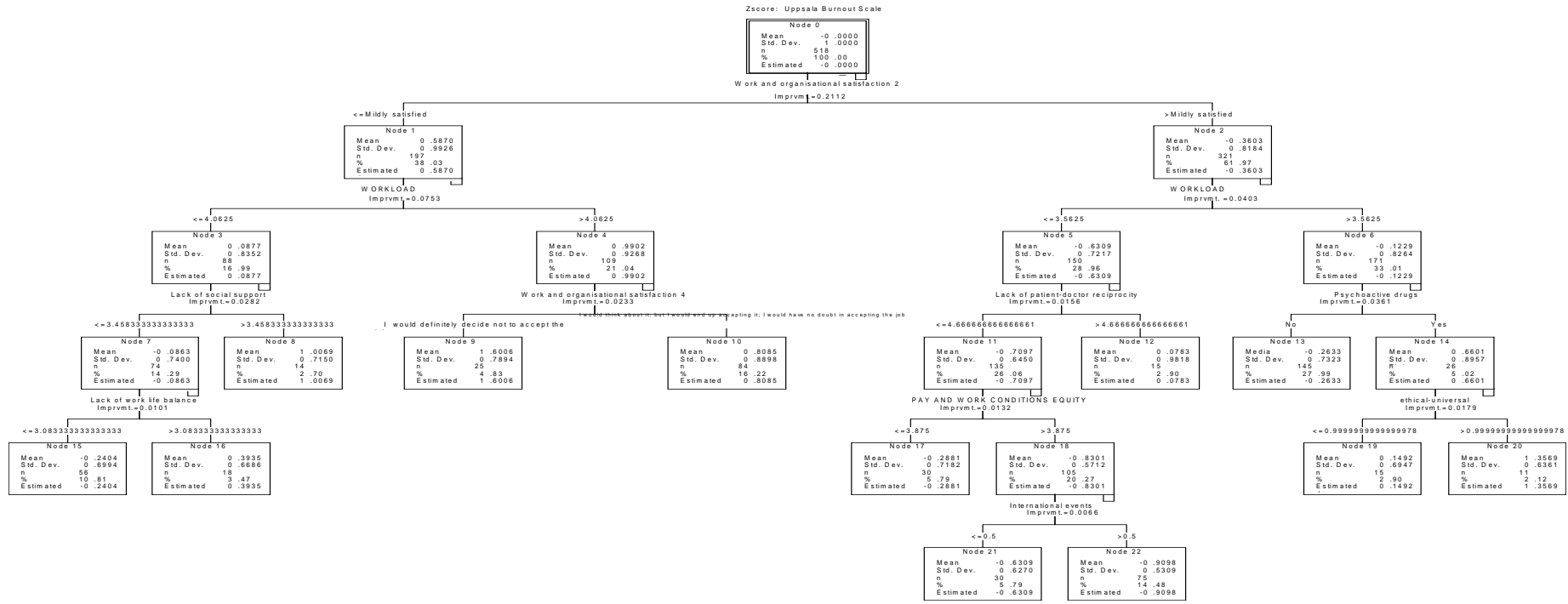


La figura anterior (figura 12) muestra el árbol que explica las diferentes cifras medias de burnout en médicos suecos. El supuesto subyacente es que a mayor puntuación en la configuración decir, cuanto mayor sea el nivel de cansancio emocional, por tanto, más desgaste. Y viceversa, cuanto menor sea la puntuación en la media configuracional, más vigor. Estos perfiles para cada factor (individual y organizacional) muestran diferentes configuraciones para el agotamiento y el vigor. El modelo saturado explica el 59% de la varianza total, que es muy alto teniendo en cuenta el nivel individual de análisis. Los perfiles (configuraciones) extremos detectados se explican a continuación:

Configuración "A" (árbol azul) explica los altos niveles de burnout - que incluye la siguiente combinación: bajo nivel de satisfacción en el trabajo, puntuación más alta en la percepción de la desigualdad salarial, la percepción de horas y la sobrecarga de trabajo, la inequidad de género, y que tiene una experiencia específica dentro el campo médico. Usando esta configuración conduce a la mejora de la predicción alcanzando un 55,10% (media = 14,35).

Configuración "D" (árbol amarillo) explica el vigor (operacionalizado como bajos niveles de burnout). Una configuración totalmente diferente surge para explicar el vigor: alto nivel de satisfacción en el trabajo, bajo nivel de presión del tiempo, menos tiempo de dedicación y cuidado a la familia, y tener una antigüedad como especialista de más de 15 años. Este conjunto de variables combinadas disminuye la media del riesgo total de Burnout a un 40% (media = 5.5455).

Figura 13. Burnout/Vigor Profiles (Spain)



En el caso de Cataluña, la configuración que explica el mayor riesgo de Burnout (como se observa en la figura anterior) corresponde a un profesional que se encuentra ya quemado, en una situación límite. No percibe ningún estímulo positivo en el trabajo que realiza, se encuentra insatisfecho con su trabajo actual. Además, percibe una elevada carga de trabajo. Si pudiera volver a decidir si aceptaba o no el trabajo, decidiría no hacerlo (Z media estimada = 1.606). En comparación con los resultados obtenidos con la muestra de médicos suecos la configuración que más contaba un elevado riesgo de burnout estaba formada por variables que también han sido relevantes en el caso catalán (carga de trabajo, insatisfacción con el trabajo realizado). No obstante, en el caso nórdico aparecían también variables vinculadas a: la inequidad salarial, la desigualdad de género o la especialidad médica.

Se ha identificado también otro perfil de riesgo moderado de Burnout, el cual implica una situación no límite, como en el caso anterior. Se trata de personas más satisfechas con el trabajo que hacen, a pesar de que continúan perciben que tienen una carga de trabajo frecuente. Manifiestan haber tomado algún psicofármaco durante los dos últimos años. Además, perciben cierta incongruencia entre sus valores personales éticos-universales y los de la organización en la que trabajan (Z media estimada = 1.3569). Los profesionales que se identifican más con este segundo perfil se trata de personas activas e implicadas en su trabajo. Han sido conscientes del riesgo que tienen y han tomado medidas automedicarse. Perciben cierta inequidad entre el trabajo, sus expectativas personales y las que les ofrece la organización. Podrían desembocar en un cuadro similar al del perfil anterior, pero lo controlan con la medicación. En cambio, en el caso sueco el riesgo de burnout era relativamente alto coincidía con una menor percepción de diferencias salariales y en las condiciones de trabajo, su grado de satisfacción con el trabajo era también bajo. Sin embargo, percibían menos presión del tiempo y para abandonar la organización.

Una tercera configuración encontrada es la que explica el riesgo más bajo de Burnout. En este caso, la persona se encuentra también insatisfecha con el trabajo que hace. Sin embargo, percibe una menor carga de trabajo y se siente apoyado socialmente (por los superiores , los colegas , la familia y los amigos). La Z media estimada es de - 0.2919 . Se trata de personas que se encuentran también insatisfechas con el trabajo que hacen , sin embargo, reducen el riesgo de burnout con la ayuda emocional de su entorno más cercano , tanto en el trabajo como en la vida personal. En el caso sueco, la configuración que explicaba un riesgo menor de burnout se relacionaba con un nivel de satisfacción con el trabajo más alto, menor presión del tiempo y un menor tiempo de dedicación a las tareas domésticas desde el ejercicio de la especialización médica

Estos resultados van en la misma línea que los de la fase anterior, en el sentido que destacan las mismas variables que las que destacaba en la fase anterior (presión de tiempo y equidad en las condiciones de trabajo), como las más relacionadas con el Burnout.

Los resultados incidían una vez más en el papel importante de la Satisfacción en el trabajo en que el profesional se sienta más o menos exhausto en su trabajo. Sin embargo, la variable Satisfacción profesional no debe analizarse por separado, independiente al resto de aspectos laborales. Según la literatura, se trata de un constructo psicológico muy relacionado con el nivel de expectativas que el trabajador ha depositado en el trabajo que realiza. A su vez, las expectativas están muy ligadas al tipo y grado de motivación intrínseca que exista. Según Leiter (1991), el proceso de desarrollo del burnout se inicia con el desgaste emocional, continua con la despersonalización, con el que guarda una relación muy intensa. Y, por último, finaliza con la reducción de la realización personal. Sin embargo, parece que esta tercera dimensión se relaciona más con otras variables (apoyo social, utilización de habilidades personales, entre otras) relacionadas con la cantidad de recursos que el

profesional dispone para hacer frente a la situación. Otros autores (Van Dierendonck, Schaufeli y Buunk, 2001) sugieren que el desgaste emocional es consecuencia de las otras dos dimensiones. En relación con esto, las estrategias de intervención que sugieren tienen que ver con mejorar los niveles de competencia de los profesionales para incrementar la auto-eficacia, en vez de entrenarles en estrategias para afrontar el desgaste emocional.

Estos resultados refuerzan la Teoría de la Equidad/Inequidad de Adams (1970) y la Teoría de la Conservación de Recursos (Hobfoll and Freedy, 1993). En concreto, parece que el burnout se desarrolla en situaciones en las que el trabajador percibe una falta de reciprocidad o falta de equidad entre los recursos invertidos en la actividad profesional y las recompensas obtenidas (Bakker, Killmer, Siegrist y Schaufeli, 2000; Smets, Visser, Oort, Schaufeli y de Hoes, 2004). En relación con esto, desde el Modelo de Demandas-Recursos laborales (Schaufeli y Bakker, 2004; Bakker y Demerouti, 2007), se considera que los recursos laborales proporcionan cualidades motivacionales al trabajo que realiza la persona. En un estudio realizado por Bakker, Demerouti y Euwema (2005), encontraron que los recursos en relación con el trabajo diluían el impacto de las demandas laborales sobre el burnout (desgaste y cinismo). En concreto, encontraron que las personas que consideraban que habían de hacer frente a demandas del trabajo como: sobrecarga de trabajo, demandas emocionales o físicas, interferencias del trabajo con la vida personal, no presentaban niveles altos de burnout si disponían de recursos como: autonomía a la hora de realizar el trabajo, feedback acerca del trabajo realizado, apoyo social o coaching por parte del supervisor. Otros estudios que apuntan también resultados en esta misma línea son los realizados por Hakanen, Bakker y Demerouti (2005) o Bakker, Hakanen, Demerouti y Xanthopoulou (2007) con colectivos ocupacionales finlandeses (dentistas y docentes, respectivamente).

6.3. Resultados principales Estudio 3

Los objetivos de la fase 3 fueron muy similares a los planteados en la fase anterior. En concreto, conocer cuál era la configuración de variables individuales, organizativas y socioculturales que predecían niveles altos de Burnout entre los médicos suecos y catalanes y, por otro lado la configuración de variables que predecían niveles elevados de Vigor profesional.

De los resultados extraídos con respecto a la muestra española se desprende la importancia de lograr comprender el peso relativo de la variación del burnout derivada de factores situacionales y organizativos, en comparación con las características individuales estables. La investigación pasada indicaba que, si bien las predisposiciones de la personalidad, como una baja autoeficacia, y los predictores sociodemográficos objetivos, como el sexo y la edad, juegan un papel en la explicación del burnout, la mayoría de la variación es debida a características situacionales y organizativas (Schaufeli y Enzmann, 1998). La investigación reciente (M. P. Leiter y Maslach, 2004; Van Dierendonck, Schaufeli y Buunk, 1998) ha sugerido varias estrategias prometedoras de cambio, junto con algunos ejemplos de investigación de evaluación que demuestran su efectividad (Van der Klink et al., 2001).

La principal diferencia respecto los trabajos anteriores estaba en el hecho de considerar que ambos constructos eran independientes entre sí y no suponían polos opuestos de una misma dimensión conceptual. Se apuntaba nuevamente que la percepción que tenía el profesional acerca de sus valores y los de la institución y, la congruencia entre los mismos, era un factor que incide en el riesgo psicosocial de burnout. En general parece que la congruencia es un factor que actúa como protector de este tipo de riesgos. Según la literatura (Sonnetag, 2005), los profesionales que se distancian de los pacientes o clientes con los que tratan (estrategia de afrontamiento de despersonalización), tienen un riesgo menor de burnout.

En relación con la congruencia de valores, hemos de considerar que las instituciones sanitarias podrían actuar, desde la prevención de este tipo de riesgo, construyendo “organizaciones más saludables”, que cuiden el bienestar general del trabajador (salud física, psicológica y sus connotaciones laborales y sociales). La investigación empírica (Mathieu y Zajac, 1990; Shore, Barksdale y Shore, 1995) ha resaltado la relación entre variables organizativas, como son el compromiso organizacional, absentismo, intención de abandonar la organización, entre otras, con el burnout. De forma clásica, se ha postulado una relación negativa entre burnout y compromiso organizativo, en la que el burnout se consideraba la variable predictora. Sin embargo, algunos estudios apuntan una relación inversa, demostrando que altos grados de compromiso con la organización protegen a la persona de manifestar el burnout (Kalliath, O'Discoll y Gillespie, 1998).

