

Desgaste profesional (burnout), Personalidad y Salud percibida

Bernardo Moreno-Jiménez
José Luis González
Eva Garrosa
Dpto. Ps. Biológica y de la Salud
UAM

*Publicado en : J. Buendía y F. Ramos (Eds). Empleo, estrés y salud. Madrid:
Pirámide. (2001). pp 59-83*

Introducción.

El mismo término de Desgaste Profesional (burnout) lleva implícito la referencia a un proceso disfuncional de deterioro. El Desgaste Profesional consiste básicamente en un proceso de pérdida lenta, pero considerable, del compromiso y la implicación personal en la tarea que se realiza. Esta disminución relevante puede ocurrir en todos los ámbitos de la acción de la persona, aunque se ha estudiado preferentemente en el campo de las profesiones asistenciales y más recientemente se ha extendido a otros tipos de profesiones.

Cuando Freudenberger (1974) utiliza por primera vez el término “burn-out” se refiere preferentemente a aquellos voluntarios que trabajan en su “Free Clinic” y que al cabo de un periodo más o menos largo, entre uno y tres años en la mayoría de las ocasiones, se encuentran desmotivados, faltos de todo interés por el trabajo. El tipo de trabajo que estas personas hacían, como ha comentado Leiter (1991), se caracterizaba por carecer de horario fijo, contar con número de horas muy alto, tener una paga muy escasa y un contexto social muy exigente, habitualmente tenso y comprometido. Otra característica era la habitual falta de preparación sistemática de los trabajadores que suplían con el entusiasmo la falta de preparación profesional.

La aportación operativa de Maslach y Jackson (1981) definiendo el “burnout” mediante su cuestionario “Maslach Burnout Inventory” (MBI) como un síndrome caracterizado por el cansancio emocional, la despersonalización y la falta de realización personal y profesional, insistía en los mismos elementos y proporcionaba un instrumento que permitía evaluar los niveles del problema.

El constructo de “burnout” queda así definido como una disfunción personal y profesional en un contexto laboral básicamente de tipo asistencial. Como tal, el mismo concepto de burnout supone deterioro, desgaste y una problemática interna acusada. Probablemente gran parte del éxito que ha tenido el término procede del hecho de que un número considerable de profesionales, asistenciales y no asistenciales, se reconocían en los términos descritos. El “burnout” se presentaba como la descripción de un problema generalizado en múltiples profesiones, que afectaba a la satisfacción laboral, la implicación profesional, la eficacia y la calidad laboral.

La novedad del concepto consistía en que no era, como tantos otros, el resultado de una exploración de laboratorio, sino la constatación de un problema real experimentado en amplios núcleos de la profesión laboral. No es extraño que en este contexto tuviera una acogida mejor en el mundo profesional que en los programas de investigación de las universidades. El término coloquial de “burnout” (quemado) y el modelo teórico subyacente ponían el dedo en una llaga experimentada por un gran número de profesionales. El fenómeno descrito correspondía no a una problemática intelectual y académica, sino a un problema vivamente sentido por amplias capas de profesionales.

A partir de estos momentos se produjo una verdadera proliferación de trabajos, la mayoría exclusivamente descriptivos, en los que se exponían las desventuras que acompañaban al “burnout”. En la década de los setenta Storlie (1979) lo describía como un colapso espiritual, Seiderman (1978) como una pérdida de energía positiva, de flexibilidad y de acceso a los recursos propios y Bloch (1972) como un tipo de conducta de tipo cínico acerca de sus propias relaciones con los clientes, punto en el que insistía Reidl (1977) al hablar de una deshumanización de los clientes. En la década de los ochenta parece que se produce una ligera inflexión y se insiste preferentemente en las disfunciones laborales que entrañaban el “burnout”. Cronin-Stubbs y Rooks (1985) lo presentaban como una respuesta inadecuada, emocional y conductual, a los estresores ocupacionales, Paine (1982) lo describía como una disminución cuantitativa y cualitativa para ejecutar la propia tarea y McDonnell (1982) lo veía como una disminución de la habilidad para enfrentarse al estrés laboral. Las referencias podrían multiplicarse ampliamente.

