

EL SÍNDROME DE BURNOUT Y SUS DIFERENTES MANIFESTACIONES CLÍNICAS: UNA PROPUESTA PARA LA INTERVENCIÓN

**The burnout syndrome and its various clinical
manifestations: a proposal for intervention**

**A síndrome de burnout e suas diferentes
manifestações clínicas: uma proposta para a
intervenção terapéutica**

Jesús Montero-Marín*

*Facultad de Ciencias de la Salud y del Deporte. Universidad de Zaragoza. España.
Red de Investigación en Actividades Preventivas y Promoción de la Salud (RedIAPP).

Recibido: 09.10.15

Aceptado: 12.03.16

Resumen

El síndrome de burnout está muy presente entre los profesionales de la salud, y en especial, entre los médicos anestesiólogos. Este síndrome se asocia a una peor autopercepción de la salud, así como a una gran comorbilidad somática y psicológica. Además, lleva consigo la prestación de cuidados de menor calidad, un mayor número de errores médicos y demoras en los procesos de toma de decisiones. El objetivo del presente trabajo es articular una propuesta de intervención sobre el burnout, en función de las distintas manifestaciones clínicas del síndrome. Para ello, han sido presentados de forma sistemática los subtipos de burnout: frenético, sin-desafíos y desgastado. El frenético es un perfil de burnout muy implicado, ambicioso y sobrecargado, por lo que las intervenciones dirigidas a este subtipo habrán de tratar de reducir el malestar generado por la tensión, la fatiga y el agotamiento. El sin-desafíos es un perfil de burnout indiferente, que se aburre en el trabajo y no se desarrolla personalmente, por lo que las intervenciones enfocadas en este subtipo habrán de intentar renovar el interés y reducir el cinismo, mediante el establecimiento de nuevos retos que resulten significativos. El desgastado es un perfil de burnout negligente, con falta de reconocimiento y falta de control sobre los resultados, por lo que las intervenciones enfocadas en este subtipo habrán de hacer frente a los sentimientos de desesperanza y falta de eficacia, haciendo recuperar la confianza perdida. Para finalizar, se propone una

hipótesis de trabajo respecto al desarrollo longitudinal del síndrome y de sus manifestaciones clínicas, sobre la cual organizar la propuesta de intervención.

Palabras clave: Estrés, Burnout, Intervención.

Abstract

The burnout syndrome is very present among health professionals, and especially among anesthesiologists. This syndrome is associated with poorer self-rated health, as well as a somatic and psychological comorbidity. In addition, it involves providing lower quality care, more medical errors and delays in decision-making processes.

The aim of this work is to articulate a proposal for intervention on burnout, according to the different clinical manifestations of the syndrome. To do this, they have been presented systematically burnout subtypes: frantic, no-challenges and worn.

Key words: Stress, Burnout, Intervention.

Resumo

A síndrome de burnout é comum entre os profissionais da saúde, em especial, entre os médicos anestesiológicos. Esta síndrome se associa a uma baixa autopercepção da saúde, assim como uma grande comorbidade somática e psicológica. Ainda cursa com a prestação de cuidados de menor qualidade, um maior número de erros médicos e lentidão na tomada de decisões. O objetivo do presente trabalho é articular uma proposta de intervenção sobre o burnout em função das diferentes manifestações clínicas da síndrome. Para isso, apresenta-se de forma sistemática os sub-tipos de burnout: frenético, sem desafios e desgastado. O frenético é um perfil de burnout muito intrincado, ambicioso e sobrecarregado, pelo que as intervenções dirigidas a este subtipo pretendem diminuir o mal estar gerado pela tensão, fadiga e esgotamento. O sem-desafio, é um perfil de burnout indiferente, que se aborrece no trabalho e não se desenvolve pessoalmente, pelo que as intervenções enfocadas neste subtipo tentarão renovar o interesse e reduzir o cinismo através do estabelecimento de novos rumos que resultem significativos. O desgastado é um perfil de burnout negligente, com falta de reconhecimento e falta de

controle sobre os resultados, pelo que as intervenções enfocadas neste subtipo tentarão fazer frente aos sentimentos de desesperança e falta de eficácia recuperando a confiança perdida. Para finalizar, se propõe uma hipótese de trabalho em relação ao desenvolvimento longitudinal da síndrome e de suas manifestações clínicas para organizar a proposta de intervenção.

Palavras chave. Estress , Burnout, Intervenção.

Introducción

Los cambios que en los últimos tiempos y a nivel global, han experimentado los lugares de trabajo, como consecuencia de las características del paradigma económico dominante, suponen un reto enorme a la capacidad de adaptación de las personas trabajadoras (Woods, 1999). La racionalización y control de los procesos de producción y servicios, mediante la aplicación de sistemas tecnológicos y burocráticos, ha provocado importantes transformaciones en la estructura de las sociedades modernas, obligando a las personas trabajadoras a realizar grandes esfuerzos físicos y psicológicos para adaptarse a las cambiantes exigencias de su trabajo. Nuevas demandas laborales, el creciente volumen de trabajo, la reducción en el nivel de los recursos económicos o materiales destinados, y el control tecnocrático de la productividad, han contribuido al aumento de la vulnerabilidad de las personas ocupadas frente al estrés, y por extensión, al riesgo de padecer el síndrome de burnout (Shirom, 2009; Toppinen-Tanner, 2011).