La variable Satisfacción Laboral vuelve a resaltar como uno de los factores más relacionados con el burnout (Kushnir, T., Herman, C. y Kitai, E., 2000). Según la literatura, la satisfacción con el trabajo se considera una medida del bienestar y felicidad que siente el trabajador y ésta se relaciona positivamente con su rendimiento en el trabajo. En nuestro estudio se ha obtenido que los médicos en Cataluña tienen un nivel de satisfacción laboral bajo, independientemente del nivel de riesgo psicosocial de Burnout que presenten. Quizás deberíamos considerar que la satisfacción laboral es un factor que puede proteger de la aparición o no de patologías y enfermedades profesionales. Sin embargo, no se trataría de un factor que explique la composición del vigor profesional.

Los resultados apuntaban también la importancia del Apoyo Social como variable moderadora del efecto de los factores psicosociales en el bienestar del profesional. En concreto, el profesional al que se le proporciona un apoyo emocional positivo, favorece su vigor profesional, disminuyendo así su riesgo de burnout (Bermejo y Prieto, 2015; Juárez, 2014; Maslach, 2011).

A modo de resumen, la tabla siguiente (tabla 5) resume las principales variables predictoras (antecedentes) que hemos estudiado en relación con el burnout. Se indica si se han estudiado o no en cada una de las muestras y, por último se señala con un asterisco si se han encontrado relaciones muy significativas.

CORRELATOS		Suecia	España	
Individuales:				
• Carga de trabajo doméstico		✓		
• Congruencia valores personales-organizativos		✓	✓	
• Sentimiento discriminación de género		✓		
• Conciliación vida profesional y personal			✓ (*)	
Organizativos:				
• Orgullo y compromiso organizacional		✓		
• Satisfacción laboral		✓ (*)	✓ (*)	
• Tendencia a cambiar de organización		✓		
• Atención y apoyo por parte de la unidad		✓	✓ (*)	
• Estereotipos y sexismo		✓		
Laborales:				
<i>Extrínsecos</i>				
• Presión de tiempo		✓ (*)	✓	
• Equidad condiciones laborales-salariales		✓ (*)		
<i>Intrínsecos</i>				
• Influencia profesional		✓	✓ (*)	
• Carga de trabajo		✓	✓	

Tabla 5. Relaciones entre el burnout y los principales correlatos estudiados en las muestras sanitarias de Suecia y España. Elaboración propia.

Una de las novedades de esta tesis fue el hecho de plantear la cuestión del burnout no sólo desde la perspectiva de la patología. En este sentido, se ha intentado ver si los antecedentes o aspectos que explican el burnout y el vigor profesional son similares o no. Tal como apuntaba en el capítulo introductorio, la investigación científica sobre fenómenos como el Burnout se inició en el siglo pasado, ya en la década de los 70, desde el ámbito de la Psiquiatría y la Psicología clínica (Freudenberg,1975; Maslach,1976). Los primeros estudios se centraron en abordar cómo afectaba el burnout al trabajador, sobretodo el profesional que trabaja en una actividad de ayuda a los demás. El interés se centraba en la persona, preocupaba poder identificar sus antecedentes, sobretodo a nivel individual.

En una etapa posterior, que abarcó la década de los 80, se incrementa la investigación empírica de la mano de la Psicología organizacional y del trabajo. En esta época se empezaba a introducir conceptos como la satisfacción en el trabajo o compromiso organizativo, en relación con el burnout. En la tercera de las etapas (años 90), se adopta una nueva orientación en el estudio del burnout. En concreto, se amplió su afectación no sólo a trabajadores que desarrollan una actividad asistencial, también a otros grupos ocupacionales: deportistas (González y otros, 2014), responsables de tienda (Slaski y Cartwright,2002), entre otros. Desde el punto de vista de la aproximación metodológica, se incorporaron los modelos estructurales con el fin de comprender mejor cómo se desencadena y desarrolla el burnout.

Por último, en la época actual existen distintas perspectivas teórico-conceptuales y metodológicas, que conviven en su tarea de investigación científica. Cabe mencionar el enfoque propuesto desde la Psicología Organizacional Positiva, poniendo el énfasis en los aspectos positivos del trabajo. En conexión con esta corriente, están surgiendo nuevos conceptos como los de "engagement", vigor profesional, entre otros (Maslach, C., Leiter, y Jackson, 2012).

La tabla siguiente resume los principales resultados del estudio comparativo entre los perfiles de riesgo alto de Burnout entre España y Suecia. También se han comparado los perfiles elevados de Vigor profesional en las dos muestras. Tal como se refleja en dicha tabla, las cuestiones vinculadas a la conciliación de la vida familiar y profesional (tener que asumir cargas familiares, poder conciliar ambas esferas,...) son aspectos relevantes sobretodo para los profesionales que trabajan en centros españoles. En cambio, en el caso de los profesionales suecos un aspecto crítico es la existencia o no de equidad salarial con profesionales del sexo opuesto. De forma coincidente con un estudio realizado por Dahlin y Runeson (2007) en médicos residentes de Suecia, encontraron que, durante el primer año de residencia, incrementaban sus preocupaciones acerca de las cuestiones financieras, asociándose éstas a un mayor desgaste emocional, éste se asociaba también a las demandas del trabajo, entre las que destaca la presión laboral. En este sentido, estos resultados parecen ir en la línea de posturas más postmodernas sobre el estrés y el burnout (Meyerson, 1998), que aceptan que en el estrés y el burnout pueden haber distintas maneras de vivirse.

En la literatura clásica y tradicional se ha tendido a conceptualizar como “una pérdida de control, tanto físico como emocional”, situándola al plano de vivencia individual. Los resultados empíricos que hemos obtenidos indicaban una diferencia significativa entre la percepción de burnout entre los profesionales médicos (hombres y mujeres) de Suecia, pero no por la mera cuestión del género, sino por la falta de equidad que se le asociaba en relación con sus condiciones laborales. Mencionar por ejemplo que, en el caso de Suecia, el término “burnout” es utilizado como diagnóstico en los certificados médicos (Hallsten, 2005), en cambio, en otros países (entre ellos España, Holanda,...) se tipifica como “riesgo psicosocial para la salud” (Bekker y otros, 2005). En cambio, en el caso de los médicos españoles (en cuya muestra

había una presencia similar entre hombres y mujeres), las diferencias a la hora de percibir el burnout se relacionaban más con otro tipo de factores organizativos y laborales. Esto implicaría que subyace una cultura del trabajo más homogénea entre los profesionales, independientemente de si se trata de hombres o mujeres.

	SUECIA	ESPAÑA
Perfil alto Burnout	<ul style="list-style-type: none"> ● Con especialidad médica ● Baja satisfacción laboral ● Percibe una elevada inequidad salarial con el género opuesto. ● Considera que las demandas del trabajo son inalcanzables. ● Percibe presión de tiempo 	<ul style="list-style-type: none"> ● Baja satisfacción con el trabajo ● Elevada sobrecarga de trabajo. ● Intención de no volver al puesto de trabajo.
Perfil alto Vigor Profesional	<ul style="list-style-type: none"> ● Profesionales con más de 15 años de ejercicio de su especialidad médica. ● Elevado grado de satisfacción con el trabajo. ● Percibe poca presión de tiempo. ● No tiene cargas familiares ● Percibe congruencia entre sus valores personales y los de la organización en la que se encuentra. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Bajo grado de satisfacción con el trabajo. ● Apoyo social ● Posibilidad conciliar vida profesional y personal.

Tabla 6. Tabla-resumen características de los perfiles de burnout y vigor profesional (en las dos muestras sanitarias del estudio).

Los resultados obtenidos en nuestro estudio parecen apuntar distintos modelos de relación entre los factores situaciones y el desarrollo del burnout (Gil-Monte 2010). Maslach, Schaufeli y Leiter, (2001) sugerían que los trabajos recientes sobre el burnout apuntaban la necesidad de abordar de forma integrada tanto los aspectos individuales como situaciones que afectan al burnout. Para ello se ha considerado adecuado el modelo clásico de la adecuación persona-puesto (French y otros, 1974) que consideraba el puesto como conjunto específico de tareas y actividades concretas y a nivel de la persona se tenía en cuenta sobretodo su conocimiento técnico para realizar de forma eficaz dichas tareas.

Actualmente, los puestos de trabajo se conciben de forma más compleja, sobrepasando la esfera propia del puesto e incorporando aspectos organizativos. Asimismo, en el plano individual, se habla más de competencias, como el conjunto de capacidades, habilidades (y no tan sólo conocimientos técnicos, experiencia) que facilitan la adaptación de la persona a su entorno de trabajo. Según estos autores, la falta de adaptación de la persona a su entorno de trabajo genera burnout y éste se puede manifestar en seis ámbitos distintos: *presión en el trabajo* (percepción de una sobrecarga de trabajo que resulta inalcanzable y que comporta un importante desgaste emocional); *control* (sentimiento de que no se puede tener dominio sobre los recursos que se requieren para satisfacer las demandas del trabajo, esta situación comporta muy frecuentemente un sentimiento de falta de realización personal y/o ineficacia), *recompensas* (sentimiento de que las recompensas recibidas por el trabajo realizado son insuficientes y/o inadecuadas), *comunidad* (el trabajador pierde la conexión con los demás en el trabajo), *imparcialidad* (la persona percibe que no existe respeto mutuo en el trabajo, esto comporta un incremento del cinismo hacia el trabajo) y *valores* (se produce una incongruencia entre los valores personales y los de la organización).

En este estudio, parece que las dimensiones que se relacionan con el burnout son de naturaleza distinta a las que lo hacen con el concepto de vigor. En concreto, el burnout se relaciona más con correlatos vinculados a las dimensiones de presión del trabajo (tanto en el caso sueco como español) y recompensas e injusticia (en el caso de Suecia). Así, el vigor profesional se relaciona con dimensiones como la de valores (en el caso de Suecia) y comunidad (en el caso español, con la variable apoyo social).

6.4. Resultados preliminares línea de investigación centrada en sector Retail

A partir del 2009, la investigación sobre el Burnout y Engagement se amplió a otros colectivos profesionales, en concreto, a trabajadores del sector del comercio o retail. Se trata de una actividad laboral que implica también la relación con otras personas y la orientación a servicio al cliente, pero desde una vertiente no asistencial (Clark, 2002). Se trata de una línea de investigación incipiente, de la que se han obtenido ya algunos resultados preliminares que apuntan cierta relación entre algunos factores organizacionales e individuales y el riesgo de padecer burnout o por el contrario, mostrar unos niveles elevados de engagement (Duran y Kremerman, 2008; Ritzer, 2010; Kerfoot & Korczynsky, 2005; Stecher, 2012).

A continuación, se muestran los más relevantes de una línea de investigación que está en curso actualmente:

- Parece que aspectos relacionados con la trayectoria o carrera profesional tienen un peso significativo sobre los niveles más o menos elevados de burnout y engagement. Parece que el hecho de haber escogido de forma voluntaria el tipo de dedicación al centro, ejerce un efecto moderador en los niveles de agotamiento emocional (burnout). En general, los trabajadores que tienen una dedicación plena presentan mayores niveles de agotamiento y cinismo.

- A nivel de características personales, la edad (ligada con la antigüedad en la profesión y la empresa) parece ser una variable relevante, en el sentido que a mayor tiempo ejerciendo la actividad profesional, los niveles de agotamiento emocional son también superiores. Al mismo tiempo, también sucede que a medida que aumenta el tiempo de ejercicio de la profesión los niveles de engagement también son superiores.

- Asimismo, se ha analizado la correlación entre la percepción que tiene el trabajador sobre la cultura de su empresa, hacia la generación de negocio o la proporción de un servicio. En general, se observa que los atributos relacionados con una cultura de negocio tienen más peso sobre el Engagement. En cambio, los que tienen que ver con una cultura de servicio lo hacen sobre las dimensiones del Burnout (cinismo o agotamiento emocional). No se puede decir lo mismo de la dimensión relacionada con la falta de eficacia, que parece que no tiene tanta relación. Esto puede ser explicado por la elevada responsabilidad y compromiso de los trabajadores con la empresa, cumpliendo con los objetivos previstos, aunque ello les suponga un desgaste y tensión emocionales. Estos resultados preliminares podrían apuntar que Burnout y Engagement son constructos independientes entre ellos, no serían los dos polos de una misma variable, y por tanto, tendría sentido estudiarlos de forma independiente cada uno. Estos resultados van en la misma línea que los se han encontrado en la muestra sanitaria.