2.- El síndrome y las consecuencias asociadas

Sin embargo las múltiples referencias posibles no han resuelto la ambigüedad de diferenciar lo que es un síntoma de burnout y lo que es una consecuencia del mismo. En el fondo del tema subyace el problema de la definición del burnout y de los términos en los que se haga (Schaufeli y Buunk,1996). Incluso acogiéndose a la definición más común, como es la propuesta operativamente por el MBI (Maslach y Jackson,1981, 1996), la ambigüedad persiste pues el término de cansancio emocional puede incluir una gama muy amplia de manifestaciones. Por ello, la línea divisoria entre síntomas y consecuencias puede ser resultar borrosa y siempre arbitraria. De hecho, entre las medidas del burnout las hay que incluyen respuestas fisiológicas y organizacionales, mientras que otras se atienen al síndrome definido de una u otra forma (Schaufeli, Enzmann y Girault, 1993). Las consecuencias que se ha expuesto del burnout exceden del centenar. Un esquema representativo de las múltiples desventajas asociadas al síndrome podría ser el presentado en la tabla nº 1

SÍNTOMAS DESCRIPTIVOS DEL BURNOUT

EMOCIONALES	COGNITIVOS	CONDUCTUALES	SOCIALES
Depresión Indefensión Desesperanza Irritación Apatía	Perdida significado Pérdida de valores Desaparición de expectativas Modificación autoconcepto	Evitación responsabilidades Absentismo Conductas inadaptativas Desorganización Sobreimplicación	Evitación de contactos Conflictos interpersonales Malhumor familiar Aislamiento Formación de grupos críticos

Desilusión Pesimismo Hostilidad Falta de tolerancia Acusaciones a los clientes Supresión de sentimientos	Desorientación cognitiva Pérdida de la creatividad Distracción Cinismo Criticismo generalizado	Evitación de decisiones Aumento del uso de cafeína, alcohol, tabaco y drogas.	Evitación profesional
---	--	---	-----------------------

Tabla nº 1

Indudablemente, el énfasis en los estudios sobre las consecuencias del burnout se ha puesto en los factores emocionales. Es una consecuencia de la misma definición operativa efectuada por Maslach y Jackson (1981) que centran el síndrome en los factores emocionales. Parece relevante constatar que de los 22 ítems que constituyen el síndrome, 12 de ellos comienzan con la expresión “I feel”. Los síntomas afectivos relacionados con la depresión, la indefensión, el sentimiento de fracaso y la pérdida de autoestima han sido los más referidos. Es habitual dibujar la imagen de la persona “quemada” como alguien “amargado”, sin ganas ni voluntad para emprender cualquier tarea. En parte como una consecuencia de los efectos descritos, los sentimientos de irritabilidad, disgusto y agresividad han sido también frecuentemente citados.

Los síntomas cognitivos tienen una gran importancia en el síndrome del desgaste profesional aunque su estudio siga siendo muy parcial y fragmentado. Aunque el síndrome se define operacionalmente por un comienzo centrado en el cansancio emocional, la pérdida del contexto cognitivo y justificativo del trabajo y del esfuerzo que se está realizando es un factor crítico insuficientemente analizado. La pérdida de las expectativas laborales iniciales marca de forma importante el comienzo del proceso. El síndrome se caracteriza por ser una frustración cognitiva, una especie de depresión cognitiva al comprobar que los valores iniciales de referencia aparecen como insolventes, incapaces de solucionar el problema laboral planteado. En este contexto se producen una serie de consecuencias bien conocidas como correlatos cognitivos del estrés crónico, tales como las dificultades para concentrarse o para tomar decisiones.