El estrés es considerado ya una epidemia en las sociedades modernas, con graves implicaciones sobre la salud de las personas (Spielberger et al, 2005; Schaufeli et al, 2009). Por otro lado, el burnout constituye un fenómeno en expansión y es considerado un riesgo psicosocial emergente. Las consecuencias del burnout entre los profesionales sanitarios, lleva consigo problemas interpersonales que interfieren con la calidad de los servicios de salud, llegando a afectar incluso a la seguridad de los pacientes (Anagnostopoulos, et al, 2012). Esto es debido a que la presencia de este trastorno arrastra consigo cuidados de menor calidad, mayor número de errores médicos y demoras en los procesos de toma de decisiones (Shanafelt et al, 2002; Gopal et al, 2005; West et al, 2006). Entre los médicos anestesiistas, se han reportado valores de prevalencia del burnout, ya en un momento tan temprano como la etapa de residencia, de entorno al 23% (De Oliveira et al, 2013). En el caso de los profesionales ya egresados, se ha hablado de valores del 62% (Mion et al, 2013), o incluso más elevados (Misiólek et al, 2014; Downey et al, 2012), lo cual significa que una gran cantidad de anestesiistas podría presentar dificultades

para mantener su capacidad de trabajo, su salud y su bienestar personal, incluso en las actividades cotidianas de la vida diaria (Schaufeli, 2003).

Con estos antecedentes, resulta justificado ir más allá del mero conocimiento de la situación de burnout que padecen actualmente los profesionales anestesistas, tratando de incorporar posibles líneas de acción en la prevención y tratamiento del síndrome (Doppia, 2013). Para ello, el objetivo principal que ha guiado el presente trabajo ha sido presentar de forma sistemática las diferentes manifestaciones clínicas del síndrome de burnout, articulando una propuesta de intervención, en función de las características de cada una de ellas.

Estrés y burnout

El estrés es el resultado de una relación con el entorno, que el sujeto interpreta como muy importante para su bienestar personal, y cuyas demandas o exigencias, exceden los recursos de afrontamiento que tiene el sujeto. Por su parte, el afrontamiento son todos los esfuerzos cognitivos y conductuales orientados al manejo de las exigencias, externas o internas, que han sido valoradas por el sujeto como excesivas, en función de los recursos disponibles (Lazarus et al, 1984). Una persona será psicológicamente vulnerable en términos de estrés a una situación particular, si no posee suficientes recursos de afrontamiento para manejarla adecuadamente, y al mismo tiempo, le concede una importancia considerable a las consecuencias de un manejo inadecuado. En general, existen diferentes estilos de afrontamiento del estrés, como el afrontamiento cognitivo, el afrontamiento conductual, la evitación cognitiva, la evitación conductual, el afrontamiento enfocado en la emoción o el uso de sustancias (Carver et al, 1989; Crespo et al, 1997). Desde este punto de vista, el síndrome de burnout sería el resultado del uso de estrategias de afrontamiento ineficaces, con las cuales los trabajadores tratarían de autoprotegerse de situaciones de estrés crónico en el trabajo (Lazarus, 1993; Reissner et al, 2010). Algo así como una situación de fuerte desgaste, como consecuencia de haber vivido una situación de tensión y frustración en el trabajo, de manera prolongada en el tiempo.

Se ha dicho que los estilos de afrontamiento poco flexibles, es decir no adaptados a las diferentes situaciones que pueden presentarse, podrían estar asociados a elevados niveles de estrés (Hoffer et al, 1972; Weimberger, 1979). También se ha señalado que un afrontamiento enfocado fundamentalmente en la solución del problema, podría ser una estrategia mejor para el manejo del estrés, que un afrontamiento enfocado en el desahogo de las emociones. No obstante, estas conclusiones son demasiado generales (Lazarus, 1993). Por ejemplo, se ha

observado que un afrontamiento enfocado en el problema no es una estrategia apropiada para hacer frente a situaciones incontrolables o crónicas (Auerbach et al, 1976), puesto que a la larga puede dar lugar a un proceso progresivo de desconexión conductual (Wallace et al, 2010). También se ha visto que un afrontamiento enfocado en la emoción puede no ser adecuado, si lleva consigo distanciamiento de la situación, pero es una estrategia efectiva si implica una re-evaluación positiva (Haberthür et al, 2009; Isaksson et al, 2013). A largo plazo, un factor clave para el desarrollo del síndrome de burnout va a ser el grado de pasividad que progresivamente adquiere el trabajador en el proceso de afrontar el estrés (Unger et al, 1998; Chen et al, 2008).