Estadísticos descriptivos

	N	Rango	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
MBI Cinismo	114	6	0	6	2,12	1,499
MBI Agotamiento	114	6	0	6	2,24	1,699
MBI Eficacia profesional	114	4	3	6	4,85	,791
UWES Vigor	114	4	2	6	4,37	,987
UWES Dedicación	114	5	1	6	4,20	1,314
UWES Absorción	114	5	2	6	3,88	1,128
N válido (según lista)	114					

Tabla 7. Factores de burnout en la muestra de Retail

- A nivel de Burnout, según la tabla anterior (tabla 7) parece que existen diferencias significativas según la situación contractual (temporal o permanente) o el tipo de dedicación laboral al centro (jornada completa o a tiempo parcial). Los datos apuntan que los trabajadores con contrato permanente y también los que trabajan full time, tienen un nivel de agotamiento y cinismo superior a los que presentan los trabajadores a tiempo parcial. En este sentido, estos resultados van en la línea de los obtenidos en otros estudios con colectivos que realizan una actividad asistencial (Slaski y Cartwright, 2002; Cheung y Tang, 2010; Chelariu y Stump, 2011; Arnold y Reynolds, 2012; Netemeyer, Heilman y Maxham, 2012; Clarke, Kirkup y Oppewal, 2012; Blanch y otros, 2012; Keeling, McGoldrick y Sadhu, 2013; Sun, Buys y Wang, 2013).

MBI Cinismo MBI Agotamiento MBI Eficacia profesional UWES Vigor UWES Dedicación UWES Absorción * Responsabilidades directivas (actuales o pasadas) en el centro (3100)

Responsabilidades directivas (actuales o pasadas) en el centro (3100)		MBI Cinismo	MBI Agotamiento	MBI Eficacia profesional	UWES Vigor	UWES Dedicación	UWES Absorción
No	Media	2,05	2,16	4,85	4,30	3,99	3,70
	N	75	75	75	75	75	75
	Desv. típ.	1,506	1,688	,790	,925	1,301	1,164
	Mínimo	0	0	3	3	1	2
	Máximo	6	6	6	6	6	6
Sí	Media	2,50	2,73	5,15	4,76	4,93	4,46
	N	16	16	16	16	16	16
	Desv. típ.	1,508	1,856	,907	1,007	1,122	,893
	Mínimo	0	0	3	2	2	2
	Máximo	6	6	6	6	6	6
Total	Media	2,13	2,26	4,90	4,38	4,15	3,83
	N	91	91	91	91	91	91
	Desv. típ.	1,508	1,722	,815	,951	1,315	1,154
	Mínimo	0	0	3	2	1	2
	Máximo	6	6	6	6	6	6

Tabla 8. Factores relevantes burnout según nivel de responsabilidad directiva

- Asimismo, a nivel de Engagement, los resultados obtenidos apuntan también que los trabajadores con una situación contractual permanente y jornada completa, son los que manifiestan actitudes más positivas y un enganche emocional con el trabajo. Analizando el nivel de responsabilidad que se ejerce en la empresa, los resultados obtenidos (tabla 8) van en la misma dirección. Las personas con responsabilidades directivas en la empresa muestran niveles de engagement superiores a las que no tienen responsabilidades. Y, al mismo tiempo también muestran niveles de cinismo, agotamiento y pérdida de eficacia profesional superiores al resto.

7. CONCLUSIONES

7.1. Líneas clave de reflexión

Esta tesis recoge el trabajo de investigación realizado a lo largo de más de una década en el ámbito de la salud laboral. Inicialmente, desde la perspectiva de los riesgos psicosociales y, más adelante desde la vertiente de la Psicología Positiva, centrándose en la vertiente de la psicología positiva, centrándose en destacar los factores protectores y/o que generan "*engagement*". La investigación ha abordado distintos colectivos profesionales relacionados con el trato a las personas desde una orientación más asistencial (en la primera fase) o comercial (en esta segunda etapa).

Para concluir, en los distintos trabajos que forman la tesis doctoral he pretendido profundizar sobre algunas de las cuestiones-clave de la literatura científica sobre el tema: ¿cómo se puede conceptualizar el burnout?, ¿en qué medida las dimensiones del burnout están interrelacionadas entre ellas?. Las respuestas requerirán de continuar aportando evidencia empírica (Cheung y Tang, 2010; Clarke, Kirkup y Oppewal, 2012; Netemeyer, Heilman y Maxham, 2012). Esperamos que este trabajo promueva una nueva comprensión del fenómeno del burnout en las organizaciones de trabajo y que contribuya a construir intervenciones futuras basadas en pruebas que los profesionales posiblemente podrían utilizar.

La literatura científica ha identificado distintos modelos explicativos sobre cómo se va produciendo el burnout. Cada uno de ellos tiene sus matices y características propias, sin embargo todos coinciden en considerar que el burnout se produce por fases, se trata de un proceso largo, por el que la persona va pasando por diferentes estados. Existe cierto acuerdo en considerar que se trata de un problema asociado al entorno de trabajo, por este motivo, será importante que las investigaciones que se planteen contemplen el burnout como un factor dependiente de su entorno (Morán, 2009; Bardera,

2010; Cooper, Campbell y Schabracq, 2009; Morente, 2008). Según Cooper (2001), el burnout se produce como consecuencia de una exposición prolongada a una situación de desajuste entre las demandas del trabajo y los recursos con los que cuenta el profesional para satisfacerlas, por lo que resulta más difícil de eliminar que otros tipos de tensiones laborales. Por tanto, será importante poder identificar en qué estado se encuentra la persona para decidir que tipo de ayuda le será más conveniente. (Golembiewski, Scherb y Boudreau, 1993). Además, en estos momentos, parece haber cierto acuerdo en considerar que la dimensión del desgaste es el componente-clave del burnout (Chelariu y Stump, 2011; Cox, Tiserend y Taris, 2005).

Los resultados empíricos de las investigaciones realizadas hasta ahora analizando simultáneamente las exposiciones al estrés, al *burnout* y sus consecuencias para la salud, indican que medir el *burnout* puede ayudar a identificar a personas en situación de riesgo (Nahrgang y otros, 2011). Así, pues, centrándonos en personas que han padecido *burnout*, podemos identificar aquellas expuestas crónicamente al estrés laboral y vital, las cuales casi no han utilizado métodos efectivos de tratar con dicho estrés. Esto les ha ocasionado una erosión gradual de sus recursos de desarrollo y les ha hecho sentirse agotados y quemados (Arnold y Reynolds, 2012). Puesto que la evidencia apunta a la cronicidad del síndrome del *burnout*, es muy probable que las personas que lo padecen tengan riesgo de mortalidad.

Esto apunta que sea necesario que se lleven a cabo estudios de carácter longitudinal para medir las consecuencias del estrés, el *burnout* y la salud. En concreto, para validar la afirmación que *las personas quemadas presentan un mayor riesgo de tener problemas de salud física con el tiempo* (Altieri, Tavani, Gallus y La Vecchia, 2004; Hennekens, 1998) y están relacionadas con múltiples factores de riesgo fisiológicos, psicológicos y sociodemográficos que a menudo interaccionan en complejos procesos causales (Shirom y Ezrachi, 2003; Shirom, 2004; Toker y otros, 2005; Jari y Schaufeli, 2012).

Además, parece que el desgaste emocional que provoca el burnout está relacionado negativamente con el rendimiento, en el sentido que en la medida que el trabajador se siente más exhausto en su trabajo, disminuyen sus recursos para hacer frente las demandas de su puesto (Leiter y Maslack, 2005). Sin embargo, en la literatura no hay consenso sobre la relación existente entre la despersonalización o la falta de realización personal con el rendimiento en el trabajo (Sun, Buys y Wang, 2013; Keeling, McGoldrick y Sadhu, 2013).

Los resultados empíricos de esta investigación parecen sustentar la tesis de que el distanciamiento que manifiestan algunos médicos respecto sus pacientes supone un factor protector del desarrollo del burnout. Según la literatura científica, este distanciamiento supondría una estrategia de afrontamiento de la situación laboral de contacto directo con el paciente. Dicha estrategia ha sido conceptualizada como despersonalización, término acuñado ya por Maslach en el 1976. Desde el Modelo de Demandas-Recursos, basado en la teoría de Conservación de recursos, marco conceptual de esta investigación (Hobfoll, 1989; Hobfoll & Freddy, 1993), se ha considerado que el burnout se produce cuando la persona pierde los recursos que necesita para hacer frente a las demandas del trabajo.

Muchos de los resultados de la tesis han sido compartidos entre la comunidad científica en foros y congresos, para recibir retroalimentación por parte de equipos de investigación que trabajan en temas similares y, al mismo tiempo, desarrollar networking con otros equipos de investigadores que puedan dar lugar a colaboraciones de investigación interesantes en el futuro. Destacaría también la posibilidad que se me ha ofrecido de colaborar como reviewer de revistas científicas internacionales conectadas con el ámbito de la tesis doctoral. En concreto, me he incorporado como revisor de artículos científicos en dos revistas: “internacional Journal of workplace health management” (IJWHH) y “Clinical Governance: An internacional Journal”.

7.2. Limitaciones de la tesis doctoral

Dado que cualquier investigación conlleva de forma implícita, ya desde su fase de diseño, una serie de limitaciones, quisiera destacar las que se han identificado en el presente trabajo. El diseño de los estudios que forman la tesis doctoral ha tenido un carácter transversal, se han analizado las poblaciones de referencia en un momento determinado, atendiendo a sus características concretas. Dado que el burnout parece estar asociado a un proceso de deterioro de la calidad de vida laboral, resulta lógico plantear su estudio desde una perspectiva longitudinal, que permitiría un seguimiento continuado de su evolución.

Otra limitación del estudio radica en el hecho del “método de la varianza”, en que se ha utilizado la misma muestra para validar los instrumentos de medida empleados como para ver si existían diferencias relevantes entre los profesionales de la salud que trabajaban en centros sanitarios suecos y catalanes.

Por último, destacar que en futuras investigaciones se pretende abordar el estudio del burnout desde una perspectiva estructural, empleando para ello modelos estructurales de análisis más complejos. En estos momentos, los datos que he ido acumulando permiten una aproximación más multidimensional al fenómeno del burnout.

7.3. Perspectivas futuras

Investigación científica, - Existe un interés elevado por estudiar cuestiones relacionadas con la salud en el trabajo (Navarro y Martín, 2004; Ansoleaga y otros, 2011). Según datos recogidos (Schaufeli y Enzmann, 1998), entre el 4-7% de la población laboral holandesa padece burnout. En el caso de Suecia o Finlandia se sitúa alrededor del 7,4% (Hallsten, 2005). En la misma línea apuntan los datos aportados por el Instituto Sueco para la investigación social y la vida laboral en un estudio publicado en el año 2006 sobre la evolución de la investigación en Suecia sobre entorno de trabajo.² En este sentido, hay que tener en cuenta que, a pesar de que ha considerado clásicamente como una cuestión invididual, que afecta a un trabajador en concreto, existe suficiente evidencia empírica de que el burnout puede transmitirse de un trabajador a otro (Bakker, Demerouti y Schaufeli, 2003).

El interés por avanzar en la comprensión del burnout, cuáles son sus antecedentes, cuál es su proceso de desarrollo y sus principales consecuencias, son cuestiones que resultan de interés no sólo para la investigación científica sino también para la práctica profesional (Lee y Ashforth, 1993). Un mejor conocimiento de la forma cómo se desencadena puede ayudar a su prevención interviniendo en los primeros estadios, antes de que se vuelva crónico. Además, ayudaría a aclarar el proceso cómo se desarrolla el mismo, que hemos visto que no existe consenso en la literatura científica.

² Swedish Council for working life and social research (FAS). International evolution of swedish work environment research. Estocolmo: FAS; 2006. Disponible en: <http://www.fas.se/upload/dekument/evaluations/evaenvironment.pdf>.

En general, las investigaciones científicas se han focalizado sobretodo en intentar entender cómo se producía el burnout y cuáles eran los principales antecedentes del mismo. En este sentido, la presente investigación ha continuado esta línea clásica. Es cierto que ya en la misma conceptualización del burnout realizada por Maslach (1976), describía las principales consecuencias del burnout, tanto a nivel individual como organizativo, sin embargo, estudios empíricos sobre el impacto del burnout en el rendimiento del trabajo son escasos (Taris, 2006).