La revisión del síndrome efectuada en la tercera edición del MBI (Maslach, Jackson y Leiter, 1996) ha propuesto, substituyendo a la despersonalización, el cinismo como segunda dimensión para las profesiones no asistenciales. Esta propuesta expone claramente los aspectos de autocritica, desvalorización, autosabotaje y desconsideración hacia el propio trabajo que están presentes en el desgaste profesional. De alguna forma, estos aspectos son un desarrollo de la simplificación y estereotipia que se produce en la despersonalización. La desconsideración en el trato a los clientes se convierte en cinismo sobre el alcance y valor del propio trabajo y de la propia organización o institución, volviéndose hipercríticos y desconfiados hacia cualquier forma de iniciativa organizacional.

El aspecto conductual es otra de las dimensiones insuficientemente consideradas en el estudio del desgaste profesional. Por ejemplo, la despersonalización es una dimensión en la que está implicada de forma muy clara la conducta interpersonal. La despersonalización puede asumir muchas formas y tener niveles muy diferentes y sin embargo tales aspectos han sido muy poco analizados. Consecuencia del síndrome es la pérdida de la conducta proactiva de la persona, de forma que el sujeto pierde la capacidad para planificar, proyectar y plantearse metas, especialmente laborales. Como manifestaciones conductuales del burnout los aspectos usualmente más citados han sido el aumento del consumo de estimulantes (Quattrochi-Tubin, Jones y Breedlove, 1982) y otros tipos de abuso de sustancias (Nowack y Pentkoswski, 1994). Los hábitos de

salud suelen estar relacionados de forma negativa con los niveles del burnout (Nowack, Hanson, y Gibbons, 1985).

Los aspectos sociales fueron considerados de forma específica desde los primeros momentos de la formulación del síndrome (Pines y Maslach, 1978). La descripción habitual suele insistir en la imagen de la persona profesionalmente desgastada como alguien que tiende a aislarse y a encerrarse en su sentimiento de fracaso. El sentimiento de fracaso profesional que en algunas ocasiones puede acompañar a la experiencia de burnout puede conducir a un deseo de no dejarse ver y evitar la interacción social.

Entre las formas de manifestación social del burnout están sus consecuencias sobre la organización en la que se prestan los propios servicios. Algunos de tales efectos, como el cinismo, han sido ya expuestos, otros, más de índole conductual, son las repercusiones sobre el absentismo, la rotación empresarial y las intenciones de abandonar la organización (Firth y Britton, 1989). Los resultados encontrados indican que la influencia del burnout sobre el absentismo no está clara. Algunos autores han encontrado que influencia los retrasos, la multiplicación de descansos y el absentismo (Maslach y Jackson, 1981), aunque la varianza explicada raramente ha sido considerable (Lazaro, Shinn, y Robinson, 1985). Algunos trabajos ni siquiera han encontrado relaciones significativas entre ambas variables (Quattrochi-Tubin, y col, 1982). Lazaro y col. (1985) encontraron que cuando se controlaba el efecto de la edad y el género el burnout no predecía el absentismo.

Algunos autores han encontrado una disminución de la productividad (Golenbiewski y Muzenrinder, 1988). Firth y Britton (1989) han realizado un estudio en 106 profesionales de enfermería sobre la capacidad de predicción de la rotación y el absentismo a partir de los niveles de burnout, de la ambigüedad de rol y de la supervisión efectuada en un periodo de dos años. La ambigüedad de rol predecía la frecuencia de las ausencias cortas en los doce meses subsecuentes, y la percepción de falta de apoyo por los supervisores predecía las ausencias de más de cuatro días, mientras que el cansancio emocional predecía las ausencias de más de siete días en los doce siguientes meses.

