



ANTE EL BURNOUT: CUIDADOS A LOS EQUIPOS DE SALUD MENTAL

BEGOÑA OLABARRÍA y FERNANDO MANSILLA

Ayuntamiento de Madrid

Resumen: El propósito de este trabajo es reflexionar sobre los profesionales que atienden a personas con sufrimiento psíquico, y que configuran un escenario que contiene el riesgo identificable como *burnout*. El *burnout* de profesionales y equipos que trabajan en servicios de Salud Mental, desde una óptica de continuidad de cuidados, genera costes que se traducen en los modos de atención a los usuarios, en los modos de relación en el equipo, en la relación del equipo con otros equipos de la red y en la relación entre el equipo y la organización de la que dependen. Por tanto, para un adecuado afrontamiento y manejo de este riesgo, es preciso tener en cuenta medidas de protección en el nivel individual, del equipo y de la organización. Y, especialmente, los cuidados que los equipos humanos de trabajo en servicios de ayuda a otros seres humanos en contacto con daño habitualmente reciben y los que sería conveniente que se le ofrecieran.

Palabras clave: *Burnout*, equipo, cuidados, medidas de protección.

Faced with burnout: Caring for mental health teams

Abstract: The purpose of the present paper is to contemplate professionals when performing their work assisting people with psychological suffering, in a stage setting that includes the risk identified as *burnout*. With a view to continuing care, burnout of professionals and teams working in mental health services generates costs which are reflected in the quality of attention to patients, in team interaction, in the relationship of the team with others teams in their field and in the relationship between the team and the organisation it belongs to. Therefore, an adequate handling and facing of this risk requires protective measures for the individual, the team and the organisation. This is especially so for teams in disaster or rescue services that would benefit from an adequate care.

Keywords: Burnout, team, healthcare, protective measures.

INTRODUCCIÓN

Los cambios sociodemográficos, de valores y de la estructura familiar en las últimas décadas ha conllevado a una pérdida progresiva de disponibilidad familiar en la prestación de cuidados, lo que ha provocado una importante modificación de las redes primarias de cuidados y apoyos a los miembros con problemas para su desempeño en la cotidianidad. La superación de la concepción de la institución total como lugar desde el que se otorgan los cuidados que cubran la totalidad de las necesidades del paciente con trastorno mental, ha

abierto paso a la búsqueda y establecimiento de nuevas formas de atención, de atención integral, de atención comunitaria, buscando el mantener a los pacientes en su entorno social.

Hoy, es una evidencia científica que en la producción y en la intervención de los trastornos mentales existe una asociación inextricable de factores biológicos, psicológicos y sociales que obligan a contemplar cambios en los modos de concebir y realizar las intervenciones profesionales buscando modelos y líneas de atención integral para los usuarios (Belloch y Olabarría, 1993). Pero estos cambios cuentan con importantes resistencias entre los propios profesionales y/o entre los diversos sistemas que han de colaborar. Se desarrollan entonces en los sistemas de atención y prestaciones, en los equipos y en los profesionales, lógicas endogámicas que desdibujan las necesidades de quienes son y han de ser el objetivo y el objeto de la atención.

Recibido 17 marzo 2006; aceptado 8 noviembre 2006.

Correspondencia: Fernando Mansilla Izquierdo, Emilio Coll nº 22, 1, 28224 Pozuelo de Alarcón (Madrid). Correo-e: mansillaif@munimadrid.es.

Estas lógicas endogámicas que dificultan la percepción de la complejidad y complementariedad de las intervenciones entre los diversos profesionales de los equipos multiprofesionales, entre los diferentes servicios de un territorio y entre los sistemas de cuidados, resultan no sólo ineficaces para el establecimiento y desarrollo de intervenciones integrales, sino que además, generan confusión, desconfianza e incluso enfrentamiento entre profesionales, entre servicios y entre sistemas de atención.

El perfil de la atención preciso en Salud Mental se caracteriza por la consideración de la multiplicidad de variables intervinientes imposibles de aprehender desde una sola disciplina (Olabarriá, 2002), lo que implica la necesaria incorporación de diferentes especialistas en los equipos multiprofesionales y el desarrollo de un abanico de intervenciones, prestaciones y servicios diversificados en un territorio definido desde una óptica de continuidad de cuidados.

Esta diversidad implica, por un lado, que la complejidad de la oferta de servicios y de la atención sanitaria en materia de salud mental, no va a ser realizada en una sola institución aislada. Y, por otro lado, el valor de la función relacional (interprogramas, interservicios) y con otras áreas de servicios (Sociales, Justicia, Educación...). Por tanto, la modificación de las concepciones y de la operativización de nuevos modos de hacer, resulta no sólo necesaria, sino imprescindible.

Sin embargo, en el contexto de la salud mental nos encontramos con marcos inestables y poco contenedores, para aquellos profesionales que trabajan en la ayuda a otros seres humanos en unos cometidos que reclaman altos niveles de implicación personal, y además lo hacen en contacto con una población que sufre.

Cuando se pone en relación la insuficiencia de profesionales y servicios diversificados en el territorio con el incremento de la morbilidad, los cambios demográficos, de valores y de estilos de vida y con la necesidad de intervenciones integrales podemos comprender la necesidad de una estrategia con bases comunes, disponer de más recursos y de la cooperación de diversos sistemas de atención, principalmente sanitario, educativo, servicios sociales (Gar-

cía González, 2003). Y ello es preciso hacerlo a cada uno de los equipos de cada sistema de prestaciones, de manera no compartimentada, con complementariedad y desde una óptica de continuidad de la atención.

Pero para ello son fundamentales también las actitudes, valores y culturas de los grupos y subgrupos de los profesionales de los servicios, y por ende la formación para realizar este trabajo. En este sentido, de nuevo, existen carencias, incertidumbres, y sin duda pasos adelante pero también atrás.

Así, los elementos de incertidumbre vividos por los profesionales en su ejercicio de atención en los servicios de salud mental a personas con sufrimiento psíquico, configuran un escenario que contiene riesgos con dimensiones identificables del *burnout*. No obstante, para un adecuado afrontamiento y manejo de los riesgos que conlleva este ejercicio profesional, es preciso avistar lo individual, el equipo y la organización.

ACERCA DEL BURNOUT

El término *burnout* se atribuye a Freudenberg (1974), si bien, Maslach y Jackson (1982) lo definieron como «una respuesta a un estrés emocional crónico cuyos rasgos principales son el agotamiento físico y psicológico, una actitud fría y despersonalizada en la relación con los demás y un sentimiento de inadecuación a las tareas que se han de desarrollar». Parece existir consenso sobre que el *burnout* resultaría ser una de las formas más específicas de estrés laboral. Pero si el estrés ha tenido definiciones imprecisas e incluso contradictorias, el estrés laboral y específicamente el *burnout*, posiblemente aún más.