En la literatura mayoritaria sobre el burnout, se considera que éste tiene consecuencias negativas tanto para la persona como para la organización, provocando problemas de salud, depresión, reducción de la productividad, absentismo y abandono de la profesión (Schaufeli y Enzmann, 1998). En el caso concreto de esta tesis, se incorporó la evaluación del estado de salud general por parte del trabajador, tanto en su dimensión física como mental. El propósito era ver si había algún tipo de relación entre el burnout y las consecuencias que éste puede provocar en el aspecto más psicosomático (Shirom, 2005). De forma mayoritaria las investigaciones sobre el burnout se han basado en informes autoperceptivos sobre el rendimiento personal. Sin embargo, tal como sugiere Taris (2006) es importante que esta información se contraste con datos más objetivos (y no autoperceptivos) sobre el comportamiento, por ejemplo, informes facilitados por el supervisor.

A la hora de estudiar la relación entre el burnout y sus posibles consecuencias, se han analizado a dos niveles: en el plano individual, se ha estudiado su relación con trastornos emocionales como la ansiedad, depresión,, entre otros. A nivel organizativo, tradicionalmente se ha estudiado cómo afecta el burnout al compromiso organizativo o a la movilidad (Lee y Ashforth, 1996, Shirom, 2003). Pero en cambio, consecuencias organizativas como puede ser el rendimiento en el trabajo, han sido poco estudiadas. Y, en el caso de haberse producido, se han basado sobretodo en informes autovalorativos de la propia eficacia, que pueden estar distorsionados por distintos sesgos perceptivos (Podsakoff, MacKenzie, Lee y Podsakoff, 2003).

Con el fin de incrementar la fiabilidad de las medidas empleadas, en futuras investigaciones será interesante incorporar a nuestro modelo variables no autoperceptivas, vinculadas con el rendimiento en el trabajo, que aporten información más objetiva sobre el trabajo que se lleva a cabo. De esta manera, el modelo reforzará su validez externa, sobretodo, al incorporar más de una fuente de obtención de datos y superar así las limitaciones del “método de la varianza” (Kompier, 2005). Para ello, una vía será que en futuras investigaciones se incorpore modelos de ecuaciones estructurales, con el fin de comprender mejor el proceso por el que se desarrolla el burnout, en concreto como afectan las demandas y recursos del trabajo en la aparición de las dimensiones del burnout que identifica la literatura: desgaste emocional, despersonalización y falta de realización personal. Tal como sugiere Taris (2006), sería interesante plantear estudios más longitudinales, que incorporaran el análisis de las expectativas del trabajador como factor moderador del riesgo de que aparezca o no el burnout. Con todo ello se pretende elaborar un modelo integrativo del burnout que incorpore tanto aspectos antecedentes, la secuencia de desarrollo del burnout, así como las consecuencias del mismo.

En futuros estudios será interesante continuar profundizando en la línea iniciada desde la Psicología Organizacional Positiva, con el estudio de conceptos como el de *flow* (Csikszentmihalyi, 1975). Éste se define como las *experiencias positivas en el trabajo* que relata una persona respecto la actividad profesional que desarrolla. Se empezó estudiando con profesiones que implican un elevado nivel de dedicación y disfrute sin límites (atletas, bailarines, músicos, jugadores de ajedrez,..).

Otro de los conceptos en los que será interesante continuar profundizando es el de *Engagement* (Salanova y Llorens, 2008; Giardini y Frese, 2008; Muse, Harris, Giles y Feild, 2008; Lilius, Worline, Maitlits, Kanov, Dutton y Frost, 2008; Luthans, Norman, Avolio y Avey, 2008; Walter y Bruch, 2008).

Desde la perspectiva académica, se han identificado 3 aproximaciones al estudio del engagement: la primera de ellas (Harter, Schmith y Hayes, 2002), identifica un **set de factores relacionados con el trabajo que actúan como recursos motivadores**, tales como el soporte que uno recibe por parte de los colegas y el supervisor, feedback respecto el rendimiento, oportunidades para aprender y crecer profesionalmente, oportunidades para utilizar las habilidades personales. Estos factores son evaluados a través de un instrumento denominado "Gallup-12". Los resultados empíricos obtenidos hasta ahora indican una alta relación entre las variables incluidas en la definición operacional del engagement con el rendimiento organizativo. En segundo lugar, se considera el engagement en términos de **compromiso de la persona con la organización**, más allá de lo que supondría su esfera de responsabilidad por el puesto que ocupa. El tercero de los modelos conceptualiza el engagement de forma independiente a los recursos laborales y a los resultados organizacionales positivos (como por ejemplo el compromiso), en concreto lo considera un estado afectivo-motivacional positivo, que hace sentir a la persona un estado de bienestar y realización personal. Los autores que defienden este tercer modelo lo consideran como la antípoda al burnout laboral (Maslach, Schaufeli y Leiter, 2001; Schaufeli, Bakker y Salanova, 2006). Se ha elaborado un cuestionario breve para evaluar este tipo de engagement que mide, en concreto, 3 dimensiones: vigor, dedicación y absorción del trabajo.

En esta tesis el enfoque ha sido principalmente el primero de los 3 modelos de engagement. En el sentido de que se asumió conceptualmente que burnout y vigor profesional eran los polos opuestos de una única dimensión. En el sentido de que, unos niveles altos de burnout implicaban intrínsecamente unos niveles bajos de vigor y viceversa. Sin embargo, los resultados empíricos obtenidos parecen apuntar la necesidad de que ambos sean considerados como

constructos independientes y, por tanto, medibles a partir de instrumentos específicos para cada caso.

Las empresas necesitan trabajadores dedicados y comprometidos con el trabajo (con niveles elevados de engagement). Sin embargo, al mismo tiempo ello supone un riesgo mayor de quemarse en el trabajo. Según la literatura clásica (Stecher, 2012), el sector empresarial del Retail ha adoptado formas de empleo poco estables y temporales. Sin embargo, los resultados de este estudio describen un colectivo de trabajadores con empleos estables y dedicación estable, el cual sin embargo también se ve afectado por este tipo de riesgos psicosociales.

Tal como sugieren Bakker y Schaufeli (2008), existen numerosas publicaciones de carácter divulgativo sobre el término “engagement”, dirigidas a identificar cómo evaluar las competencias que favorecen y *enganchan* a las personas valiosas a las organizaciones.

Con una finalidad comprensiva de la forma cómo se produce tanto el burnout como el engagement, la literatura científica (Schaufeli, Bakker y Salanova, 2006) integra ambos fenómenos bajo el modelo de Demandas-Recursos relacionados con el trabajo (Maslach, Schaufeli y Leiter, 2001; Grau y otros, 2005). En este sentido, el modelo identifica dos tipos de procesos: 1) un proceso que perjudica la salud, en que el burnout actúa como mediador entre las demandas del trabajo y una escasez de recursos para afrontarlas, con las correspondientes consecuencias negativas que provoca en la salud de la persona (éste ha sido el modelo conceptual principal de esta investigación) y 2) un proceso motivacional en el que el engagement actúa como mediador entre los recursos laborales y los resultados organizativos positivos (Tetrick, 2002; Schaufeli, Taris y Bakker, 2006; Schaufeli y Bakker, 2004; Xanthopoulou, Bakker, Demerouti y Schaufeli, 2007; Schaufeli, Martínez, Marques Pinto, Salanova y Bakker, 2002; Salanova, Agut y Pieró, 2005).

Por último, interesará avanzar en el estudio del concepto de *Vigor profesional* (Shirom, 2004). Éste se refiere a un estado de activación afectiva positiva que se desencadena a consecuencia de una situación externa o interna. Este estado se caracteriza por tres componentes: resistencia física (Thayer, 1996), creatividad cognitiva (Isen, 2000) y energía emocional (Shaver, Schwartz, Kirson y O'Connor, 1987; Hakansson y Montgomery, 2003; Kelly y Barsade, 2001).

En la actual línea de investigación sobre temas de burnout y engagement en profesionales que trabajan en el sector del comercio o retail, se ha visto que este tipo de cuestiones han sido poco abordadas por la literatura científica (Stecher, Godoy, Turo, 2010). En concreto, la revisión de literatura en revistas científicas sobre comercio o retail (Henly y Lambert, 2014; Hot y Powell, 2015; Messing y otros, 2014; Rablen, M., 2012; Smith y Elliott, 2012; Steiner, Frey y Hotz, 2015), ha puesto de manifiesto que la mayoría de investigaciones se han centrado en estudiar el comportamiento del consumidor final, sin embargo, pocos estudios se han focalizado en temas que tengan que ver con las personas que trabajan en los puntos de venta y/o los servicios corporativos de las empresas (marketing, logística, comercial, compras,...).

Gestión sanitaria, - En relación a las posibles implicaciones de los resultados obtenidos para la gestión de los centros sanitarios, este trabajo parece reforzar las perspectivas que coinciden en resaltar el papel de la organización en la generación de entornos de trabajo saludables para los trabajadores (Manzano, 2000). Una de las líneas estratégicas tiene que ver con las políticas conciliadoras (en materia de vida profesional-personal, salarios, ...). Parece que en países como Suecia, la conciliación de salario entre distintos colectivos que ejercen la misma labor profesional es un factor crítico que puede desencadenar un mayor riesgo de Burnout. En cambio, en otros países como España, esta conciliación tiene como punto clave el equilibrio vida personal-profesional. En este sentido, la investigación resalta que la experiencia de los profesionales de la salud respecto a los factores de riesgo psicosocial, como es

el burnout, varía según características del entorno laboral y de los distintos sistemas institucionales y socioculturales. Estos resultados apoyan investigaciones recientes (Llorens, García y Salanova, 2005) que han demostrado que el burnout se produce como consecuencia de crisis sucesivas de autoeficacia generadas por la presencia de altas demandas y pobres recursos.

Trabajos en el ámbito de la violencia ocupacional (Cantera, 2008), definen ésta como un incidente (aislado o en serie) en forma de conducta hostil (mayoritariamente verbal, aunque en ocasiones puede ser física) dirigida por un actor activo hacia un profesional que le atiende. Este hecho transcurre en el lugar de trabajo, en un determinado entorno organizativo y comporta para el profesional una alteración de su salud y bienestar (tanto física, psicológica como social). Los autores apuntan también algunos de los efectos de la violencia en el lugar de trabajo. Sin embargo, en una situación de Burnout no tiene porque haber un agente activo que sea el causante de la situación. Los efectos pueden ser igual de devastadores. Este hecho hace que la identificación de una situación de Burnout pueda quedar enmascarada y tarde tiempo en observarse sus efectos negativos. En un estudio realizado con estudiantes de Medicina en Suecia (Dahlin y Runeson, 2007), se detectó que aquellos estudiantes que manifestaban situaciones de presión a nivel psicológico durante la carrera, las continuaban percibiendo cuando empezaban a ejercer profesionalmente. Sin duda, estos resultados apuntan la necesidad de revisar y replantear, si es necesario, la formación de los médicos con el fin de proporcionarles competencias efectivas para evitar el desarrollo del burnout y ayudarles a construir un entorno de trabajo más saludable.

Finalizaré este capítulo con la exposición de un suceso anecdótico e ilustrativo del entorno cultural en el que vivimos y trabajan los profesionales. Hace unos meses fui espectadora de la reclamación de un paciente a un médico respecto el excesivo tiempo de espera que había tenido que vivir días atrás antes de ser atendido en el centro de salud al que acudió. El profesional, en su lógica argumentación, le exponía que necesitaban de un tiempo de descanso dentro

de una jornada de doce horas para poder ingerir algún alimento y *desconectar* un poco. El paciente le reclamaba que tenía el derecho de ser atendido y no tener que esperar a que el profesional terminara su tiempo de descanso personal. ¿Quién tendría la razón? Seguramente ambos. La persona que había ido a visitarse se sentía mal atendida, ya que entendía que no debía esperar a que el médico terminara de comer y descansar. El profesional por su parte, se sentía cansado después de varias horas sin poder parar a ingerir algún alimento y descansar un poco.

Reflexionando más tarde sobre el suceso en cuestión, me pareció que resultaba un ejemplo ilustrativo del exceso de compromiso y dedicación que nuestro sistema de Salud ha demandado a sus profesionales. Como cualquier ser humano necesitan un tiempo para alimentarse y descansar dentro de su jornada de trabajo. Sin embargo, la organización de esta jornada no está pensada para que estos tiempos de descanso puedan realizarse sin que el servicio quede afectado. ¿Supone ello una mejora de la calidad de nuestro sistema de salud? Según mi parecer, de forma excesiva en el ámbito sanitario tradicionalmente los recursos han venido a nivel individual. Si éste se siente exhausto, ¿Quién va a poner los recursos?. Las organizaciones sanitarias, de forma tradicional, han invertido pocos recursos para prevenir que se iniciara el proceso de burnout.