Pero, ¿Qué entendemos por burnout?. El significado más próximo y coloquial del término 'burnout', viene a ser estar quemado, desgastado, exhausto y sin ilusión por el trabajo. La primera referencia directa a este término, para señalar un estado psicológico de desgaste en la esfera de lo profesional, vino de la mano del novelista Graham Green, a principios de los años sesenta. En su novela "Un caso perdido" (Green, 1961), este autor describe el caso de un arquitecto europeo hastiado de su trabajo, que lo deja todo y se va a vivir a África con la intención de dar un nuevo sentido a su vida, trabajando como voluntario. Con anterioridad a esta novela, Melville, a finales del siglo XIX, había descrito también un caso grave de desgaste profesional, en su libro "Bartlevi el escribiente" (Melville, 1999). Las reflexiones de este autor en torno a los sentimientos de compasión que despierta el protagonista de su novela, resultan muy instructivos a la hora de comprender lo que representa el síndrome a nivel conductual. De igual modo, Thomas Mann, a principios de siglo XX, había relatado las vivencias de otro probable caso de burnout en "Los Bunderbrook" (Mann, 1901), cuyo protagonista, debido a la situación que padece, termina por arruinar la prosperidad de una importante familia de comerciantes. No obstante, ni Melville ni Thomas Mann utilizaron el término burnout para describir la situación de los protagonistas de sus respectivas novelas, por lo que la primera referencia directa al burnout fue la acuñada por Green, una década antes de que el síndrome empezase a ser estudiado de forma sistemática.

El síndrome de burnout lleva siendo objeto de estudio científico cerca de 40 años. Comenzó a ser investigado como un tipo de estrés vinculado a profesiones asistenciales o de servicios, asociado a una pérdida progresiva de la energía y del entusiasmo (Freudenberger, 1974). En el fondo, el burnout viene a reflejar una situación de falta de ajuste entre el empleado y su lugar de trabajo (Cherniss,

1980). Se trata un trastorno de origen psicosocial, causado por unas condiciones de trabajo estresantes, y es una respuesta de los trabajadores para adaptarse o protegerse del estrés crónico. Desde un punto de vista procesual, se desarrolla de manera progresiva, debido a la utilización de estrategias de afrontamiento poco funcionales, con las que los profesionales intentan auto-protegerse del estrés laboral generado por sus relaciones con los clientes y la propia organización (Maslach et al, 2001). También es considerado una experiencia subjetiva de carácter negativo, compuesta por cogniciones, emociones y comportamientos negativos hacia el trabajo, hacia las personas con las que se relaciona el individuo en su trabajo, en especial los clientes, y hacia el propio rol profesional (Gil-Monte, 2005).

El burnout ha sido definido clásicamente mediante las dimensiones: agotamiento, cinismo e ineficacia (Maslach et al, 1996). El agotamiento sería la sensación de no poder dar más de sí en el trabajo, como consecuencia de una exposición prolongada a elevadas exigencias. El cinismo es una actitud distante hacia las tareas, hacia los compañeros y hacia los receptores del servicio. La ineficacia es la sensación de no hacer adecuadamente las tareas y de ser incompetente. Esta conceptualización, aunque ha sido comúnmente aceptada como estándar, presenta algunas debilidades psicométricas (Gil-Monte, 2005), no ha sido desarrollada a partir de la observación clínica, ni tampoco se ha fundamentado en una teorización sistemática del síndrome, sino que ha sido propuesta inductivamente, mediante la agrupación factorial de un conjunto más o menos arbitrario de ítems (Schaufeli, 2003). Además, esta definición no deja claro el tipo de relaciones que presenta entre los componentes que la constituyen, ni aclara los antecedentes y consecuentes generales del síndrome, por lo que carece de la estructuración teórica necesaria (Demerouti et al, 2005; Enzmann, 2005; Koeske et al, 1989).

Tipos de burnout

Otro inconveniente de la visión estándar del burnout es el de considerar a todos los casos de manera homogénea, a través de una definición basada en los mismos síntomas para todos ellos, siendo que la realidad psicosocial puede ser bien diferente en unos casos y otros (Farber, 2000). Ante esta limitación, y como alternativa a la definición clásica, se han propuesto diferentes subtipos o perfiles de burnout, en función de sus particularidades clínicas (Montero-Marín et al, 2008; Montero-Marín et al, 2009). Estos perfiles pueden ser evaluados a través del "Cuestionario de Subtipos Clínicos de Burnout", mediante su versión extensa

(BCSQ-36) o abreviada (BCSQ-12) (Montero-Marín et al, 2010; Montero-Marín et al, 2011b; Montero-Marín et al, 2012).

El primero de los perfiles es el subtipo de burnout frenético, cuya principal característica es que trabaja cada vez más duro hasta el agotamiento, buscando éxitos a la altura de sus esfuerzos (Farber, 2000). Presenta una gran implicación, en el sentido de que trata de aumentar sus esfuerzos a la hora de hacer frente a las dificultades, con objeto de producir los resultados esperados. También presenta una ambición desmedida, ocasionada por una gran necesidad de obtener importantes logros, junto con la imposibilidad de reconocer las propias limitaciones. Y por último, manifiesta una gran sobrecarga, entendida como la sensación de estar arriesgando la salud y la vida personal en la persecución de buenos resultados en el trabajo (Montero-Marín et al, 2009; Montero-Marín et al, 2010). Por todo ello, este perfil se ve asociado a altos niveles de agotamiento, y se ha visto relacionado con un estilo de afrontamiento basado en el intento de solucionar los problemas de forma activa, para lo cual hace uso de un elevado número de horas semanales de trabajo, o se implica en diferentes trabajos al mismo tiempo (Montero-Marín et al, 2011a; Montero-Marín et al, 2014a). Este perfil suele presentar abundantes quejas respecto a la estructura jerárquica de la organización para la cual trabaja (Montero-Marín et al, 2013a), y al mismo tiempo se siente culpable ante la perspectiva de no ser capaz de alcanzar los objetivos que se había planteado inicialmente (Montero-Marín, 2011a). El tipo de estrés que sufre, proviene fundamentalmente de la tensión que le generan sus altas expectativas, aunque también de la frustración ante la perspectiva de no conseguirlas (Montero-Marín et al, 2014b).