Existen factores que inciden en la aparición del estrés profesional. Su identificación progresiva hace que sea factible trabajar en relación a los mismos desde diseños organizacionales y criterios preventivos. De hecho, se ha señalado el incremento de la demanda en los servicios de salud mental de los trastornos o sintomatología relacionada con acontecimientos y factores laborales (Ortiz Lobo, García Moratalia y De

la Mata, 2005). Y este tipo de demanda es mayor entre los profesionales de servicios de ayuda a seres humanos.

La Teoría de las Organizaciones entiende que el *burnout* es la consecuencia de un desajuste en las necesidades del trabajador y los intereses (y su canalización) de la empresa (Golembiewski, Hiller y Daly, 1987). Desde una perspectiva amplia Bronfenbrenner (1979) explica el *burnout* como el desajuste disfuncional entre los distintos contextos significativos de los que participa el sujeto (familiar, laboral, económico...) y que deviene en *burnout* como una fórmula adaptativa o de compromiso no exitosa, explicándolo desde la Teoría Ecológica del desarrollo humano.

Reduciendo la implicación de variables a la persona y la empresa desde la Teoría Cognitiva, se trata del modo de estructuración que alcanzan las percepciones del individuo como profesional, que hacen que éste no establezca una relación funcional entre el acercamiento emocional a los individuos objeto de su atención en el trabajo y una distancia suficiente para el mantenimiento de una cierta objetividad. El exceso de polarización en torno a uno de estos dos ejes sería el determinante del *burnout* (Meier, 1983). Esta última observación enlaza con las tres dimensiones que engloban el síndrome de *burnout*: agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal en el trabajo.

Leiter y Maslach (1988) consideraron que los sujetos con síndrome de *burnout* desarrollan un sentimiento de agotamiento emocional, lo que da lugar a la aparición de una actitud despersonalizada hacia las personas que deben atender y como consecuencia de ello pierden el compromiso personal de implicación en el trabajo (Gascón, Olmedo y Ciccotelli, 2003). Álvarez Gallego y Fernández Ríos (1991) aportan una descripción de los distintos modos comprensivos del *burnout* que en realidad parecen ajustarse básicamente al modelo teórico-técnico del investigador destacando que el *burnout* constituye la última secuencia de un proceso. Para Lee y Ashforth (1993) tanto la despersonalización como la falta de realización personal en el trabajo son consecuencia directa de los sentimientos de agotamiento emocional.

Gil-Monte, Peiró y Valcarcel (1995) postularon que el *burnout* se inicia con el desarrollo de bajos sentimientos de realización personal en el trabajo y paralelamente se producen altos sentimientos de agotamiento emocional lo que genera despersonalización.

Mansilla (2003) retoma para el *burnout* la idea de un orden secuencial en el que aparecen y se desarrollan los síntomas que lo integran (agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal en el trabajo). De hecho, Golembiewski, Munzenrider y Carter (1983) interpretaron que el síntoma inicial es el desarrollo de actitudes de despersonalización, como mecanismo disfuncional de afrontamiento del estrés, y posteriormente los sujetos experimentaban baja realización personal en el trabajo y a más largo plazo agotamiento emocional.

Peiró (2005) realiza una aproximación integradora, interaccionista y transaccional que incluye la persona, los estresores laborales intraorganizacionales y extraorganizacionales, las estrategias de afrontamiento y las consecuencias de la experiencia de estrés.

Al margen de la disputa acerca de cómo se configura en sí mismo, cabría preguntarse si el *burnout* puede considerarse un síndrome diferenciado de los trastornos de ansiedad (en que posiblemente la respuesta desde la Psicopatología, fuera negativa). Ya Meier (1983) se manifestó acerca de la inadecuada definición de un nuevo síndrome, pues estaría incluido en otros cuadros. Así, son muchos los autores que hacen hincapié en que el *burnout* es una forma de estrés laboral (Hernández-Martín, Fernández-Calvo, Ramos, y Contador, 2006; McNeill, 1982; Myers y McCaulley, 1985; Pines y Kafry, 1978; Reig y Caruana, 1990) o más específicamente se trataría de un tipo de estrés que aparece y se desarrolla en el medio laboral. Igualmente, existe debate sobre si restringir el término *burnout* al dominio de servicios a personas o ampliarlo a todo tipo de profesiones (Bakker, Demerouti, y Schaufeli, 2002; Flórez Lozano, 1995; Salanova y Schaufeli, 2000).

Conviene, en cualquier caso, delimitar el campo que tanto el estrés laboral como el *burnout* acoge, bajo su radio de acción, definir y confrontar la situación, ya que la fragilidad diagnóstica sobre ellos ha dado lugar a la exis-

tencia de imprecisas definiciones conceptuales y pueden conllevar usos (y abusos) indebidos tanto en su rotulación como en su abordaje.

Con la intención de delimitar el término, consideramos el *burnout*, por una parte, como «una respuesta a un estrés emocional crónico» en el medio laboral, lo que indica el carácter identificable del marco generador/desencadenante y la posibilidad de trabajar ciertos elementos de su configuración con criterios de protección y cuidado (Maslach y Jackson, 1984). Y por otra, como apuntan Maslach y Jackson (1986) el «agotamiento emocional, despersonalización y una reducida realización personal que puede ocurrir en individuos que trabajan en alguna medida con personas». Dichos autores, ya matizaron en 1984 que si bien el aburrimiento aparece tanto en el *burnout* como en la insatisfacción laboral, sólo en el primer caso es producto de disfunciones emocionales crónicas. Es por ello que señalan que si bien la insatisfacción laboral aparece como un elemento del *burnout* aquélla sólo aparece ligada al agotamiento emocional del *burnout* y no fuera de él. Por otra parte, es común a la depresión pero la característica diferencial del abatimiento en el *burnout* no es otro que su acotación en el espacio y en el tiempo cotidiano al contexto laboral de servicios de ayuda a seres humanos en contacto con daño.

Finalmente, es preciso distinguir el *burnout* de una crisis de ciclo vital o crisis evolutiva definida por Bronfenbrenner (1979), de modo tal que surge en la mitad de la vida esperada de un individuo en el momento en que éste hace una valoración negativa de su posición y posibilidades profesionales de desarrollo futuro. De hecho, el *burnout* tiene mayor incidencia en profesionales jóvenes tras una fase de cambio en servicios de ayuda a seres humanos, realizada con altos niveles de implicación personal.

Parece que se puede concluir respecto al *burnout* que se trata de una reacción que se produce en la relación del sujeto con el medio relacional de la organización laboral que tiene como tarea la de ayudar a seres humanos, más aún, si éstos están en contacto con daño y ese contacto produce un impacto emocional generador de modalidades relacionales disfuncionales.