Un día, un alto cargo del sistema de salud de nuestro país me comentó respecto la posibilidad de realizar un estudio sobre el burnout: *“sería interesante pero no lo podemos hacer porque, ¿qué pasaría si los resultados indicaran unos altos niveles de burnout?”*. En aquel caso suponía abrir la *caja de Pandora*. ¿Estamos aún a tiempo de redirigir el proceso iniciado?. Sin duda son cuestiones por las que resulta interesante continuar investigando. Pero esto ya formará parte de próximos retos de investigación.

Concretamente estos retos forman parte de un enfoque de investigación que se está dirigiendo hacia el sector del Retail, en el que las personas tienen un papel clave, aunque por definición se ha conceptualizado como una actividad de servicios, pero de naturaleza distinta. Los resultados indicarán hasta qué punto las realidades de ambos sectores son tan distintos o por otro lado, mantienen puntos de convergencia significativos.

8. BIBLIOGRAFIA

Acámer, F.; López, C. y López-Torres, J. (1997). Satisfacción laboral de los profesionales sanitarios en atención primaria. *Atención Primaria*, 20, 401-407.

Alonso E., Pozo C. y Hernández, J.M.(2002): "La evaluación del estrés laboral en el personal sanitario. Factores relevantes para el diseño de intervenciones preventivas". *Rev. Ansiedad y estrés*, 8 (2-3), 257-273.

Ansoleaga, E.; Toro, J.P.; Stecher, A.; Godoy, L. y Blanch, J.M. (2011): Malestar psicofisiológico en profesionales de la salud pública de la región metropolitana. *Revista Médica de Chile*, 139, 1185-1191.

Appels, A. y Mulder, P. (1988). Excess fatigue as a precursor of myocardial infarction. *European Heart Journal*, 9, 758-764.

Appels, A. y Mulder, P. (1989). Fatigue and heart disease: The association between "vital exhaustion" and past, present and future coronary heart disease. *Journal of Psychosomatic Research*, 33, 727-738.

Arnetz, B. (2001). Psychosocial challenges facing physicians of today. *Social Science and medicine*, 52, 203-213.

Arnold, M. J., & Reynolds, K. E. (2012). Approach and avoidance motivation: Investigating hedonic consumption in a retail setting. *Journal of Retailing*, 88(3), 399-411.

Ashford SJ, Lee C., Bobko P. (1989): Control, causes and consequences of job insecurity: a theory-based measure and substantive test. *Academy of Management Journal* 4: 803-829.

Atance Martínez, J. C. (1995). Aspectos epidemiológicos del Síndrome de Burnout en personal sanitario. *Revista Española de Salud Pública*, 71 (3), 293-303.

Badía, X.; Salamero, M. y Alonso, J. (2002): *La medida de la salud. Guía de escalas de medición en español*. Edimac: Barcelona. Fundación Lilly.

Bakker, A.B., Demerouti, E. y Schaufeli, W.B. (2003). The socially induced burnout model. In S.P. Shohov (Ed). *Advances in psychology research* (vol. 25, pp. 13-30). New York: Nova Science Publishers.

Bakker, A.B., Demerouti, E. y Euwema, M.C. (2005). Job resources buffer the impact of job demands on burnout. *Journal of Occupational Health Psychology*, 10, 170-180.

Bakker, A.B. y Demerouti, E. (2007). The Job Demands-Resources model: state of the art. *Journal of Managerial Psychology*, 22, 309-328.

Bakker A., Schaufeli F.B. , Sixma H.J., Bosveld W. y Dierenonck D.V. (2000). Patient demands, lack of reciprocity and burnout: a five year longitudinal study among several general practitioners. *Journal of Organisational Behavior*, 21, 4, 425-441.

Bakker, A.B., Hakanene, J.J., Demerouti, E. y Xanthopoulou, D. (2007). Job resources boost work engagement, particularly when job demands are high. *Journal of Educational Psychology*, 99, 274-284.

Bakker,A.B. y Schaufeli, W.B. (2008). Positive organizational behavior: Engaged employees in flourishing organizations. *Journal of Organizational Behavior*, 29, 147-154.

Bekker, M., Croon, M. y Bressers, B. (2005). Child care involvement, job characteristics, gender and work attitudes as predictors of emotional exhaustion and sickness absences. *Work & Stress*, 19, 221-237.

Bakker,A.B.y Derks, D. (2010): Positive Occupational Health Psychology. En J. Houdmont y S.Leka (Eds). *Occupational Health Psychology. European perspectives on research, education and practice* (pp. 194-224). Nottingham: Nottingham University Press.

Bermejo, L. y Prieto, M. (2015). *Bienestar docente: del Síndrome de Burnout al Engagement en profesores*. Edictorial Publicia.

Bertojo, M. (2013): La felicidad en el trabajo es un modelo que genera bienestar y mejora el rendimiento. *Capital Humano*, 2013, no 282, pp. 82-86, 88-90,92.

Blanch, J. M. (2014): Calidad de vida laboral en hospitales y universidades mercantilizados. *Papeles del psicólogo*, vol 35, nº 1 (2014), p. 40-47.

Blanch, J.M.y Stecher, A. (2010). Organizaciones excelentes como factores de riesgo psicosocial. La modernización de los sistemas de salud desde la perspectiva del personal sanitario. Un estudio iberoamericano. En M.A. Carrillo (Coord.). *Psicología y Trabajo: Experiencias de investigación en Iberoamérica* (88-104). México: U.A. Querétaro.

Blanch, J.M.; Sahagún, M. y Cervantes, G. (2010). Estructura factorial de la Escala de Condiciones de Trabajo. *Revista de Psicología del Trabajo y las Organizaciones*, 26(3), 175-189.

Blanch, J.M.; Ochoa, P.J. y Sahagún, M.A. (2012). Resignificación del trabajo y de la profesión médica bajo la nueva gestión sanitaria. En E. Ansoleaga, O. Artaza y J. Suárez (Eds), *Personas que cuidan personas: dimensión humana y trabajo en salud* (165-175). Santiago de Chile:OPS/OMS – Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud.

Blanch, J.M.; Sahagún, M.; Cantera, L. y Cervantes, G. (2010). Cuestionario de Bienestar Laboral General: Estructura y propiedades psicométricas. *Revista de Psicología del Trabajo y las Organizaciones*, 26 (2), 157-170.

Bowman, M. A. y Allen, D.I. (1985). *Stress and Women Physician*. New York: Springer.

Bradley, H. (1969): Community-based treatment for young adult offenders. *Crime and Delinquency*, 15, 359-370.

Briner, R. y Reynolds, S. (1999): The costs, benefits, and limitations of organizational level stress interventions. *Journal of Organizational Behavior*, 20, 647-664.

Brouwers, A. y Tomic, W. (2000). A longitudinal study of teacher Burnout and perceived self-efficacy in classroom management. *Teaching and Teacher Education*, 16, 239-253.

Burke, R. y Richardsen, A. (1993). Psychological burnout in organizations. In R. Golembieski. (Ed.) *Handbook of organizational behaviour* (pp.263-298). New York: Marcel Dekker.

Burke, R. (1989). Toward a phase model of burnout. *Group and Organization Studies*, 14, 23-32.

Burke, R. J. y Greenglass, E. (1995). A longitudinal study of psychological Burnout in teachers. *Human Relations*, 48, 187-203.

Caballero, M., Bermejo, F., Nieto, R., Caballero, F. (2001): "Prevalencia y factores asociados con el burnout en una área de salud". *Atención Primaria*, 27(5): 313-7, 31 març.

Cahoon, A.R. y Rowney, J. I. (1984). Managerial Burnout: A comparison by sex and level of responsibility. *Journal of Health Human Resources Administration*, 7, 249-263.

Cameron, K.S. y Caza, A. (2004). Contributions to the discipline of positive organizational scholarship. *American Behavioral Scientist*, 47, 731-739.

Cameron, K.S. , Dutton, J. y Quinn, R. (Eds). (2003). *Positive organizational scholarship*. San Francisco: Berrett-Koehler.

Cantera, L., Cervantes, G. y Blanch, J.M. (2008): Violencia ocupacional: el caso de los profesionales sanitarios. *Papeles del psicólogo*, vol. 29 (1), pp. 49-58.

Cardinell, C. (1981). Burnout?. Mid-life crisis?. Let's Understand ourselves. *Contemporary education*. .

Castañeda, E. y García, J.E. (2010). Prevalencia del síndrome de agotamiento profesional (burnout) en médicos familiares mexicanos: análisis de factores de riesgo. *Revista colombiana de Psiquiatría*, vol. 39, Issue 1, pg. 67-84.

Cebria, J. y Segura, J. (2001). Rasgos de personalidad y Burnout en médicos de familia. *Atención Primaria*, 27(7), 459-68.

Cervantes, G.; Blanch, J.M. y Hermoso, D. (2011). Calidad de vida laboral en centros asistenciales de salud catalanes. Un estudio longitudinal. *Archivos de Prevención de Riesgos Laborales*, 14(1), 13-19.

Chelariu, C., & Stump, R. (2011). A study of work-family conflict, family-work conflict and the contingent effect of self-efficacy of retail salespeople in a transitional economy. *European Journal of Marketing*, 45(11-12), 1660-1679.

Cheung, F., & Tang, C. (2010). The influence of emotional dissonance on subjective health and job satisfaction testing the stress-strain-outcome model. *Journal of Applied Social Psychology*, 40(12), 3192-3217.

Christian P. y Lolos F. (1985): The stress concept as a problem for a theoretical pathology. *Social Science and Medicine*, 2,363-365.

Clark, Moira (2002): "The relationship between employees' perceptions of organizational climate and customer retention rates in a major UK retail bank". *Journal of Strategic Marketing*, 10:2, 93-113.

Clarke, I., Kirkup, M., & Oppewal, H. (2012). Consumer satisfaction with local retail diversity in the UK: Effects of supermarket access, brand variety, and social deprivation. *Environment and Planning A*, 44(8), 1896-1911.

Collier, V. U.; McCue, J. D.; Markus, A. y Smith, L. (2002). Stress in Medical Residency: Status quo alter a decade of reform?. *Annals of Internal Medicine*, 136, 384-390.

Cooper C.L. y Smith M. (1985): *Job stress and blue collar work*. New York: John Willey.

Cooper, C.L.; Dewe, P.J. O'Driscoll, M. (2001): *Organizational stress: a review and critique of theory, research and applications*. London: Sage Publicatins, Inc.
Cooper, C. L.; Rout, U. y Faragher, B. (1989). Mental health , job satisfaction and job stress among general practitioners. *British Medical Journal*, 289, 366-370.

Cordes, C.L. y Dougherty, T. W. (1993). A review and integration of research on job burnout. *Academy of management Review*, 18,621-656.

Cordes, C. L.; Dougherty, T. W. y Blum, M. (1997). Patterns of Burnout among managers and professionals: A comparison of models. *Journal of Organizational Behavior*, 18, 685-701.

Cox T. (1990): The recognition and measurement of stress: Conceptual and methodological issues. In N. Corlett y J. Wilson (Eds.), *Evaluation of human work*. London: Taylor y Francis.

Cox, T., Tisserand, M. y Taris, T. (2005). The conceptualization and measurement of burnout : Questions and directions. *Work & Stress*, 19 (3): 187-191.

Da Silva Sobral de Matos H., Vega D. Y Pérez Urdániz A. (1999): "Estudio del síndrome del desgaste profesional entre los profesionales sanitarios de un hospital general". *Actas Españolas de Psiquiatría* 27 (5): 310-320.

Dahlin, M.E., Runeson, B. (2007). Burnout and psychiatric morbidity among medical students entering clinical training: a three year prospective questionnaire and interview based study. *BMC. Medical Education*, 7:6.

Dale, J. y Weinberg, R.S. (1989). The relationship between coaches leadership style and Burnout. *Sport psychologist*, 2, 1-13.

De Lange, A.H., Taris, T.W., Kompier, M.A.J., Houtman, I.L.D. y Bongers, P.M. (2003). The very best of the millennium: Longitudinal research and the demand-control (-support) model. *Journal of Occupational Health Psychology*, 8,282-305.

Demerouti, E., Bakker, A.B., Nachreiner, F. y Schaufeli, W.B. (2001): The job demands- Resources model of burnout. *Journal of applied psychology*, 86, 499-512.

Dewe, P.J. (1991) . Primary appraisal, secondary appraisal and coping : Their role in stressful work encounters. *Journal of Occupational Psychology*, 64,331-351.

De Valk, M.A. y Werner, A. (2000). Burnout in medical professionals: a cost-effectiveness study of a multidisciplinary intervention program. *Occupational Medicine*, 50, 289-293.