Por otra parte, el subtipo de burnout sin-desafíos ha de hacer frente a condiciones monótonas y poco estimulantes, que fallan a la hora de proporcionar la satisfacción necesaria (Farber, 2000). Presenta indiferencia, ya que realiza las tareas del trabajo sin interés y de manera superficial; aburrimiento, puesto que sufre de falta de estimulación y de monotonía en el desarrollo de las tareas; y falta de desarrollo personal, entendida como la ausencia de crecimiento personal junto con el deseo de cambiar de puesto de trabajo (Montero-Marín et al, 2009; Montero-Marín et al, 2010). Este perfil de burnout se relaciona con altos niveles de cinismo, debido a su falta de identificación hacia las tareas del trabajo, y tiene lugar en puestos llenos de tareas repetitivas, o de formas de trabajo mecánicas y rutinarias, por lo que se asocia a un estilo de afrontamiento escapista, basado en la distracción o evitación cognitiva (Montero-Marín et al, 2011a; Montero-Marín et al, 2014a). Los empleados

sin-desafíos tienen que hacer frente al desencanto causado por la sensación de estar atrapados en una actividad laboral que les resulta indiferente, que les aburre y no produce satisfacción, por lo que suelen presentar continuas quejas en relación a la rutina que le imponen sus obligaciones (Montero-Marín et al, 2013a). Además, se ven invadidos por sentimientos de culpa originados por la ambivalencia que sienten respecto a su trabajo y sus deseos de cambio (Montero-Marín, 2011a). En el fondo, los afectados por este perfil han perdido la objetividad respecto a su derecho natural de experimentar necesidades de desarrollo personal, y al no intentar alcanzarlas, sienten una gran frustración (Montero-Marín et al, 2014b).

El último de los perfiles, el subtipo desgastado, es un perfil de trabajadores que actúa con negligencia frente al estrés y la ausencia de gratificaciones (Farber, 2000). Este perfil presenta sentimientos de desesperanza, debido a la sensación de falta de control sobre los resultados de su trabajo; y por la sensación de falta de reconocimiento respecto a los esfuerzos invertidos; por lo que finalmente opta por la desatención y el abandono, como respuesta ante cualquier dificultad (Montero-Marín et al, 2009; Montero-Marín et al, 2010). Por todo ello, este tipo de perfil de burnout se encuentra fuertemente asociado a la percepción de ineficacia, es decir, a la sensación de incompetencia, y se ve ligado a una gran cantidad de años de servicio dentro de organizaciones del trabajo con sistemas de contingencia inadecuados, en lo relativo a premios y castigos sobre la conducta (Montero-Marín et al, 2011a). Es por ello que este perfil se queja continuamente de los sistemas de control de la empresa para la cual trabaja (Montero-Marín et al, 2013a). Además, el perfil de burnout desgastado hace uso de un estilo pasivo de afrontamiento del estrés, basado fundamentalmente en la desconexión conductual, lo cual le genera una fuerte sensación de incompetencia, y le hace experimentar sentimientos de culpa, por no cumplir adecuadamente con las responsabilidades de su puesto de trabajo (Montero-Marín, 2011a; Montero-Marín et al, 2014a). Al igual que en el caso del subtipo sin-desafíos, la principal fuente de estrés de este perfil proviene de la frustración, ya que incluso un poco de estrés en forma de tensión puede llegar a aliviar su negligencia (Montero-Marín et al, 2014b).

Los diferentes subtipos de burnout pueden ser ordenados en un continuo en función de su nivel de dedicación hacia las tareas del trabajo (Montero-Marín et al, 2009). La modificación en los niveles de dedicación, parece ser la forma mediante la cual, los individuos con burnout, tratan de ejercer algún tipo de control sobre el malestar psicológico que les origina la percepción de falta de reciprocidad en las relaciones

de intercambio laboral (Montero-Marín, 2010). Esta sensación de desequilibrio entre los esfuerzos invertidos y las recompensas obtenidas a cambio, es una importante fuente de malestar, y su presencia está fuertemente asociada a la manifestación de síntomas psicósomáticos (Siegrist, 1996; Schulz et al, 2009). El perfil más dedicado es el frenético, debido a su estilo de afrontamiento activo; después vendría el perfil sin-desafíos, por su estilo de afrontamiento evitativo; y por último estaría el perfil desgastado, ya que presenta un estilo de afrontamiento pasivo (Montero-Marin et al, 2011; Montero-Marín et al, 2014a). Así, el nivel de dedicación hacia las tareas del trabajo, actuaría como un criterio de clasificación tipológica del síndrome de burnout. Este criterio de clasificación es consistente con la idea de una transición a lo largo del tiempo entre los diferentes perfiles, mediante cambios de mayor a menor dedicación. En este sentido, los subtipos de burnout podrían ser entendidos como diferentes etapas en el desarrollo del síndrome (Edelwich et al, 1980), entendido éste como una progresiva erosión en los niveles de compromiso (Lorente et al, 2008; Schaufelli, 2004), y estarían formados por un patrón diferente de estrés percibido, asociado a su nivel de compromiso (Montero-Marin, 2014b).