Como puede apreciarse, muchos de los patrones descritos para el *burnout* son semejantes a la sintomatología depresiva y ansiosa, relacionada con estrés. Pero al hablar de ansiedad o de depresión, el foco está puesto en síntomas, en problemas personales del profesional que interfieren con una buena adaptación y con un adecuado desempeño laboral. Sin embargo, al hablar de desgaste profesional lo que se señala es que no es un problema de síntomas o trastornos psicológicos individuales, sino de reacciones que pueden presentar los trabajadores que desarrollan su actividad en contacto con personas y con determinadas modalidades de relación laborales. Permite, por tanto, hacer frente al problema desde una consideración diferente a la de su abordaje desde la clínica individual, una consideración favorecedora además de diseños organizativos y actuaciones de carácter organizacional/laboral (Gil-Monte, 2005).

Sin duda la idea de denominar estas reacciones como desgaste profesional, favorece una reformulación del problema que implica un cambio en los niveles de conceptualización, de responsabilidad y de abordaje. Dicha reformulación permite definir este conjunto de dificultades que pueden afectar al profesional, a los equipos y a los usuarios, en términos de relaciones laborales y de organización del trabajo, por tanto operativas, poniendo el énfasis en el desempeño profesional, en las relaciones en el equipo, interequipos e intersistemas y en las temáticas de trabajo y formación, devolviendo la responsabilidad al sujeto y a la institución. Así, esta reformulación como equipos quemados permite abordar el problema desde una perspectiva grupal, organizacional y temática, más que individual.

El *burnout* muestra que en el contexto de modalidades laborales interactivas cuyo objetivo es la ayuda específica a seres humanos que puede surgir y establecerse un modo disfuncional de respuesta interactiva identificable, el *burnout*, cuyos perfiles conviene conocer y que globalmente puede describirse fenomenológicamente como un modo específico de estrés laboral. El carácter identificable de estas modalidades relacionales será lo que puede permitir un adecuado establecimiento de medidas protectoras, medidas que encuentran justificación

si consideramos los costes psicosociales y económicos que la problemática conlleva.

Por último, el *burnout* genera costes invisibles (Durán, 2003) que conciernen transversalmente a los diferentes niveles de complejidad creciente que son relevantes y han de configurar el que-hacer de los profesionales de salud mental desde una óptica de continuidad de cuidados. Por tanto, la gestión en el ámbito de las propias organizaciones, de los propios servicios de ayuda a seres humanos en contacto con daño, debería tener en cuenta en su diseño la protección de los profesionales que en ellas trabajan, así como potenciar los estudios que puedan aportar más conclusiones para la definición y profundización en líneas de actuación en estas materias.

EL *BURNOUT* Y LAS CRISIS ORGANIZACIONALES

El *burnout* remite a la noción de «crisis» en las organizaciones, entendida como elemento clave del desarrollo de las mismas, fuente por tanto de crecimiento o por contra de esterotipia, repetición y anulación. Una vez que un trabajador se ha «quemado», el patrón reaparece con mucha frecuencia o lo reproduce en distintos contextos laborales, aunque es en el marco de una crisis o conflicto en la organización laboral en que surge frecuentemente por vez primera.

Este hecho pone claramente de manifiesto que la organización no es algo ajeno, no es el lugar del otro ó de los otros, sino que cada sujeto participa de ella constituyéndola y siendo constituido por ella. Pero esta forma de estar -o de ser- de y en las instituciones laborales de ayuda a los seres humanos, aboca a considerar tanto los procesos evolutivos de los sujetos como de las organizaciones, que se entrecruzan y determinan de maneras inextricables.

Es en este marco cuando conviene hablar de las crisis en las organizaciones. Partiendo de la premisa de que las crisis son inevitables en el devenir de cualquier sistema, y que son claves para el crecimiento y el cambio en las organizaciones; hay que añadir que toda crisis supo-

ne un cierto estado de desorganización, de conflicto con la/s tarea/s, de cuestionamiento del hacer y de las relaciones, de la posibilidad de incorporar nuevos elementos para el análisis y la acción o por el contrario, de cerrarse a ellos.

Las crisis ponen en cuestión los anteriores equilibrios entre la estabilidad y el cambio y hacen surgir controversias y subgrupos con distintos liderazgos que se enfrentan entre sí con más o menos dureza, pertinente o no con la tarea del grupo. Y, sobre todo, de maneras abiertas u ocultas. Crisis cuyo clima es al menos el del desconcierto y cuya conflictividad se puede situar en tomo a distintos ejes relacionales entre los integrantes de la organización, entre los integrantes de la microorganización y la institución más amplia de la que dependen, entre los integrantes de la organización y los usuarios de la misma, en varios de ellos entrecruzada y transversalmente o incluso en todos los ejes a la vez.

Los aspectos cuantitativos de la crisis en cuanto a intensidad, duración, conflictividad, etc., pueden hacer olvidar lo esencial: cómo, porqué, para qué y hacia dónde circulan las relaciones que estaban antes de la crisis, las que la desencadenaron, las que la sostuvieron y las que finalmente resolvieron adecuadamente o en un sentido inadecuado, rígido y generador de disfunciones en alguno de los ejes relacionales antes reseñados.

Concretamente, en nuestro caso, conviene también reflexionar acerca de los cuidados que reciben los equipos de salud mental que prestan servicios de ayuda a personas con daño habitualmente. Casi siempre esos cuidados son nulos, y sólo en ocasiones se producen en forma indirecta a través de la formación continuada y la supervisión de equipos. Sin embargo, estas acciones permiten intervenir, analizar y canalizar los entrecruzamientos de líneas de conflicto de distintos ejes de relaciones, característicos de las crisis en las organizaciones, aminorando de este modo el sufrimiento de sus trabajadores así como sus efectos sobre los usuarios. Porque para cuidar de dichos usuarios es preciso considerar el modo del cuidado de los trabajadores de las mismas.

Si bien son cada día más habituales las consultas de pacientes en servicios sanitarios por

estrés laboral de uno u otro tipo, una demanda para intervención en crisis organizacional no resulta tan frecuente, a pesar de la incidencia de crisis en las mismas. Lo cierto es que a menudo son otras formulaciones las que se hacen manifiestas ocultando el problema. Así, es frecuente la demanda a servicios de salud laboral para estudio y valoración de condiciones de trabajo, que ocultan que el problema no está en las condiciones ambientales de trabajo, sino en otro orden y nivel: el relacional.

Para intervenir en una institución en crisis, como en cualquier demanda, es preciso tener muy en cuenta quién la formula y con qué respaldo. Al fin, esa demanda producto de una crisis no es más que el último movimiento relacional de los integrantes de una organización humana, con sus reglas explícitas y, sobre todo, implícitas; con su organigrama explícito y, sobre todo, implícito; con sus alianzas explícitas, y, sobre todo, implícitas; con sus juegos de poder en curso, los abiertos y los ocultos.

Por tanto, es preciso saber cuando intervenimos como expertos externos que alguien o algún subgrupo implicado en el conflicto puede esperar de nosotros una intervención que les facilite su victoria en una «guerra» de relaciones en la crisis y que esa esperanza será no explícita y casi siempre se enmascara en seductoras solicitudes de ayuda. También que, en situación de «guerra», todos los objetivos se supeditan al de la obtención de la victoria.