Dolan, S. L. y Renaud, S. (1992). Individual, Organizational and Social Determinants of Managerial Burnout: a multivariate approach. *Journal of Social Behavior and Personality*, 7 (1), 95-110.

Dolan, S.L. y Martín, I. (2000): *Los diez mandamientos para la dirección de personas*. Barcelona: Gestión 2000, 378 p.

DOLAN S.L.; Valle, R.; Jackson, S. y SCHULER, R.S.(2003): *La gestión de los recursos humanos. Preparando profesionales para el siglo XXI*. Madrid: McGraw Hill.

Duran, G. y Kremerman, M. (2008). "Caracterización del sector retail: Una mirada general". *Cuaderno de investigación 7*, Santiago de Chile: Fundación Sol.

Epstein, R. M (2001). Comunicación, Burnout y resultados clínicos: más preguntas que respuestas. *Atención Primaria*, 27 (7), 511-513.

EUROFOUND (2012).Fifth European Working Conditions Survey: Overview report. Luxembourg: Publications Office of the European Union.

European Foundation 1998

Evans, B. y Fischer, D. (1993). The nature of burnout: A study of the three-factor model of burnout in human service and non-human service samples. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 66, 29-38.

Fernández, G. (1995). Satisfacción laboral y salud psíquica en el mundo sanitario. ¿Un lujo? *Todo Hospital*, 0 (118), 29-36.

Fisher, C.D: (2003). Why do lay people believe that satisfaction and performance are correlated? Possible sources of a commonsense theory. *Journal of Organizational Behavior*, 24, 753-777.

Flórez Lozano, J.A. (1994). *Síndrome de estar quemado*. Barcelona: Edikete med.

Fredrickson, B.L. (2002). "Positive emotions", in C.R. Snyder & S.J. Lopez (Eds) *Handbook of Positive psychology* (pp. 120-134), Oxford University Press, New York.

Fredrickson, B.L. y Losada, M.F. (2005). Positive affect and the complex dynamics of human flourishing. *American Psychologist*, 60, 678-686.

French, JRP Jr, Rodgers W, Coob, S. (1974) Adjustment as person-environment fit. In *Coping and Adaptation*, pp. 316-33. New-York: Basic Books.

French J., Caplan R. y Van Harrison R. (1982): *The mechanisms of job stress and strain*. New York: John Wiley.

Freundenberg, H. (1974): Staff burnout. *Journal of Social Issues*, 30, 159-164.

Freudenberg, H. (1975). The staff burnout syndrome in alternative institutions. *Psychotherapy: theory, research and practice*, 12, 72-83.

Freundenberg, H. y Richelson, G., (1980) "Burn-out: The High Cost of High Achievement", New York, Doubleday and Company.

Galobart, A.; Grau, J.; Sicras, A. y García, G. (1995). Satisfacción profesional. *Med Clin*, 105 (2), 76.

Ganster, D. C. y Schaubroeck J. (1991). Work, stress, and employee health. *Journal of Management*, 17, 235-271.

García M., Sáez M^aC. y Llor B. (2000): "Burnout, satisfacción laboral y bienestar en personal sanitario de salud mental", *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, vol. 16, nº 2, 215-228.

Giardini, A. y Frese, M. (2008). Linking service employees' emotional competence to customer satisfaction: A multilevel approach. *Journal of Organizational Behavior*, 29,15-170.

Gil Monte, P. (2003): "Burnout syndrome: ¿síndrome de quemarse por el trabajo, desgaste profesional, estrés laboral o enfermedad de Tomás?". *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, vol. 19, nº 2, 181-197.

Gil-Monte, P. (2010): Situación actual y perspectiva de futuro en el estudio del estrés laboral: la Psicología de la Salud Ocupacional. *Informació psicológica*, nº100, pg. 68-83.

Gil Monte, P. y Peiro, J.M., (1997). *Desgaste psíquico en el trabajo: el síndrome de quemarse*. Madrid: Síntesis.

Gil-Monte P. y Peiró, J.M^a (2000): Un estudio comparativo sobre criterios normativos y diferenciales para el diagnóstico del síndrome de quemarse por el trabajo (burnout) según el MBI-HSS en España. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 2000, vol.16, nº 2, 135-149.

Glasberg, A.L., Norberg, A. y Soderberg, A. (2007). Sources of burnout among healthcare employees as perceived by managers. *Journal of advance nursing*, vol 60, Issue 1, pp.10-19.

Golembiewski, R. y Munzenrider, R. (1984): Active and passive reactions to psychological burnout: toward greater specificity in a phase model. *Journal of health and human resources Administration*, 7,264-268.

Golembiewski, R. , Munzenrider, R. y Stevenson, J. (1986): Stress in organizations: towards a phase model of burnout. New York: Praeger.

Golembiewski, R. y Munzenrider, R. (1988): *Phases of burnout: developments in concets and applications*, New York: Praeger.

Golembiewski, R., Scherb, K. y Boudreau, R. (1993): Burnout in cross-national settings: Generic and model-specific perspectives. In W. Schaufeli, C. Maslach y T. Marek (Eds.), *Professional burnout: Recent developments in theory and research* (pp. 217-236). Washington, DC: Taylor y Francis.

Golembiewski, R. T., Boudreau,R.A., Munzenrider, R.F. y Luo, H. (1996). Global burnout: A worldwide pandemic explored by the phase mode. *Monographs in organizational behavior and industrial relations*, vol. 21.Greenwich, CT: JAI Press.

Goodell H., Wolf S. y Rogers F.B. (1986): Historical perspective. En S. Wolf y A.J. Finestone (Eds.), *Occupational stress, health health and performance at work*. Littleton, MA: PSG Inc.

González De Patto, R. (2003): “El síndrome de desgaste profesional o de *burnout* y las técnicas jurídico-laborales de tutela. Reflexiones en torno a la sentencia del Juzgado de lo Social núm. 16 de Barcelona de 27 de Diciembre de 2002”. *Actualidad Laboral*, nº 35, 617- 633.

González, J., Ros, A.B., Jiménez I. y Garcés de los Fayos, E. (2014). Análisis de los niveles de burnout en deportistas en función del nivel de inteligencia emocional percibida: el papel moderador de la personalidad. *Cuadernos de Psicología del Deporte*, 14 (3).

Grau R., Salanova M. y Peiró J.M^a (2000): “Efectos moduladores de la autoeficacia en el estrés laboral”. *Apuntes de Psicología*, vol. 18 (1), 57-75.

Grau, A., Suñer, R., García, M. (2005): Desgaste profesional en el personal sanitario y su relación con los factores personales y ambientales. *Gaceta sanitaria*, 19, nº 6.

Greenglass E.R. y Burke R. J. (1989). Career orientations and career development among male and female teachers. *Psychological Reports*, 64 (59), 591-598.

Guillén Subirán, C. (2014): Afrontando retos en tiempos difíciles: organizaciones emocionalmente inteligentes, empresas emocionalmente ecológicas. *Gestión práctica Riesgos Laborales*, nº 118, pp. 42-47.

Hackman J.R. y Oldham G.R.(1980). *Work redesign*. Reading, MA: Addison-Wesley.

Hakanen, J.J, Bakker, A.B. y Demerouti, E. (2005). How dentists cope with their job demands and stay engaged: The moderating role of job resources. *European Journal of Oral Sciences*, 113,479-487.

Hakansson, J. y Montgomery, H. (2003). Empathy as an interpersonal phenomenon, *Journal of Social and Personal Relationship*, 20(3), 267-284.

Halbesleben, J. y Demreouti, E. (2005). The construct validity of an alternative measure of burnout: Investigating the English translation of the Oldenburg Burnout Inventory. *Work & Stress*, 19, 208-220.

Hallsten, L. (2005). Burnout and wornout: Concepts and data from a national survey. In A.S. Antoniou y C.L. Cooper (Eds), *Research companion to organizational health psychology* (pp. 516-537). Cheltenham, U.K.: Edward Elgar.

Harter, J.K., Schmidt, F.L. y Hayes, T.L. (2002). Business-unit-level relationship between employee satisfaction, employee engagement, and business outcomes: A meta-analysis. *Journal of Applied Psychology*, 87,268-279.

Henly, J. y Lambert, S. (2014). Unpredictable Work Timing in Retail Jobs: Implications for Employee Work–Life Conflict. *Industrial & Labor Relations Review*, vol. 67, 3: pp. 986-1016.

Herzberg, F.I. (1987). One more time: How do you motivate employees?, *Harvard Business Review*, Sep/Oct 87, vol. 65, Issue 5, p. 109-120.

Hidalgo Rodrigo I. y Díaz González R.J. (1995): “Estudio de la influencia de los factores laborales y sociodemográficos en el desarrollo del síndrome de agotamiento profesional en el área de medicina especializada del Insalud de Ávila”. *Medicina clínica* 103 (11): 408-12, 8 octubre.

Hobfoll, S. E. (1989). Conservation of resources: A new attempt at conceptualizing stress. *American Psychologist*, 44, 513-524.

Hobfoll, S. E. (1998). *The psychology and philosophy of stress, culture, and community*. New York: Plenum.

Hobfoll, S. y Freedy, J. (1993). Conservations of resources: a general stress theory applied to burnout. In W. Schaufeli, C. Maslach y T. Marek (Eds.) *Professional burnout: recent developments in theory and research* (pp. 115-129). Washington, DC:Taylor y Francis.

Hobfoll, S. y Shirom, A. (1993). *Stress and burnout in the workplace*. In R. Golembiewski (Ed). *Handbook of organizational behaviour* (pp. 41-60). New Cork: Marcel Dekker.

Hot, M. y Powell, S. (2015). Health and well-being in small and medium-sized enterprises (SMEs). What public health support do SMEs really need?. *Perspectives in Public Health*, vol. 135, 1: pp. 49-55.

Hwang, C., Scherer, R. y Fall, M. (2003). Utilizing the Maslach Burnout Inventory in Cross-cultural research. *International Journal of Management*, vol. 20, nº1, 3-10.

Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. (2003a). *IV Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo: Cuestionario de las empresas*. España: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. (2003b). *IV Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo: Cuestionario de los trabajadores*. España: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

Isen, A.M. (2000), "Positive affect and decisión making", in M.H.-J. Lewis, J.M. (Ed) *Handbook of emotions* (2nd Ed. Ed., pp. 417-435). The Guilford Press, New York.

Jackson S.E.; Schwab R.L. y Schuler R.S. (1986). Toward on understanding of the Burnout phenomenon. *Journal of Applied Psychology*, 4, 630-640.

Jari J. Hakan, Wilmar B. Schaufeli (2012). Do burnout and work engagement predict depressive symptoms and life satisfaction? *A three-wave seven-year prospective study*. Volume 141, Issues 2-3, Pages 415–424

Juárez García, Arturo (2014). Entrevista con Christina Maslach: reflexiones sobre el síndrome de Burnout. *Revista de Psicología*, vol. 20, núm. 2, pp. 199-208

Kahn R.L. y Byosiere P. (1992): Stress in organizations. In M.D. Dunnette (Ed.), *Handbook of industrial and organizational psychology* (pp 571-648), Chicago: Rand McNally.

Kalliath, T., O'Driscoll, M. y Gillespie, D. (1998). The relationship between burnout and organizational commitment in two samples of health professionals. *Work and stress*, 12, 179-185.

Kalliath, T., O'Driscoll, M. y Bluedorn, A. (2000). A test of the Maslach Burnout Inventory in three samples of healthcare professionals. *Work and Stress*, 14,35-50.

Kaufmann, M. (MD OMA Physician Health Program). "Physician burnout: part II. Personal factors in burnout prevention and health maintenance". *Physician Health*, novembre 2001.

Keeling, K. A., McGoldrick, P. J., & Sadhu, H. (2013). Staff word-of-mouth (SWOM) and retail employee recruitment. *Journal of Retailing*, 89(1), 88-104.

Kelly, J.R. y Barsade, S.G. (2001). Mood and emotions in small groups and work teams. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 86 (1), 99-130.

Kerfoot, D. & Korczynski, M. (2005): "Gender and service: New directions for the study of frontline service work". *Gender, Work and Organization*, 12 (5), 387-399.

Kielselbach, T. et al (2012): *La salud en los procesos de reestructuración empresarial. (HIREs): consideraciones políticas, respuestas nacionales y recomendaciones en la Unión Europea*. Madrid: Labour Asociados

Kjeldmand, D. Y Holmström, I. (2008). Balint groups as a means to increase job satisfaction and prevent burnout among general practitioners. *Annals of family medicine*, vol. 6, n2º, 138.

Koeske, G. y Koeske, R. (1993). A preliminary test of a stress-strain-outcome model for reconceptualizing the burnout phenomenon. *Journal of Social Service Research*, 17, 107-135.