Propuesta de intervención

Esta nueva forma de entender el burnout, abre la posibilidad de desarrollar nuevas formas de intervención terapéutica, ajustadas a las características del perfil de burnout identificado en cada caso particular. Hemos visto que cada uno de estos perfiles se encuentra afectado por diferentes fuentes de malestar, según el nivel de dedicación con el que afronta las dificultades en el trabajo. Dado el estado incipiente actual de las actuaciones terapéuticas sobre el síndrome de burnout (Ruotsalainen et al, 2008), resulta interesante lanzar una propuesta de intervención ajustada a este criterio de clasificación tipológica, con la idea de mejorar la costo-efectividad.

En este sentido, el subtipo de burnout frenético, podría beneficiarse de intervenciones enfocadas hacia la reducción de los niveles de activación, con el propósito de eliminar el malestar generado por la tensión, y para prevenir la fatiga y el agotamiento (Montero-Marín et al, 2011b). Para ello, y desde una aproximación holística, habríamos de tener en cuenta las causas de su enorme ambición y grandiosidad, así como los sentimientos de culpa asociados a su excesiva necesidad de conseguir metas. Podría ser útil, también, el modelado de conductas asertivas, en orden a poner límites a la aceptación de compromisos, o la enseñanza de un manejo del tiempo que haga posible atender la satisfacción de las

necesidades personales, con ternura hacia sí mismo. En general, la adopción de un estilo de vida saludable, que contemple la realización de ejercicio físico, la relajación, el control de la respiración, o el descanso, facilitaría el cuidado de la salud de manera integral, y podría resultar de provecho incluso su implementación en el propio lugar de trabajo (Montero-Marin et al, 2013b; McEachan et al, 2011; Conn et al, 2009; Cook et al, 2007; Van Rhenen et al, 2005).

El subtipo de burnout sin-desafíos, podría beneficiarse de intervenciones enfocadas hacia la renovación del interés y la recuperación de la satisfacción, alentando el desarrollo personal en el trabajo, mediante el establecimiento de nuevos retos que resulten significativos desde el punto de vista del individuo (Montero-Marín et al, 2011b). Tampoco habríamos de olvidar, el trabajo de reestructuración cognitiva que supone ayudar a encontrar una posición realista respecto al derecho natural a experimentar necesidades de realización personal, al objeto de aliviar los sentimientos de culpa, asociados a la ambivalencia alimentada por el deseo de cambio. Además, también podría resultar beneficioso enseñar a efectuar las tareas de manera muy consciente, mediante ejercicios de atención plena, reduciendo así el aburrimiento y la apatía asociados a una realización de tipo mecánico. Al tiempo, también podría ser útil la redefinición de las tareas y de los objetivos, con la intención de presentarlos de manera atractiva, significativa y en general, más desafiante (Fahlman et al, 2013; García-Campayo, 2008; Repar et al, 2007).

El subtipo desgastado exige el abordaje de los sentimientos de desesperanza, de falta de eficacia y de abandono en el trabajo. Para ello, será necesario tratar de revertir su estilo de afrontamiento pasivo, recuperando la confianza, la seguridad y la sensación de control, mediante la aceptación y la acción necesarias para alcanzar un desempeño adecuado de las tareas (Bandura, 2001; Salanova et al, 2005), mitigando así los sentimientos de culpa asociados al incumplimiento de las obligaciones. El abordaje de este perfil exige también intervenir sobre el sistema de contingencias de la propia organización, orientándolo tanto como sea posible hacia la adherencia y el compromiso con las tareas, a través de la mejora de procesos mediante los cuales se pueda recuperar el control, como la toma de decisiones, y haciendo posible además el reconocimiento o la obtención de gratificaciones de manera contingente a los esfuerzos invertidos. Y todo ello, sin perder de vista el propósito de favorecer un clima de trabajo positivo, permitiendo el establecimiento de redes sociales de apoyo, en aras a facilitar una mayor calidad de vida en el trabajo (Bennett et al, 1996; Van Ham et al, 2006).