Una intervención ante cualquier demanda de salud de una organización y, especialmente de una organización en crisis, requiere conocer la demanda explícita naturalmente, pero sobre todo la/s implícita/s; los juegos de relación que están en curso y en donde tiene un cierto sentido esta demanda; una cierta historia de la organización en cuanto al anterior y el exterior de la misma; si anteriormente hubo intervenciones organizacionales o institucionales y la valoración que hicieron los integrantes de ellas, etc.

Con toda esta información y las relaciones que se generan al recogerla, sin crear alianzas con subgrupos ni expectativas que luego puedan ser disfuncionales, tal vez, se esté en condiciones de iniciar un «contrato» o acuerdo tomando como referente la demanda inicial, pero ya modificada precisando los objetivos,

los procedimientos y tiempos de la intervención y ejerciendo la neutralidad. También hay que recordar que toda organización tiene permanentes equilibrios dinámicos y, por ende, un carácter estable y cambiante, cuya mejor expresión son sus tareas y los modos de realización. Las crisis resueltas disfuncionalmente en cualquier organización pueden afectar seriamente la calidad de la atención recibida por los usuarios de trabajadores «quemados».

No obstante, y a pesar de sus efectos disfuncionales no es cierto que la falta de conflictos en las organizaciones pueda considerarse un índice de salud. Incluso puede tratarse de un síntoma cuando el silencio se instala y las palabras, hechos y relaciones con el exterior y en el interior, se estereotipan para el mantenimiento de un estatus situacional rígido, donde la aparición de algún nuevo elemento se define como ruptura de norma implícita, de lealtad u otros.

En cualquier caso, el *burnout* resulta, por tanto, ser una reacción específica de trabajadores en profesiones que trabajan en contacto con seres humanos, y principalmente en los casos de ayuda a personas que presentan daños y/o limitaciones psicológicos o físicos. Ahora bien, las características de las relaciones existentes en la organización, tiene un peso importante en el desarrollo de este síndrome. En apoyo de esta afirmación contamos con un elemento insospechado: el contagio. Efectivamente, porque puede ocurrir que un equipo se vaya contaminando a partir de la existencia de uno o más de sus miembros «quemados» y quede a su vez rígida y estáticamente «quemado» de tal manera que la evolución organizativa o la sucesiva incorporación de nuevos profesionales al equipo no modifique dicha situación.

ALGUNOS APUNTES SOBRE LAS CAUSAS Y CONSECUENCIAS DEL BURNOUT EN LOS TRABAJADORES DE LA SALUD MENTAL

Posiblemente el trabajo en servicios y tareas de ayuda a seres humanos, especialmente los que prestan atención en contacto con daño y violencia, requiere de un importante nivel de

implicación relacional y temática para un buen desempeño. Pero este tipo de tareas contiene riesgos específicos, por lo que es importante tomar precauciones preventivas tanto organizativas como grupales o de equipo e individuales, medidas que son lamentablemente infrecuentes.

Frente al mencionado riesgo, es preciso que el cuidador se cuide para poder cuidar a otros y también es preciso cuidar al cuidador con el mismo fin. En este sentido, la acción organizativa con efecto preventivo tendría que enfatizar la responsabilidad del autocuidado en el ejercicio laboral/profesional de quienes trabajan en ayuda a seres humanos, particularmente de quienes están en contacto duradero con daño y se deberían desarrollar estrategias de abordaje y de prevención, tanto a nivel de los equipos de trabajo y de la organización como a nivel individual.

La supervisión del trabajo de profesionales de equipos de salud mental y de servicios sociales, ha permitido visualizar el efecto que tiene sobre dichos trabajadores abordar los temas de alto impacto emocional, como es el trastorno mental desde una óptica de trabajo en equipo y de continuidad de cuidados. Las problemáticas propias de este tipo de puestos de trabajo, cuando no es afrontado adecuadamente, va produciendo un oculto impacto en las personas y los equipos que podríamos asemejar metafóricamente al contagio que se produce al estar en contacto cercano con productos tóxicos o infecciosos.

Quien trabaja en contacto con el daño psíquico y/o físico ayudando a seres humanos, requiere una actitud de compromiso e implicación relacional no invasiva y contenedora. La percepción subjetiva de dicha implicación es la de dar, de entregar, muchas veces sin límites claros, sin distancia operativa y cognoscitiva. Sobre todo al comienzo de la trayectoria profesional, pero no sólo.

Desde luego, uno de los efectos del impacto oculto que puede contener ese contacto es que el profesional revive o detecta experiencias propias, olvidadas o no, pasadas o presentes. Es decir, se contrasta. Y uno de los posibles efectos de ello es precisamente la reproducción de los sufrimientos de los usuarios de los servi-

cios, o de sus comportamientos, al trabajar profesionalmente con ellos. Se trata de una modalidad vicaria de incorporación de efectos de daño, de identidad de victimización (Aron, 2004). Y así, personas que se caracterizaban por su serenidad para enfrentar situaciones conflictivas, comienzan a reaccionar airadamente y/o a reaccionar exageradamente, cuando están en contacto con temas como los que implica su actividad profesional.

Se trata de una hipersensibilidad frente a situaciones con las que se identifican, provocando un estado de alerta que se manifiesta por ejemplo, ante que lo que definen como sus derechos no sean tomados en consideración por los usuarios, compañeros, jefes, otros profesionales de otros servicios, y surge hiperreactividad frente a las situaciones así definidas, sean así éstas realmente o no.

Esa victimización al cabo de un tiempo puede permitir al profesional «quemado» contar con el arma de definir como agresor/es a quienes le reclaman su ejercicio profesional (compañeros, jefes, usuarios) en relación a los cuales y desde la victimización, le cabe defenderse, para lo que le es preciso atacar, pero definiendo su ataque como una acción reestructurante («poner las cosas en su sitio»), una protección para sí y también para el colectivo de compañeros a los que manifiesta defender con su comportamiento.

Por otra parte, la afectación de los equipos se produce por un doble efecto. El que corresponde a la respuesta relacional de quienes se sienten abandonados y sobrecargados por la desimplicación y el abandono de responsabilidad y las tareas mal desempeñadas por el/los que están afectados por el *burnout* y el del contagio o de reproducción en el grupo de trabajo de circuitos de dominación y daño/enfrentamiento con quienes no participan o aceptan esa victimización. Quizás, porque los equipos crean sinergia y porque gran parte de la conducta individual tiene su origen en las normas y valores socioculturales del grupo de trabajo.

Cuando en un equipo que trabaja en la ayuda a seres humanos en contacto con daño y/o violencia psíquica (o física), algunos de sus miembros quedan definidos y quedan percibidos por otros como abusadores o agresores, una

parte del equipo o incluso una mayoría, puede percibirse como víctima o en riesgo de serlo. Entonces los equipos se disocian, aparecen coaliciones abiertas u ocultas (estas últimas las más perniciosas) y triangulaciones organigráficas perversas. Es decir, surgen las modalidades patológicas de juegos relacionales en el contexto laboral. Un contexto laboral que, como ya ha quedado señalado, requiere de alta implicación.