Kompier, M.A.J. (2005). Assessing the psychosocial work environment: "Subjective" versus "objective" measurement. *Scandinavian Journal of Work, environment and health*, 31, 405-408

Kramer, R. M. (1990). The effects of resource scarcity on group conflict and cooperation. En E. Lawler (Ed.), *Advances in Group Processes*, 7 (pp. 151-177). CN: JAI Press.

Kramer, R. M. (1991). Intergroup relations and organizational dilemmas: The role of categorization processes. *Research in Organization Behavior*, 13, 191-228.

Kristensen, T., Borritz, M., Villadsen, E. Y Christensen, K. (2005). The Copenhagen Burnout Inventory: a new tool for the assessment of burnout. *Work & Stress*, 19, 192-207.

Kushnir, T., Herman, A. y Kitai, E. (2000). Continuing medical education and primary physicians's job stress, burnout and dissatisfaction. *Medical Education*, 34, Issue 6, pp. 430.

Lazarus R.S. (1966): *Psychological stress and the coping process*. New York:McGraw Hill.

Lazarus, R.S. (1990): Theory-based stress measurement. *Psychological Inquiry*, 1, 3-13.

Lazarus R.S. y Folkman S. (1986). "Cognitive theories of stress and the issue of circularity". In M. Appley & R. Trumbull (Eds), *Dynamics of stress* (pp. 62-80). New York: Plenum.

Lazarus R.S. y Folkman S. (1986): *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca.

Lee. R. y Ashforth, B. (1993b). A longitudinal study of burnout among supervisors and managers: Comparisons between the Leiter and Maskach (1988) and Golembiewski et al. (1986) models. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 54, 369-398.

Lee, R. y Ashforth, B. (1996). A meta-analytic examination of the correlates of the three dimensions of job burnout. *Journal of Applied Psychology*, 81, 123-133.

Leiter, M. (1990). The impact of family resources, control coping and skill utilization on the development of burnout: A longitudinal study. *Human Relations*, 43, 1067-1083.

Leiter, M. (1991). Coping patterns as predictors of burnout: The function of control and escapist coping patterns. *Journal of Organizational Behavior*, 12, 123-144.

Leiter, M. (1992). Burnout as a crisis in professional role structures: Measurement and conceptual issues. *Anxiety, stress and coping*, 5, 79-93.

Leiter, M. (1993). Burnout as a developmental process: consideration of models. In W. Schaufeli, C. Maslach y T. Marek (Eds), *Professional burnout: recent developments in theory and research* (pp 237-250). Washington, DC: Taylor & Francis.

Leiter, M.P. y Maslach, C. (1988). The impact of interpersonal environment on Burnout and organizational commitment. *Journal of Organizational Behavior*, 9, 297-308.

Leiter, M.P. y Maslack C. (2005). A mediation model of job burnout. In A.S. G. Antoniou & C.L. Cooper (Eds) *Research companion to occupational health psychology* (pp 544-564). Cheltenham: Edward Elgar.

Levi, L. (1999): *Guidance on work-related stress. Spice of like or kiss of death?*. Employment & Social Affairs. Health and Safety at work. European Commission.

Lilius, J.M., Worline, M.C., Maitlis, S., Kanov, J., Dutton, J.E. y Frost, P. (2008). The contours and consequences of compassion at work. *Journal of Organizational Behavior*, 29, 193-218.

Luthans, F. (2002): The need for an meaning of positive organizational behavior. *Journal of Organizational Behavior*, 26, 695.

Luthans, F. y Youssef, C.M. (2007): Emerging positive organizational behavior. *Journal of management*, 33, 321-349.

Llorens, S., García, M. y Salanova, M. (2005): Burnout como consecuencia de una crisis de eficacia: un estudio longitudinal en profesores de secundaria. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 2, 55-70.

Manzano G. y Ramos F.(2000): "Enfermería hospitalaria y síndrome de Burnout", *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, vol. 16 (2), 197-213.

Manzano G. (2000): "Organizaciones magnéticas: solución al Síndrome de Burnout", *Capital Humano*, 138, pág. 50.

Manzano G. y Ramos F. (2003): Burnout en instituciones hospitalarias: factores de influencia. *Alta Dirección*, 228, 546-553.

Maslach C. (1976): *Burnout. Human Behavior* 5: 16-22.

Maslach, C. (1982). *Burnout: The Cost of Caring*. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice Hall.

Maslach, C. (1993). Burnout: A multidimensional perspective. In W. B. Schaufeli, C. Malach y T. Marek (Eds), *Professional burnout: Recent developments in theory and research* (pp. 19-32). New York: Hemisphere.

Maslach, C. (1998). A multidimensional theory of Burnout. En C. L. Cooper (Ed.), *Theories of organizational stress* (pp. 68-85). Oxford, U.K.: Oxford University Press.

Maslach, C. (2011). Engagement research: Some thoughts from a burnout perspective. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 20, 47-52.

Maslach, C. y Jackson S. E. (1978). Lawyer Burnout. *Barrister*, 5, 52-54.

Maslach, C. y Jackson, S. E. (1981). The measurement of experienced Burnout. *Journal of Occupational Behavior*, 2, 99-115.

Maslach C. y Jackson S. E. (1986). *MBI: Maslach Burnout Inventory; Manual Research Edition*. Palo Alto, CA: University of California, Consulting Psychologist Press.

Maslach, C.; Jackson, S. E. y Leiter, M. P. (1996). *Maslach Burnout Inventory Manual* (3rd Ed.). Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.

Maslach, C. Schaufeli, W. y Leiter, M. (2001). Job burnout. *Annu. Rev. Psychol.*, 52, 397-422.

Maslach, C. y Leiter, M. P. (1997). *The truth about Burnout*. San Francisco: Jossey-Bass.

Maslach, C., Leiter, M. P. & Jackson, S. E. (2012). Making a significant difference with burnout interventions: Researcher and practitioner collaboration. *Journal of Organizational Behavior*, 33, 296-300. [published online 12 October 2011, DOI: 10.1002/job.784]

Mathieu, J. y Zajac, D. (1990). A review and meta-analysis of the antecedents of the antecedents, correlates and consequences of organizational commitment. *Psychological Bulletin*, 108, 171-194.

Matthews, D.B. (1990). A comparison of burnout in selected occupational fields. *Career development quarterly*, vol 38, Issue 3, p.230.

McCraine E. W.; Lambert V.A. y Lambert C. E. (1987). Work stress, hardiness and Burnout among hospital staff nurses. *Nursing Research* , 33 (6), 374-378.

McGrath J.E. (1976): Stress and behavior in organizations. In M.D. Dunnette (Ed.) *Handbook of industrial and organizational psychology* (pp. 1351-1395). Chicago: Rand McNally.

McPhaul KM y Lipscomb J.A.(2004) : Workplace violence in health care : recognized but not regulated. *Online J Issues Nurs.*, Sep 30; 9(3) :7.

Melamed, S.; Kushnir, T. y Shirom, A. (1992). Burnout and risk factors for cardiovascular disease. *Behavioral Medicine*, 18, 53-61.

Melamed, S., Ugarten U., Shirom, A., Kahana, L., Lerman, Y. y Fromm, P (1999). Chronic burnout, somatic arousal and elevated salivary cortisol levels. *Journal of Psychosomatic Research*, 46, 591-598.

Messing, K., Tissot, F., Couture, V. y Bernstein, S. (2014). Strategies for Managing Work/Life Interaction among Women and Men with Variable and Unpredictable Work Hours in Retail Sales in Québec, Canada. *NEW SOLUTIONS: A Journal of Environmental and Occupational Health Policy*, vol. 24, 2: pp. 171-194.

Meyerson, D.E. (1998). Feeling stressed and burned out: A feminist reading and re-visioning of stress-based emotions within Medicine and Organizational Science. *Organization Science*, vol. 9, nº 1, 103-118.

Moore, J. E. (2000). Why is this happening? A causal attribution approach to work exhaustion consequences. *Academy of Management Review*, 25, 335-349.

Moreno B.; Oliver C.; Pastor J.C. y Aragonese A. (1990). El Burnout, una forma específica de estrés laboral. En: Carballo, V. E. y Buena, G. (comp): *Manual de psicología clínica*. Madrid: Siglo XXI.

Moreno-Jiménez B., Rodríguez Carvajal R. y Escobar Redonda E. (2001): "La evaluación del burnout profesional. Factorización del MBI-GS. Un análisis preliminar", *Ansiedad y estrés*, 7 (1), 69-77.

Muse, L., Harris, S.G., Giles, W.F. y Feild, H.S. (2008). Work-life benefits and positive organizational behaviour: Is there a connection?. *Journal of organizational behavior*, 29, 171-192.

Nahrgang, Jennifer D.; Morgeson, Frederick P.; Hofmann, David A. (2011). Safety at work: A meta-analytic investigation of the link between job demands, job resources, burnout, engagement, and safety outcomes *Journal of Applied Psychology*, Vol 96(1), 71-94.

Naisberg J.L. y Fenning S. (1991). Personality characteristics and proneness to Burnout: A study among psychiatrists. *Stress Medicine*, 7 (4), 201-205.

National Health Service (2013): *Workplace health and safety standards*. Health safety and wellbeing partnership group. Gran Bretaña: CDU CVC 658.5 nº 32.

Netemeyer, R. G., Heilman, C. M., & Maxham, J. G.,III. (2012). The impact of a new retail brand in-store boutique and its perceived fit with the parent retail brand on store performance and customer spending. *Journal of Retailing*, 88(4), 462-475.

Organización Mundial de la Salud (OMS, 2013): *The European health report 2012. Charting the way to well-being*. Who.Regional Office for Europe.

Olivar Castrillon C.; Gonzales Moran S. y Martinez Suarez, M. M. (1999). Factores relacionados con la satisfacción laboral y el desgaste profesional en los médicos de atención primaria de Asturias. *Atención Primaria*, 24 (6), 352-9.

Orozco López P. y García Martínez E. (1993): "Factores que influyen en el nivel de cansancio laboral de los médicos de atención primaria". *Atención Primaria*, 12(3): 135-8, juliol-agost.

Ortega Bayón J.L. (1998): "Incidencia del estrés y del síndrome de Burnout en los servicios de enfermería en cuidados intensivos". En: *Psicología del Trabajo. Nuevos conceptos, controversias y aplicaciones*. IV Congreso Nacional de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones. Madrid: Ediciones Pirámide.

Ozaralli, N. (1998): The relationship between Burnout and locus of control with social support as a moderating effect. 6th INTERNATIONAL CONFERENCE ON WORK VALUES AND BEHAVIOUR. Cross-cultural perspectives on work values and behaviour. East meets west, pp. 232-236.

Parent-Thirion, A.; Fernández, E.; Hurley, J. y Vermeylen, G. (2007). *Fourth European Working Conditions Survey*. Luxembourg: European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions.

Parker, P. A. y Kulik, J. A. (1995). Burnout, self- and supervisor-related job performance, and absenteeism among nurses. *Journal of Behavioral Medicine*, 18, 581-599.

Pearlin L.I., Lieberman M.A., Menaghan E.G. y Mullan J.T. (1981): The stress process. *Journal of Health and Social Behavior*, 22, 337-356.

Peiró, J.M. y Salvador A. (1993): *Control del estrés laboral*. Madrid: Eudema, SA.

Pines A. M. y Kafry D. (1978). *Coping with Burnout*. Ponencia presentada en la convención anual de la American Psychological Association. Toronto.

Pines, A., Aronson, E. y Kafry, D. (1981). *Burnout: from tedium to personal growth*. New York: Free Press.

Pines A. y Aronson E. (1988): *Career Burnout: Causes and cures*. Free Press: New York

Pines, A. (1993). Burnout. En L. Goldberger y S. Breznitz (Eds.), *Handbook of stress* (2nd Ed. 386-403). New York, New York: The Free Press.

Podsakoff, P.M., MacKenzie, S.B., Lee, J.Y. y Podsakoff, N.P. (2003). Common method biases in behavioral research: a critical review of the literature and recommended remedies. *Journal of Applied Psychology*, 88, 879-903.

Rablen, M. (2012). The promotion of local wellbeing: A primer for policymakers. *Local Economy*, vol. 27, 3: pp. 297-314.

Riulli, L. y Savicki V. (2003). Optimism and coping as moderators of the relation between work resources and burnout in information service workers. *International Journal Stress Management*, 10: 235-252.

Ritzer, G. (2010): *La McDonalización de la sociedad*. Madrid: Ediciones Popular.

Roundtree, B. H. (1984). Psychological Burnout in task groups. *Journal of Health and Human Resources Administration*, 7, 235-248.