Conclusiones

El avance o desarrollo del burnout, supone una progresiva erosión del compromiso del trabajador (Lorente et al, 2008; Schaufelli, 2004), algo así como una disminución paulatina en su nivel de atención o dedicación sobre las tareas, y progresa desde el entusiasmo, hasta la apatía. Este síndrome aparece típicamente, en un primer momento y a nivel prodrómico, con la implicación excesiva característica del perfil frenético (Borritz et al, 2005). Puesto que no es fácil mantener dicho nivel de actividad, sin terminar agotado o resultar afectado (Maslach, 1986), el trabajador parece adoptar cierta distancia a modo de protección (Leiter et al, 1988), lo cual le alivia del exceso de actividad, pero a costa de sembrar el tipo de frustración emergente en el subtipo sin-desafíos (Cox et al, 1993). A la larga, este distanciamiento puede reducir la percepción de eficacia, dando paso a estrategias de afrontamiento pasivas, típicamente presentes en el subtipo de burnout desgastado (Bandura, 2001; Salanova et al, 2005). Este paralelismo entre la evolución del síndrome y los diferentes subtipos, ordenados de más a menos en función del nivel de dedicación (Edelwich et al, 1980), plantea la posibilidad de ajustar las intervenciones sobre el burnout entendiendo los subtipos como una sucesión de etapas en el desarrollo del síndrome (Montero-Marín et al, 2009). El futuro contraste de esta hipótesis longitudinal, clarificando el papel que la variable culpa puede jugar en el desarrollo y tránsito de unos perfiles a otros, podría promover un entendimiento mayor sobre la evolución del síndrome, que el proporcionado por las dimensiones estándar, tan problemáticas a este respecto. Además, facilitaría la implementación de nuevas líneas de intervención terapéutica, como las propuestas arriba, desde un nivel tan temprano y necesario como el momento de la formación de los residentes (Enoch et al, 2013).

Referencias

1. Anagnostopoulos F, Liolios E, Persefonis G, et al: Physician burnout and patient satisfaction with consultation in primary health care settings: evidence of relationships from a one-with-many design. *J Clin Psychol Med Settings*. 2012;19(4):401-10.
2. Auerbach SM, Kendall PC, Cuttler HF, Levitt NR. Anxiety, locus of control, type of preparatory information, and adjustment to dental surgery. *J Consult Clin Psychol* 1976; 44:809.
3. Bandura A. Social cognitive theory. An agentic perspective. *Annual Review of Psychology* 2001; 52:1-26.
4. Bennett L, Ross M, Sunderland R. The relationship between recognition, rewards and burnout in AIDS caring. *AIDS Care* 1996; 8:145-53.

5. Borritz M, Bültmann U, Ruqulies R, Christensen K, Villadsen E, Kristensen T. Psychosocial work characteristics as predictors for burnout: findings from 3-year follow up of the PUMA Study. *J Occup Environ Med* 2005;47(10):1015-25.
6. Carver C, Scheier M, Weintraub J. Assessing coping strategies: a theoretically based approach. *J Pers Soc Psychol* 1989; 56:267–283.
7. Chen MJ, Cunradi C. Job stress, burnout and substance use among urban transit operators: the potential mediating role of coping behaviour. *Work Stress* 2008; 22:327–340.
8. Cherniss C. Professional burnout in human service organizations. New York: Praeger; 1980.
9. Conn V, Hafdahl A, Cooper P, Brown LM, Lusk SL. Meta-analysis of workplace physical activity interventions. *Am J Prev Med* 2009; 37:330-9.
10. Cook RF, Billings DW, Hersch RK, Back AS, Hendrickson A. A field test of a web-based workplace health promotion program to improve dietary practices, reduce stress, and increase physical activity: randomized controlled trial. *J Med Internet Res* 2007; 9(2):e17.
11. Cox T, Kuk G, Leiter M. Burnout: health, work stress, and organizational healthiness. In: Schaufeli WB, Moret T, Maslach C, eds. Professional burnout: recent developments in theory and research. UK: Taylor & Francis; 1993. p.177-93.
12. Crespo M, Cruzado J. La evaluación del afrontamiento: adaptación española del cuestionario COPE con una muestra de estudiantes universitarios. *Anal Modif Conducta* 1989; 23:797–830.
13. De Oliveira GS, Chang R, Ritzgerald PC, Almeida MD, Castro-Alves LS, Ahmad S, et al. The prevalence of burnout and depression and their association with adherence to safety and practice standards: a survey of United States anesthesiology trainees. *Anesth Analg*. 2013; 117(1):182-93.
14. Demerouti E, Verbeke W, Bakker A. Exploring the relationship between a multidimensional and multifaceted burnout concept and self-rated performance. *J Manage* 2005; 31:186-209.
15. Doppia MA: Knowing is not enough, we must apply... *Ann Fr Anesth Reanim*. 2013; 32(3):140-1.
16. Downey RL, Farhat T, Schumann R. Burnout and coping amongst anesthesiologists in a US metropolitan area: a pilot study. *Middle East J Anesthesiol* 2012; 21(4):529-34.
17. Edelwich J, Brodsky A. Burnout stages of disillusionment in the helping professions. New York: Human Sciences Press; 1980.
18. Enoch L, Chibnall JT, Schindler DL, Slavin SJ. Association of medical student burnout with residency specialty choice. *Med Educ* 2013; 47(2):173-81.
19. Enzmann D. Burnout and emotions: an underresearched issue in search of a theory. In: G Antoniou & CL Cooper, eds. Research companion to organizational health psychology. Cheltenham: Edgar Elgar Publishing; 2005. p.495–502.