Las emociones concomitantes a esos juegos relacionales en curso son: conflictos de lealtades, persecución, miedo, designación de chivos emisarios, sensación de abuso de poder, expulsión de algún miembro... Y esta situación que en inicio es una crisis, puede cronificarse y generar aislamiento de los componentes del equipo, dificultad para abordar los conflictos... Algunos miembros se muestran externamente como víctimas y silenciados y de ello precisamente, de la imagen trasladada y las coaliciones propuestas, deviene una modalidad específica de fuerza relacional que se pone en juego en dinámicas de equilibrios/desequilibrios de poder.

El trabajo con los usuarios se resiente, queda en segundo plano, y recibe la carga de los conflictos no resueltos del equipo. El equipo «se quema». Los equipos afectados, además de los importantes (y ocultados) efectos en la calidad de sus prestaciones, pueden ocasionar sufrimiento a sus integrantes, tener una alta rotación de personal y favorecer el abandono de este campo de trabajo a diferentes profesionales.

ACTUACIÓN ANTE EL PROBLEMA: LA TRASVERSALIDAD DE LAS ESTRATEGIAS PROTECTORAS EN DIFERENTES NIVELES

Considerar el riesgo es establecer el primer paso para el autocuidado: saberse profesionales con riesgo y que la institución de referencia conozca que cuenta con equipos en riesgo de *burnout*, puede abrir la puerta para asignar recursos al desarrollo de estrategias que permitan amortiguar el efecto nocivo y contagioso que tiene el trabajo en y con estos temas. Pero el autocuidado es insuficiente si atendemos al

carácter de la actuación en equipos y organizaciones.

El autocuidado es una responsabilidad personal de cada profesional que debe asumirlo como tal, como lo hace cualquier trabajador que afronta riesgos en su trabajo y adopta medidas de prevención y protección, como, por ej., gafas protectoras en la fundición o casco en la construcción. Algunas pautas generales de utilidad en este ámbito laboral pueden ser: Buscar formación suficiente y pertinente, manteniendo alta cualificación y competencia para las tareas que a cada uno ocupan, considerando al tiempo la necesaria implicación y distancia operativa en las intervenciones clínicas. Incrementar la curiosidad o interés ante todo lo que pueda ser nuevo y resultar fuente aportadora. Finalmente, mantener una actitud abierta y colaboradora con los compañeros y ante los usuarios es sin duda imprescindible en el trabajo en salud mental hoy.

Pero quedarnos sólo en ese nivel, implicaría una sobrecarga adicional para estos profesionales y en cualquier caso sería insuficiente: es preciso considerar el nivel de cuidado de los equipos, lo cual es también responsabilidad de los directivos y de la institución, con el objetivo de generar condiciones protectoras en el trabajo de los profesionales de salud mental que realizan la tarea de ayuda clínica a otros seres humanos que sufren y presentan daño psíquico.

Como hemos mencionado anteriormente, los equipos quemados generan costes y problemas de gestión a la institución, porque tienen una alta rotación de personal, un fuerte absentismo, bajas por enfermedad, etc... Y además pueden ocasionar mucho sufrimiento a sus integrantes y a sus usuarios, lo que hace preciso el diseño de estrategias de actuación transversal en diferentes niveles, que conduzcan a que se establezcan en cada uno de ellos las medidas precisas que sean de su competencia y responsabilidad.

Esta transversalidad se refiere a que las medidas que conlleva tienen que establecerse de forma complementaria y continuada por cada uno de los diversos sistemas, no con carácter sumativo, lo que establece interacción entre ellos, formas de relación y participación, frente al aislamiento y la desvinculación de cada profesional, de cada equipo, de cada organización.

Dada la importancia de la actuación en diferentes niveles (individual, de equipo y de la institución) interconectados y con una perspectiva estratégica transversal. Pasamos a describir a continuación algunas estrategias protectoras acordes con la responsabilidad en cada uno de ellos.

NIVEL INDIVIDUAL: EL AUTOCUIDADO

El primer nivel, el individual, de autocuidado respecto a riesgos invisibles, resulta ser uno de los más fácilmente olvidados cuando no directamente abandonado. Esto no ocurre únicamente en los profesionales de ayuda a seres humanos en contacto con daño. Así, los trabajadores de la industria química con frecuencia han de ser seguidos y supervisados en el uso de las medidas e instrumentos de protección en el trabajo ante los riesgos químicos invisibles, jugando, sin duda, un relevante papel en la incorporación de las mismas el hecho de su instauración como norma por la institución, su incorporación como regla por las jefaturas, la incorporación como norma por los equipos y la asunción responsable por el trabajador de las mismas, tanto cognoscitivamente como actitudinal y comportamentalmente.

Los riesgos que afrontan los profesionales de salud mental que trabajan desde una óptica de continuidad de cuidados en equipos multiprofesionales territorializados, pertenecen a este grupo de los riesgos invisibles, inmateriales, en gran medida inmedibles (al menos hasta ahora resulta cuando menos polémica su medición). Sin embargo, la responsabilidad de un adulto incluye la responsabilidad profesional en su ejercicio y actividad, lo que implica hacerse cargo de uno mismo. Se trata de un elemento diferencial de la vida adulta respecto a la infantil: responsabilidad de sí mismo y del cuidado personal. Aún cuando añoremos que otro se haga cargo de nuestras necesidades y cuidados, que nos señale cuándo estamos exagerando la carga y que, por tanto, es preciso seguir, o cuándo estamos agotados. En la vida adulta esa añoranza forma parte de la fantasía: si no nos ocu-

pamos de nosotros mismos, aumentamos los riesgos.

Pero se pueden proponer cuidados concretos a nivel individual del autocuidado:

(1) Es frecuente que la capacitación y actualización continuada no se relacione con responsabilidad de autocuidado profesional. Sin embargo, uno de los elementos del *burnout* es la autovaloración de incompetencia e ineficacia. La solidez teórico-técnica, el ajuste contrastado de realidad frente a expectativas irreales, la actualización, el mantenimiento de la apertura, de la curiosidad, del interés ante lo que queda por saber en un terreno tan duro como este campo de intervención, resulta ser un elemento de protección de primer orden. La actualización permanente, aún cuando en ocasiones es ofrecida por la institución, con frecuencia es desvalorizada y rechazada por los profesionales que inician o se instalan entre los quemados, sin que ésta sea de ninguna manera, contrapezada por otra de elección propia. No obstante, cuando la institución no propicia dicha formación continuada, el abandono de la misma es prácticamente completo. La necesidad de actualización de conocimiento a través de los muchos medios hoy existentes, entre ellos la lectura de bibliografía sobre el tema, el interés ante los resultados de la investigación y su contrastación con compañeros, resulta un elemento de protección ante el riesgo de *burnout*, más aún cuando nos encontramos ante un trabajo que requiere ir conformando líneas de actuación con creatividad porque la búsqueda de integridad en la atención y la continuidad de cuidados, obliga a la consideración de construcciones progresivas, pasos adelante y atrás y, en definitiva, flexibilidad e interés abierto ante lo nuevo.