Salanova, M., Martínez, I.M. y Llorens, S. (2005): *Psicología Organizacional Positiva. Psicología de las Organizaciones*. Madrid: Prentice Hall.

Salanova, M. y Llorens, S. (2008): Estado actual y retos futuros en el estudio del burnout. *Papeles del psicólogo*, vol. 29 (1) p. 59-67.

Salanova, M., Agut, S. y Peiró, J.M. (2005). Linking organizational resources and work engagement to employee performance and customer loyalty: The mediating role of service climate. *Journal of applied psychology*, 90, 1217-1227.

Sanclemente, I.; Elboj, C. y Iñíguez, T. (2014). Burnout en los profesionales de Enfermería en España. Estado de la cuestión. *Metas de enfermería*, vol 17, nº 10.

Schaufeli, W.B., Buunk, B. (1996). Professional burnout. In M. Schabracq, J. Winnubst y C Cooper (Eds) *Handbook of work and health psychology* (pp. 311-346). New York: John Wiley.

Schaufeli, W.B., Leiter, M.P., Maslach, C. y Jackson S.E. (1996). Maslach Burnout Inventory – General Survey. En C. Maslach, S.E. Jackson y M.P. Leiter: *The Maslach Burnout Inventory-Test Manual* (3rd ed) Palo Alto, CA: Consulting Psychologist Press.

Schaufeli, W. B. y Enzmann, D. (1998). *The Burnout companion to study and practice: A critical Analysis*. Washington, DC: Taylor y Francis.

Schaufeli, W.B., Salanova, M., González-Romá, V. y Bakker, A. (2002). The measurement of burnout and engagement: A confirmatory factor analytic approach. *Journal of Happiness Studies*, 3, 71-92.

Schaufeli, W.B., Martinez, I, Marques Pinto, A., Salanova, M. Y Bakker, A.B. (2002). Burnout and engagement in university students: A cross-national study. *Journal of Cross-cultural psychology*, 33, 464-481.

Schaufeli, W.B. y Bakker, A.B. (2004). Job demands, job resources, and their relationship with burnout and engagement: A multi-sample study. *Journal of Organizational Behavior*, 25, 293-315.

Schaufeli, W.B. y Taris, T.W. (2005). Commentary: The conceptualisation and measurement of burnout: Common ground and words apart. *Work & stress*, 19,256-262.

Schaufeli, W.B., Taris, T.W. y Bakker, A.B. (2006). Dr. Jekyll and r. Hide: On the differences between work engagement and workalcoholism. In R. Burke (Ed.), *Work hours and work addiction* (pp. 193-252).

Seligman, M.E.P. y Csikszentmihalyi, M. (2000) Positive psychology: An introduction. *American Psychologist*, 55,1-14.

Selye, H. (1976). *Stress in health and disease*. London: Butterworths.

Seltzer, J. y Numerof, R. E. (1988). Supervisory leadership and subordinate Burnout. *Academy of Management Journal*, 2, 429-446.

Shanafelt Tait MD.; Bradley, K. A.; Wipf J. E. y Back A. L. (2002). Burnout and Self-Reported Patient Care in an Internal Medicine Residency Program. *Annals of Internal Medicine*, 136, 358-367

Shaver, P., Schwartz, J. Kirson, D. y O'Connor, C. (1987). Emotion Knowledge – further exploration of a prototype approach, *Journal of Personality and Social Psychology*, 52, 1061-1086.

Shirom, A. (1989). Burnout in work organizations. *International Review of Industrial and Organizational Psychology*, 4, 25-48.

Shirom, A. (2003). Job-related Burnout. En: J.C. Quick y L.E. Tetrick (Eds). *Handbook of occupational health psychology*. Washington, DC: American Psychological Association.

Shirom, A. (2003). Feeling vigorous at work? The construct of vigor and the study of positive affect in organizations. In D. Ganster & P.L. Perrewe (Eds) *Research in organizational stress and well-being*. (Vol. 3, pp 135-165). Greenwich, CN: JAI Press.

Shirom, A. (2004): “Job-related Burnout”, en: Quick y Tetrick (eds.), *Handbook of Occupational Health Psychology*, Washington, DC: American Psychological Association).

Shirom, A. (2004). Feeling vigorous at work?. The construct of vigor and the study of positive affect in organizations. In D. Ganster y P.L. Perrewe (Eds). *Research in organizational stress and well-being* (Vol. 3, pp 135-165), JAI Press Greenwich, CN.

Shirom, A. (2005). Commentary: Reflections on the study of burnout. *Work & Stress*, 19, 263-270.

Shirom, A.; Westman, M.; Shamai, O. y Carel, R. S. (1997). The effects of work overload and Burnout on cholesterol and triglycerides levels: The moderating effects of emotional reactivity among male and female employees. *Journal of Occupational Health Psychology*, 2, 275-288.

Shirom, A. y Ezrachi, (2003): "On the discriminant validity of burnout, depression and anxiety: A re-examination of the burnout measure". *Anxiety, Stress and Coping*, 16, 83-89.

Shore, L, Barksdale, K. y Shore, T. (1995). Managerial perceptions of employee commitment to the organization. *Academy of Management Journal*, 38, 1593-1615.

Siegall M. y McDonald T. (2004): Person-organization value congruence, burnout and diversion of resources. *Personnel Review*, vol. 33 nº 3, pp.291-301.

Slaski, M., & Cartwright, S. (2002). Health, performance and emotional intelligence: An exploratory study of retail managers. *Stress and Health*, 18(2), 63-68. doi:10.1002/smi.926

Smets, E.M.A.; Visser, M.R.M., Oort, F.J., Schaufeli, W.B., de Haes, H.J. (2004): Perceived inequity: does it explain burnout among medical specialists?. *Journal of Applied Psychology*, 34, 1900-19118.

Smith, A. y Elliott, F. (2012). The demands and challenges of being a retail store manager: 'Handcuffed to the front doors'. *Work, Employment & Society*, vol. 26, 4: pp. 676-684.

Söderfeldt, . (1997) Burnout? Unpublished doctoral dissertation, Lunds Universitet, Lunds.

Sonnentag, S. (2005). Coomentary: Burnout research: Adding an off-work and day-level perspective. *Work & Stress*, 19, 271-275.

Sparks, H. & Cooper, C. (2002). *The cost of violence/stress at work and the benefits of a violence/stress-free working environment*. Report commissioned by the International Labour Organization (ILO Geneva). University of Manchester. Institute of Science and Technology..

Stahl S., Grim C., Donald C. Y Neikirk A. (1975): A model for the social sciences and medicine: The case for hypertension. *Social Science and Medicine*, 9,31-38.

Stecher, A., Godoy, L. y Turó, J.P. (2010): Condiciones y experiencias de trabajo en la sala de venta de un supermercado. Explorando los procesos de flexibilización laboral en le sector del retail en Chile.

Stecher, A. (2012): Procesos de construcción de identidades laborales de trabajadores de la industria del retail en Santiago de Chile: contribuciones al estudio de las subjetividades laborales en el nuevo capitalismo. (tesis doctoral).

Steiner, L., Frey, B. y Hotz, S. (2015). European Capitals of Culture and life satisfaction. *Urban Studies*, vol. 52, 2: pp. 374-394.

Straus, M.A. (1973): A general systems theory approach to a theory of violence between family members. *Social Science information*, 12, 105-125.

Sun, J., Buys, N., & Wang, X. (2013). Depression in employees in privately owned enterprises in china: Is it related to work environment and work ability? *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 10(4), 1152-1167

Sutherland V. y Cooper C.L. (1990): *Understanding stress* London: Chapman y Hall.

Taris, T., Le Blanc, P., Schaufeli, W.B. y Schreurs, J.G. (2005). Are there causal relationships between the dimensions of the Maslach Burnout Inventory ? A review and two longitudinal tests. *Work & Stress*, 19 (3): 238-255.

Taris, T.W. (2006) Is there a relationship between burnout and objective performance? A critical review of 16 studies. *Work & Stress*, 20 (4): 316-334.

Tetrick, L.E. (2002): Individual and organizational health. In D. Ganster y P.L. Perrewe (Eds), *Research in organizational stress and well-being* (vol. 3, pp. 107-141). Greenwich, CN:JAI Press.

Thayer. R. E. (1996). *The origin of everyday moods*, Oxford University Press, New York.

Toker, S., Shirom A., Shapira, I., Berliner, S. y Melamed, S. (2005). The Association Between Burnout, Depression, Anxiety and Inflammation Biomarkers: C-Reactive Protein and Fibrinogen in Men and Women. *Journal of Occupational Health Psychology*, vol. 10, nº 4, 344-362.

Turner, N., Barling, J. y Zacharatos, A. (2002). Positive psychology at work. In C.R. Snyder, y S. Lopez (Eds), *The handbook of positive psychology* (pp. 715-730). Oxford: Oxford University Press.

Van Dierendonck, D., Schaufeli, W.B. y Buunk, B.P. (2001). Toward a process model of burnout: Results from a secondary analysis. *European Journal of work and organizational psychology*, 2001, 10(1), 41-52.

Vilà, M.; Cruzate, C.; Orfila, F.; Creixell, J.; González, M.P. y Davins, J. (2015). Burnout y trabajo en equipo en los profesionales de Atención Primaria.

Walsh, J.P., Weber, K. y Margolis, J.D. (2003): Social issues in management: our lost case found. *Journal of Management*, 29 859-881.

Walter, F. y Bruch, H. (2008): The positive group affect spiral: A dynamic model of the emergence of positive affective similarity in work groups. *Journal of Organizational Behavior*, 29, 239-261.

Watson, D. y Clark, L. A. (1984). Negative affectivity: The disposition to experience aversive emotional states. *Psychological Bulletin*, 96, 465-490.

Westman, M. y Eden, D. (1997). Effects of a respite from work on burnout: Vacation relief and fade-out. *Journal of applied psychology*, 82, 516-527.

Westman, M. (2001). *Stress and strain crossover*. *Human Relations*, 54 (6), 717-751.

Westman M., Etzion D. et Danon E. (2001): Job insecurity and crossover of burnout in married couples. *Journal of Organizational Behavior* 22, 467-481.

Wilson, W. P. (1986). Burnout and other stress syndromes. *South Medical Journal*, 79 (11) 1327-1330.

Wright, T.A. (2003). Positive organizational behaviour: An idea whose time has truly come. *Journal of Organizational Behavior*, 24, 437-442.

Xanthopoulou, D., Bakker, A.B., Demerouti, E. y Schaufeli, W.B. (2007). Work engagement and financial turnover: A diary study on the role of job and personal resources. Manuscript submitted for publication.

Zajonc, R. (1980). Feeling and thinking. *American Psychologist*, 35, 151-175.

Zohar, D. (1997). Predicting burnout with a hassle-based measure of role demands. *Journal of Organizational Behavior*, 18, 101-115.

Zurriaga Llorens, R; Bravo Sánchez, M. J.; Ripoll Botella, P.; Caballer Hernández, A. (1998). Las características del trabajo como antecedentes del Burnout en profesionales de la salud. En: *Psicología del Trabajo. Nuevos conceptos, controversias y aplicaciones*. IV Congreso Nacional de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones. Madrid: Ediciones Pirámide.

Zwetsloot, G. y Pot, F. (2004). The business value of health management. *Journal of Business Ethics*, 55, 115-124.

Otros

BMA Health Policy and Economic Research Unit. Work-related stress among senior doctors: review of research, June 2000. (mailhperu@bma.org.uk)

“Burnout of young doctors affects careers, recruiting and patient care”. *Annals of Internal Medicine* (5 març 2002).

Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya (2003) : Llibre Blanc de les professions sanitàries a Catalunya.

2º INFORME RANDSTAD. Randstad. El acoso moral o mobbing. España. Madrid, 2003.

SPSS (2003) <http://www.spss.com/spssmr/answertree/algo.htm>

“Symptoms of burnout common among medical residents; UW taking steps to help”. *Annals of Internal Medicine* (5 març 2002).

Webgrafia

http://www.intermedic.nl/gb_art_werner.html “Burnout in medical professionals: a cost-effectiveness study of a multidisciplinary intervention program”. M.M.A. de Valk, M.D., A. Werner, M.D..

<http://www.rrhmagazine.com/servicios/noticias/not010125.htm> (Cinco Días, 25/01/2001)

<http://www.puntolaboral.com/article/articleview/1330/1/28>

http://www.personal.us.es/fjmedina/articulo_estres4.htm (Cinco Días, 24/01/2002)

http://www.lafacu.com/apuntes/psicologia/estres_trab/default.htm

<http://www.elmundo.es/salud/2003/520/1048871028.html> (El Mundo, 29/03/2003)

<http://www.todomba.com/displayarticle78.html>