20. Fahlman SA, Mercer-Lynn KB, Flora DB, Eastwood JD. Development and validation of the multidimensional state Boredom Scale. *Assessment* 2013; 20(1):68–85.
21. Farber BA. Introduction: Understanding and treating burnout in a changing culture. *J Clin Psychol* 2000 May;56(5):589-94.
22. Freudenberger HJ. Staff burn-out. *J Soc Issues* 1974; 30:159-65.
23. García-Campayo J. La práctica del "estar atento" (mindfulness) en medicina. Impacto en pacientes y profesionales. *Aten Primaria* 2008; 40(7):363-6.
24. Gil-Monte P. El síndrome de Quemarse por el Trabajo (burnout). Una enfermedad laboral en la sociedad del bienestar. Madrid: Pirámide; 2005.
25. Gopal RK, Carreira F, Baker WA. Does internal medicine resident burnout affect self-reported quality of care? *J Gen Intern Med.* 2005; 20 (Suppl 1):153-154.
26. Green G. A burnt-out case. Nueva York: Viking Press; 1961.
27. Haberthür AK, Elkuch FM, Grosse Holtforth M, Hochstrasser B, Soyka M. Characterisation of patients discharged from inpatient treatment for burnout: use of psychological characteristics to identify aftercare needs. *J Clin Psychol* 2009; 65:1039–55.
28. Hoffer MA, Wolf CT, Friedman SB, Mason JW. A psychoendocrine study of bereavement. Part I. 17-hidroxicorticosteroid excretion rates of parents following death of their children from leukemia. *Psychosom Med* 1972; 34:481–91.
29. Isaksson KE, Tyssen R, Hoffart A, Sexton H, Aasland OG. A three- year cohort study of the relationship between coping, job stress and burnout after a counselling intervention for help-seeking physicians. *BMC Public Health* 2013; 10:213.
30. Koeske G, Koeske R. Construct validity of the Maslach Burnout Inventory: a critical review and reconceptualization. *J Appl Behav Sci* 1989; 25:131-44.
31. Lazarus A. Coping theory and research: past, present, and future. *Psychosom Med* 1993; 55:234–47.
32. Lazarus R, Folkman S. *Estres y procesos cognitivos* (Spanish translation of *Stress, appraisal and coping*). Barcelona: Martinez Roca; 1984. p. 468.
33. Lazarus R. From psychological stress to the emotions: a history of changing outlooks. *Annu Rev Psychol* 1993; 44:1–21.
34. Leiter M, Maslach C. The impact of interpersonal environment on burnout and organizational commitment. *J Org Behav* 1988; 9:297-308.
35. Lorente L, Salanova M, Martínez I, Schaufeli W. Extensión of the job demands-resources model in the prediction of burnout and engagement among teachers over time. *Psicothema* 2008; 20:354-60.
36. Mann T. *Buddenbrooks*. Berlín: S Fisher;1901.

37. Maslach C, Jackson S, Leiter M. Maslach Burnout Inventory. Palo Alto, CA: Consulting Psychologist Press; 1996.
38. Maslach C, Schaufeli W, Leiter M. Job Burnout. *Annu Rev Psychol* 2001;52:397-422.
39. Maslach C. Stress, burnout and workaholism. In: Killberg RR, Nathan PE, Thoreson RW, eds. *Professionals in distress: issues, syndromes and solutions in psychology*. Washington, DC: American Psychological Association; 1986. p. 53-73.
40. McEachan R, Lawton R, Jackson C, Conner M, Meads DM, West RM. Testing a workplace physical activity intervention: a cluster randomized controlled trial. *Int J Behav Nutr Phys Act* 2011; 8:29.
41. Melville H. *Bartleby el escribiente y otros cuentos*. Madrid: Valdemar; 1999.
42. Mion G, Libert N, Journois D. Burnout-associated factors in anesthesia and intensive care medicine: 2009 survey of the French Society of anesthesiology and intensive care. *Ann Fr Anesth Reanim*. 2013; 32(3):175-88.
43. Misiółek A, Gorczyca P, Misiółek H, Gierlotka Z. The prevalence of burnout syndrome in Polish anaesthesiologists. *Anaesthesiol Intensive Ther* 2014; 46(3):155-61.
44. Montero-Marín J, Araya R, Blazquez BO, Skapinakis P, Vizcaino VM, García-Campayo J. Understanding burnout according to individual differences: ongoing explanatory power evaluation of two models for measuring burnout types. *BMC Public Health* 2012; 12:922.
45. Montero-Marin J, Garcia-Campayo J, Andres E. Análisis exploratorio de un modelo clinico basado en tres tipos de burnout. *C Med Psicosom* 2008; 88:41-9.
46. Montero-Marín J, García-Campayo J, Fajó-Pascual M, Carrasco JM, Gascón S, Gili M, Mayoral-Cleries F. Sociodemographic and occupational risk factors associated with the development of different burnout types: the cross-sectional university of Zaragoza study. *BMC Psychiatry* 2011a; 11:49.
47. Montero-Marin J, Garcia-Campayo J, Mera D, López Y. A new definition of burnout syndrome based on Farber's proposal. *J Occup Med Toxicol* 2009; 4:31.
48. Montero-Marin J, Garcia-Campayo J. A newer and broader definition of burnout: Validation of the "Burnout Clinical Subtype Questionnaire (BCSQ-36)". *BMC Public Health* 2010; 10:302.
49. Montero-Marín J, Piva Demarzo MM, Stapinski L, Gili M, García-Campayo J. Perceived stress latent factors and the burnout subtypes: a structural model in dental students. *Plos One* 2014b; 9(6):e99765.
50. Montero-Marín J, Prado-Abril J, Carrasco JM, Asensio-Martínez A, Gascón S, García-Campayo J. Causes of discomfort in the academic workplace and their associations with the different burnout types: a mixed-methodology study. *BMC Public Health* 2013a; 13:1240.