(2) Parece que el impacto del contacto profesional con la clínica en estos servicios, favorece el fenómeno de la hiperresponsabilización que, muchas veces acaba en el modo relacional del «balones fuera» o en la culpabilización de terceros (compañeros del equipo, jefes u otros servicios), que es la modalidad relacional característica del *burnout*. De cara a la prevención de estas consecuencias, resulta aconsejable, por una parte, ajustar equilibradamente la respon-

sabilidad propia y ajena, evitando los juicios negativos acerca de las motivaciones que pueden guiar implícitamente las actuaciones de otros miembros del equipo que acompañan las de la propia intervención profesional; y por otra, conocer la lógica de la cultura de otros equipos de profesionales que trabajan en el territorio, de tal manera que se favorezcan tanto las bases de la cooperación (tan necesaria en este campo) como las de la reparación cuando se produce conflicto con daño entre miembros del equipo, con jefes, interequipos o con usuarios. Así mismo y en esta línea, subrayamos la importancia de incorporar una retroinformación, que permita analizar la información procedente de los usuarios, de los compañeros y los jefes (Gil-Monte y Peiró, 1997), una medida que puede resultar de alto interés.

(3) Aunque contar con redes de apoyo, es un elemento relevante en el manejo del estrés, cabe alertar acerca de la contaminación de las mismas y sus negativos efectos: una contaminación de las redes de apoyo personal por invasión del impacto del profesional, implica un abandono por saturación. En muchas ocasiones, los amigos y la familia no están preparados para escuchar, conocer, comprender estos temas, incrementándose la posibilidad de alejamiento cuando se insiste invasivamente, lo cual puede ser percibido por el afectado como un abandono que tiene casi siempre repercusión emocional y en la relación (Arón, 2000). La expresión del impacto debe buscar su canalización y realizarse con otros miembros del equipo o compañeros de otros equipos que puedan escuchar, comprender y realizar un apoyo adecuado. No es una solución evitar la expresión del impacto, pues el contacto con el daño psíquico y relacional en los servicios resultan tóxicos, por cuanto pueden provocar efectos muy potentes en el profesional. Es precisa su evacuación (evitando las acumulaciones previas) y sin daños a terceros; siendo esa evacuación distinta de una supervisión profesional o similar. Pero siendo distinta, no resulta tampoco buen receptáculo el de las redes de apoyo personal. Son los compañeros, a veces los jefes, los que saben de lo que se les habla sin precisar explicación. Se ha podido comprobar cómo los profesionales pueden recordar muy vívidamente

hechos que les provocaron un fuerte impacto que consideran aún activo, dado que no tuvieron ocasión por circunstancias muy diversas de compartirlo adecuadamente, y cómo a veces esos impactos tienen un efecto acumulativo dañino. La carga tóxica es preciso compartirla y hay que saber cómo, dónde y con quién. Compartir significa saber que la/s persona/s que lo harán están de nuestra parte, saben del tipo de problemas, y de la toxicidad que pueden contener. Ciertos impactos son tan potentes que pueden dejar al profesional atrapado hasta su adecuada evacuación canalizada.

(4) La tendencia a la contaminación temática por invasión de los tiempos/espacios propios con temas de sufrimiento psíquico y daño (lectura de ocio casi exclusiva: bibliografía especializada, películas, novelas o tertulias relacionadas específicamente con estos temas) es frecuente entre estos profesionales cuando mantienen una alta motivación. Sin embargo, precisamente la caída en este tipo de comportamiento puede ser uno de los efectos de la invasión. Efectivamente, los profesionales de estos servicios precisan descontaminación, alejamiento del impacto, espacios y tiempos propios nutrientes, con otros temas, objetivos e intereses.

(5) La entereza es uno de los perfiles que dan cuenta de un singular modo de fortaleza psíquica que favorece la adecuada ubicación de un profesional en equipos de salud mental que prestan atenciones diversificadas a personas que presentan sufrimiento psíquico de uno u otro signo. Pero el valor social de la entereza (parcialmente en decadencia, aunque aún potente), puede favorecer la evitación de la percepción del propio malestar como modo (inadecuado) de realización de la misma. Los seres vivos percibimos los malestares como modo de evitar el peligro y como modo de satisfacer necesidades. La capacidad de adecuada valoración, de encauzamiento, de compensación, de postergación, etc., favorece el ajuste del valor del malestar percibido y con ello una adecuada ejecución de la entereza. Pero un modo equivocado de la misma que transitoriamente puede percibirse en el exterior e incluso por uno mismo como eficaz, es el de evitar la percepción del malestar o frustrar su canalización. Percibir

oportunamente el malestar, ajustar el valor de su percepción y canalizarlo adecuadamente, resulta indispensable e insustituible.

NIVEL DEL EQUIPO

Las siguientes propuestas se dirigen al cuidado y mantenimiento de las condiciones de trabajo y relaciones en el equipo en relación a sus cometidos (procesos, subprocesos y tareas) y a los riesgos de este desempeño profesional, específicamente del *burnout*.

(1) Organizar y mantener espacios sistemáticos, como reuniones de presentación y discusión de casos, supervisión de casos y/o supervisión de equipo, reuniones técnicas, diseños y trabajo por programas... El establecimiento estas estrategias permite establecer y compartir modelos ideológicos, técnicos, conceptuales o de otro tipo; que establecen bases y marcos contenedores, por cuanto orientan y afianzan la actuación profesional sobre criterios compartidos; así como la vertebración y evolución del equipo a través de intercambios diversos: ideas, conocimientos, enfoques, etc. Son espacios a su vez favorecedores de canalización de la toxicidad entre pares.

(2) Participar en el diseño de las líneas y espacios de formación continuada, como veremos un poco más adelante.

(3) Compartir la responsabilidad de las tomas de decisiones muchas veces muy complicadas en los servicios de salud mental que debe tomar cada miembro del equipo en tanto puedan poner en riesgo la vida, autonomía o integridad de los usuarios o de terceros con ellos relacionados. La responsabilidad compartida en la toma de esas decisiones aminora el desgaste que implican por cuanto de ellas pueden devenir desenlaces, tal vez de consecuencias no buscadas, pasando a ser referentes compartidos.

(4) Cuidar el establecimiento de condiciones de protección en el trabajo de los miembros del equipo, especialmente en trabajos con población que pueda resultar peligrosa, estableciendo norma y costumbre.

(5) Es preciso también favorecer que las actuaciones profesionales que puedan contener

alto riesgo percibido para quienes las ejerzan, sean compartidas total o parcialmente, en su diseño y ejecución (informes de confirmación de violaciones u otras violencias, ciertos tipos de visitas domiciliarias, etc.), asumidas oficialmente y explícitamente como decisiones de equipo o protegiendo la identidad del profesional implicado en ciertas situaciones.

(6) Favorecer, en el marco de la cultura del equipo, el establecimiento de clima que promueva el desarrollo de capacidad y autonomía de sus miembros para decidir sobre las intervenciones de las que son responsables y de manera que, en su caso, incorporen la necesaria complementariedad interprofesionales e intersistemas de atención. Para conseguirlo es imprescindible superar la visión profesional reduccionista que se queda en los síntomas, en los efectos de la enfermedad y en las intervenciones aisladas.

(7) Generar espacios de relación para el equipo en aspectos y asuntos no relacionados directamente con el trabajo, favorecedores de relaciones personales de confianza y sin invasión temática, así como espacios de marco contenedor para la explicitación y resolución de los conflictos relacionales surgidos.

(8) Los rituales en cada equipo, tales como los de incorporación o de despedida, le dotan de identidad singularizada, ayudan a entender la cultura establecida, abren espacio para la incorporación e integración de los nuevos miembros y la elaboración de las salidas de miembros del equipo. Se favorece así el desarrollo, la singularización y la identidad colectiva, y ésta resulta ser un elemento vertebrador y de apoyo.

(9) Potenciar un liderazgo en los equipos capaz de generar ambientes protectores, de proveer los recursos necesarios para el trabajo, de tener y mostrar interés por el trabajo del equipo, de explicitar los aspectos positivos y saber dar retroalimentación negativa; de generar confianza en el profesional, de comunicar claramente sus proyectos y expectativas, de ajustar las tareas al nivel de cada profesional, de dar ayuda técnica y tener disponibilidad cuando se necesita, de generar los espacios suficientes para el equipo y su relación vertebrada. Los espacios protectores y protegidos deben favo-

recer la expresión de diferencias, el afrontamiento de los conflictos de manera constructiva, el consenso y la negociación.

(10) El equipo ha de mejorar sus aptitudes y competencias, utilizando recursos formales e informales, como pueden ser las iniciativas propuestas por sus miembros.

NIVEL DE LA ORGANIZACIÓN

Es preciso contemplar y favorecer todo lo anterior desde un nivel más macroscópico y al tiempo establecer medidas específicas que sólo pueden serlo a este nivel, como:

(1) La existencia de una cultura organizacional, con marcos teóricos o ideológicos básicamente compartidos por los miembros de la institución, favorece el establecimiento de guías para las acciones y procesos de toma de decisiones, reduciendo así la ambigüedad, el conflicto de rol y la vertebración de las actuaciones.

(2) La institución, a través de las jefaturas debería promover la puesta en marcha, y mantenimiento de redes de servicios y profesionales de salud mental. Y ello, tanto a un nivel de coordinación organizativa general, que establezca con claridad su permanencia, los modos de actuación, protocolos, etc., como la que se refiere a los casos concretos en que deben intervenir diferentes equipos y diferentes redes de servicios. Estas redes, además de multiplicar los efectos de la actuación profesional generando complementariedad mutua e intervenciones de un nivel de complejidad más integral y globalizador, pueden configurar respaldo a los equipos y culturas organizativas complementarias vertebradas sobre ejes comunes, lo que contribuye a la contrastación más amplia, a compartir y sustentar la responsabilidad compartida y, por tanto, a rebajar la fuerza del impacto emocional de estos trabajos. También el establecimiento de espacios comunes periódicos de presentación y discusión de casos y/o de formación común pueden contribuir a aportar bases y sustento al trabajo de red.

(3) Las jefaturas deben estar en condiciones institucionales de percibir y de solicitar en

su caso ayuda externa (consultores o supervisores de equipo) en situaciones de crisis y/o que supongan abordar temas contaminados/contaminantes que sobrepasan los recursos del equipo y empiezan a afectarle.

(4) Los profesionales y los equipos no deben quedar considerados como receptores pasivos de las decisiones que les afectan, hay que articular su participación. La pasividad produce efectos adversos y estresantes y resulta contraria al mantenimiento de la identidad en las organizaciones.

(5) La institución ha de favorecer con su gestión los espacios antes mencionados y los estilos de funcionamiento que generan responsabilidad compartida y sin duda, debe generar dos espacios singulares donde la participación de los equipos resulta central: la supervisión y la formación continuada, que resultan altamente protectores ante y frente al *burnout*.

CONCLUSIONES

Los espacios de supervisión de equipos y de formación continuada, además de generar la actualización teórico-técnica, crean redes de relación cognitiva e instrumental en relación a la tarea y a su desempeño, dotan de identidad de grupo y aportan líneas de sentido para el ejercicio profesional y de acción estratégica que puede suponer la formación (Olabarría, 2003). Pero hay que tener en cuenta algunos elementos para configurar las medidas de protección y cuidado de los equipos con respecto al *burnout*:

- La supervisión técnica ha de ser complementaria a las fuerzas e instrumentos de desarrollo de cada equipo y fortalecedora de los profesionales. El espacio de la supervisión de intervenciones y de casos, así como de equipo, debe ser facilitador y generar confianza y vertebración en el mismo.
- La formación habría de ser continuada, actualizada y programada en línea con la necesidad de crecimiento profesional, cubriendo carencias detectadas y como contribución al marco de referencia común en

relación al difícil y complejo campo de intervención.

- Tanto en la supervisión como en la formación continuada es preciso poner en relación el conocimiento aportado y el que resulta producto del que-hacer en las intervenciones.
- Los contenidos de la formación continuada deberían establecerse con la participación de los equipos en torno a instrumentos operativos, destrezas instrumentales, en relación a las tareas a desempeñar y en los aspectos relacionales, sobre la base de las necesidades de cada servicio y de las líneas de actuación a impulsar.
- En la supervisión y en la formación continuada es preciso mostrar estratégicamente la necesidad de la coordinación de sistemas de servicios, de equipos y de profesionales fomentando la interdisciplinariedad, mostrando los hallazgos que contiene desde la evidencia científica la atención integral bio-psico-social, respaldando la responsabilidad compartida de las intervenciones y la complementariedad interna de éstas.
- Hay que favorecer en la formación continuada y en los espacios de supervisión, la participación de profesionales de diferentes especialidades. Con periodicidad deberían establecerse actividades formativas comunes para profesionales de los diversos sistemas de prestaciones que trabajan en un mismo territorio favoreciendo con ello entramados relacionales y cognoscitivos, lenguajes comunes, perspectivas más amplias, contextos interdisciplinarios y la complejidad y complementariedad del trabajo en red.
- La permeabilización de los profesionales, equipos e instituciones y la construcción de referentes cognoscitivos, experienciales, relacionales -formales e informales-, compartidos, resultan ser instrumentos adecuados, tanto para el trabajo en los servicios de salud mental desde una óptica de continuidad de cuidados como para la protección del *burnout*.
- Es preciso prestar atención a las relaciones y a los acuerdos establecidos interequipos e intersistemas diversos de prestaciones de un mismo territorio, establecidas sobre objetivos comunes, evitando cooperaciones frági-

les cuyos fallos previsibles pueden quemar programas y desarrollos de actuación y a los profesionales.