51. Montero-Marín J, Asún S, Estrada-Marcén N, Romero R, Asún R. Effectiveness of a stretching program on anxiety levels of workers in a logistic platform: a randomized controlled study. *Aten Primaria* 2013b; 45(7):376-83.
52. Montero-Marín J, Prado-Abril J, Demarzo M, Gascón S, García-Campayo J. Coping with stress and types of burnout: explanatory power of different coping strategies. *PloS One* 2014a; 9(2): e89090.
53. Montero-Marín J, Skapinakis P, Araya R, Gili M, García-Campayo J. Towards a brief definition of burnout syndrome by subtypes: development of the 'Burnout Clinical Subtype Questionnaire' (BCSQ-12). *Health Qual Life Outcomes* 2011b; 9:74.
54. Reissner V, Baune B, Kokkevi A, Shifano F, Room R. Burnout, coping and job satisfaction in service staff treating opioid addicts-from Athens to Zurich. *Stress Health* 2010; 26:149-59.
55. Repar P, Patton D. Stress reduction for nurses through Arts-in-Medicine at the University of New Mexico Hospitals. *Holist Nurs Pract* 2007; 21:182-6.
56. Ruotsalainen J, Serra C, Marine A, Verbeek J. Systematic review of interventions for reducing occupational stress in health care workers. *Scand J Work Environ Health* 2008, 34:169-78.
57. Salanova M, Grau R, Martínez I. Demandas laborales y conductas de afrontamiento: el rol modulador de la autoeficacia profesional. *Psicothema* 2005; 17:390-5.
58. Schaufeli W, Bakker A. Job demands, job resources, and their relationship with burnout and engagement: a multi-sample study. *J Organizat Behav* 2004, 25:293-315.
59. Schaufeli W, Leiter M, Maslach C. Burnout: 35 years of research and practice. *Career Development International* 2009, 14:204-20.
60. Schaufeli WB. Past performance and future perspectives of burnout research. *SAJIP* 2003; 29:1-15.
61. Schulz M, Damkröger A, Heins C, Wehlitz L, Löhr M, Driessen M, et al. Effort-reward imbalance and burnout among German nurses in medical compared with psychiatric hospital settings. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2009; 16(3):225-33.
62. Shanafelt TD, Bradley KA, Wipf JE. Burnout and self-reported patient care in an internal medicine residency program. *Ann Intern Med.* 2002, 5;136(5):358-67.
63. Shirom A. Epilogue: mapping future research on burnout and health. *Stress and Health* 2009, 25:375-80.
64. Siegrist J. Adverse health effects of high-effort/low-reward conditions. *Journal of Occupational Health Psychology* 1996; 1:27-41.
65. Spielberger C, Reheiser E. Occupational stress and health. In: A Stamatios, G Antoniou & CL Cooper, eds. *Research Companion to Organizational Health Psychology*. Cheltenham: Edward Elgar; 2005. p. 441-54.

66. Toppinen-Tanner S. Process of burnout: structure, antecedents and consequences. Helsinki: Finnish Institute of Occupational Health; 2011.
67. Unger JB, Kipke MD, Simon TR, Johnson C, Montgomery S. Stress, coping, and social support among homeless youth. *J Adolesc Res* 1998; 13:134–157.
68. Van Ham I, Verhoeven A, Groenier K, Groothoff J, De Haan J. Job satisfaction among general practitioners: a systematic literature review. *Eur J Gen Pract* 2006; 12(4):174-80.
69. Van Rhenen W, Blonk R, van der Klink J, van Dijk FJ, Schaufeli WM. The effect of a cognitive and a physical stress-reducing programme on psychological complaints. *Int Arch Occup Environ Health* 2005; 78:139-48.
70. Wallace SL, Lee J, Lee SM. Job stress, coping strategies, and burnout among abuse-specific counsellors. *J Employ Couns* 2010; 47:111–22.
71. Weimberger DA, Schwartz GE, Davidson RJ. Low-anxious, high-anxious, and repressive coping styles: psychosomatic patterns and behavioural and physiological responses to stress. *J Abnorm Psychol* 1979; 88:369–80.
72. West CP, Huschka MM, Novotny PJ, Sloan JA, Kolars JC, Habermann TM, et al. Association of perceived medical errors with resident distress and empathy: a prospective longitudinal study. *JAMA* 2006; 296(9):1071-8.
73. Woods P. Intensification and stress in teaching. In: Huberman AM, ed. *Understanding and preventing teacher burnout: a sourcebook of international research and practice*. New York, Cambridge University Press; 1999:115-38.