- Es necesario crear climas adecuados, contextos de colaboración intraequipo, interequipos e intersistemas que favorezcan las aportaciones y la expresión de acuerdos y desacuerdos, de diferencias y de conflictos, de certezas e inseguridades en el desarrollo de las responsabilidades y cometidos. Estos espacios de supervisión y de formación deberían establecerse y realizarse dentro del horario de trabajo, por tanto formando parte y considerados dentro de las horas trabajadas, siendo aconsejable incorporar en la formación temas relacionados con estrategias de afrontamiento de estrés y el desgaste profesional.

En definitiva, para el mantenimiento de un adecuado nivel de calidad en las prestaciones que realizan los profesionales de los servicios de salud mental que trabajan en equipos multiprofesionales, no sólo es preciso valorar la satisfacción de la población objeto de atención. También, conviene establecer cuidados para los profesionales con medidas transversales en los distintos niveles sistémicos implicados, lo que puede ser vía o instrumento para la evitación del *burnout*.

REFERENCIAS

- Álvarez Gallego, E., y Fernández Ríos, L. (1991). El síndrome de 'burnout' o el desgaste profesional (1): Revisión de Estudios. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 39, 257-265.
- Aron, A.M. (2000). *Violencia en la familia. Programa de intervención en red: la experiencia de San Bernardo*. Santiago de Chile: Galdoc.
- Aron, A.M. (2004). Desgaste profesional (*burnout*), autocuidado y cuidado de los equipos que trabajan en temáticas de violencia. *Perspectivas Sistémicas*, 84, 10-14.
- Bakker, A.B., Demerouti, E., y Schaufeli, W.B. (2002). Validation of the Maslach *burnout* Inventory. General Survey. An Internet study across occupations. *Anxiety, Stress and Coping*, 15, 245-260.
- Becoña, E. (2006). Resiliencia: Definición, características y utilidad del concepto. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 11, 125-146.

- Belloch, A., y Olabarria, B. (1993). El modelo bio-psico-social: un marco de referencia necesario para el psicólogo clínico. *Clinica y Salud*, 4, 37-45.
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development. Experiments by nature and design*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Gascón, S., Olmedo, M., y Ciccotelli, H. (2003) La prevención del *burnout* en las Organizaciones: El chequeo preventivo de Leiter y Maslach (2000). *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 1, 55-66.
- Durán, M.A. (2003). *Costes invisibles de la enfermedad*. Fundación BBVA.
- Flórez Lozano, J.A. (1995). *Síndrome de 'estar quemado' (burnout)*. Barcelona: Edika Med.
- Freudenberger, H.J. (1974). Staff *burnout*. *Journal of Social Issues*, 30, 159-165.
- García González, J. (2003). La formación para la cooperación interdisciplinar y la actuación transversal. En A. Espino y B. Olabarria (Eds.) *La formación de los profesionales de salud mental en España*. Madrid: AEN Ediciones.
- Gil-Monte, P.R., (2005). *El síndrome de quemarse por el trabajo (burnout). Una enfermedad laboral en la sociedad del bienestar*. Madrid: Pirámide.
- Gil-Monte, P.R., Peiró, J.M. y Valcarcel, P. (1995). *A causal model of burnout process development: An alternative to Golembiewski and Leiter models*. Trabajo presentado en el Seventh European Congress on Work and Organizational Psychology. Győr. Hungría. April.
- Gil-Monte, P.R., y Peiró, J.M., (1997). *Desgaste psíquico en el trabajo: El síndrome de quemarse*. Madrid: Síntesis.
- Golembiewski, R.T, Hilles, R., y Daiy, R. (1987). Some effects of multiple OD interventions on *burnout* and work site features. *Journal of Applied Behavioral Science*, 23, 295-313.
- Golembiewski, R.T., Munzenrider, R., y Carter, D. (1983). Phases of progressive *burnout* and their work site covariants: Critical issues in OD research and praxis. *Journal of Applied Behavioral Science*. 19, 461-481.
- Hernández-Martín, L., Fernández-Calvo, B., Ramos, F., y Contador, I. (2006). *Burnout*, expectativas de control y afrontamiento en un grupo de funcionarios de prisiones. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 11, 155-164.
- Lee, R.T., y Ashforth, B.E. (1993). A longitudinal study of *burnout* among supervisors and managers: Comparisons between the Leiter and Maslach (1988) and Golembiewski et al. (1986) models. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 54, 369-398.
- Leiter, M.P., y Maslach, C. (1988). The impact of interpersonal environment on *burnout* and organizational commitment. *Journal of Organizational Behavior*, 9, 297-308.
- Mansilla, F. (2003). El síndrome de fatiga crónica: del modelo de susceptibilidad a la hipótesis de la cadena de estrés en el área laboral. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 93, 2187-2196
- Maslach, C., y Jackson, S.E. (1982). *Burnout* in health professions: a social psychological analysis. En G. Sanders y J. Suls (Coord.), *Social psychology of health and illness*. New Jersey: Lawrence Erlbaum. Hillsdale.
- Maslach, C., y Jackson, S.E. (1984). *burnout* in organizational setting. *Applied Social Psychology Annual*, 5, 133-154.
- Maslach, C., y Jackson, S.E (1986). *Maslach burnout Inventory. Manual Research Edition*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- McNeill, D. (1982). The relationship of occupational stress to *burnout*. En J.W. Jones (Ed.) *The burnout syndrome: Current research, theory and interventions*. London: House Press.
- Meier, S.T. (1983). Toward a theory of *burnout*. En J. Reynolds (Ed.) *Advances in Psychological Assessment*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Myers, L., McCaulley, M.H (1985). *Manual: A guide to the development and use of the Myers- Briggs Type Indicator*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Olabarria, B. (2002). Apuntes y reflexiones ante una nueva etapa de la Psicología Clínica como especialidad sanitaria. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 83, 54-59.
- Olabarria, B. (2003). Introducción a la formación en Salud mental. En A. Espino y B. Olabarria (Eds.) *La formación de los profesionales de salud mental en España*. Madrid: AEN Ediciones.
- Ortiz Lobo, J., García Moratalia, A., y De la Mata, I. (2005). Las consultas en un centro de salud mental sin trastorno diagnosticable. *Archivos de Psiquiatría*, 68, 151-168.
- Peiró, J.M. (2005). *Desencadenantes del estrés laboral*. Madrid: Pirámide
- Pines, A.M., y Kafry, D. (1978). Occupational tedium in the social services. *Social Works*, 23, 499-507.
- Reig, A., y Caruana, A. (1990). Cuestionario de estrés ocupacional para profesionales de la salud: Propiedades psicomédicas preliminares. *II Congreso del Colegio Oficial de Psicólogos*. Valencia.
- Salanova, M., y Schaufeli, W.B. (2000). Exposure to Information Technologies and its relation to *burnout*. *Behaviour & Information Technology*, 19, 385-392.