Las manifestaciones físicas asociadas al burnout cubren un panorama muy amplio. Cox ha expuesto cómo su línea de trabajo sobre el estrés derivó en los años ochenta a la elaboración del concepto de “suboptimum health”, especie de área gris existente entre el bienestar y la salud satisfactoria y la presencia indudable de la enfermedad con sus secuelas de todo tipo (Cox, 1988). En este contexto se desarrolló una serie de escalas que trataban de medir aspectos conductuales, cognitivos, emocionales y fisiológicos que no eran clínicamente significativos en ellos mismos. La factorialización de este tipo de instrumentos dio lugar a dos factores “worn-out” (gastado) que incluía los elementos relativos al cansancio, labilidad emocional y la confusión cognitiva y “up-tight” (enervado) que recogía los síntomas relativos a la preocupación, tensión y ansiedad. El “General Well-Being Questionnaire” provendría de esta línea de estudios (Cox, Kuk y Leiter, 1993). Los autores proponen que los sujetos diferirían en ambos tipos de respuestas en función de variables individuales y laborales. El concepto de “burnout” (quemado) y el de “worn-out” (gastado) serían conceptos muy similares aunque diferirían al menos en dos aspectos. Mientras el burnout se referiría al

ámbito laboral el “worn-out” sería de aplicación general. Como ha expuesto Warr (1990) el primero es relativo al trabajo, el segundo no lo es.

Entre las manifestaciones físicas citadas estarían las cefaleas, los dolores musculares y especialmente los dorsales (Belcastro,1982). Los problemas de pérdida de apetito, disfunciones sexuales, problemas de sueño serían frecuentes en las personas afectadas por el síndrome (Kahill, 1988). Shiron (1989) considera que la manifestación más habitual sería la fatiga crónica. Entre los trastornos psicofisiológicos estarían los trastornos alérgicos, gastrointestinales, úlceras, trastornos cardiovasculares, recurrencia de infecciones y de trastornos respiratorios. Sin embargo en todos estos estudios la variable salud siempre ha sido un criterio autoinformado y apenas si se pueden encontrar estudios con síntomas objetivamente evaluados tales como el efectuado por Melamed, Kushnir y Shirom, (1992) para los riesgos cardiovasculares. Igualmente, apenas es difícil encontrar algún estudio de tipo longitudinal, como el desarrollado por Wolpin (1986), que mostró que después de un año los profesores afectados por el burnout mostraban mayores quejas psicósomáticas.

Hay igualmente evidencias de que el burnout afecta a la calidad de vida de los trabajadores. Schwab, Jackson, y Schuler (1986) encontraron que los tres componentes clásicos de la definición disminuían la calidad de vida de un grupo de profesores aunque, incluso combinados los tres componentes, sólo llegaban a explicar un 12% de la varianza. Entre los oficiales de la policía se ha encontrado que el cansancio emocional se asocia a conductas domésticas de irritación, disgusto y tensión (Jackson y Maslach, 1982). Se ha encontrado igualmente que quienes refieren niveles altos de burnout suelen informar de menores niveles de satisfacción en las relaciones de pareja (Burke y Greenglass,1989).

3.- El síndrome y el nivel de consecuencias

Algunos autores han insistido en la relevancia del cansancio emocional como elemento del síndrome. Shirom (1989) y Leiter (1991) basados en diferentes análisis y en las abundantes correlaciones encontradas entre esta dimensión y otras variables consideran que el agotamiento emocional es el verdadero núcleo del burnout. Garden (1987,1989) ha sugerido que las dimensiones de despersonalización y realización personal serían simplemente un artefacto procedente de trabajar con muestras de trabajadores de servicios sociales. Sin duda alguna, el cansancio emocional es el componente más próximo a las definiciones habituales del estrés crónico. Sin embargo, la reducción del burnout a este elemento identificaría el burnout con un proceso claramente unidimensional, lo que no parece sea el caso. Sin embargo son numerosos los trabajos que han considerado el componente de cansancio emocional como el factor más predictivo de las numerosas consecuencias negativas del burnout, de forma que a mayor intensidad del cansancio emocional mayor nivel de consecuencias.

Probablemente el modelo más claro de ello sea el propuesto por Golembiewski y Muzenrider (1988) que propone el burnout como un proceso virulento que aumenta sus consecuencias negativas según aumenta su virulencia o intensidad. La propuesta de los autores es que la secuencia real del burnout, tal como aparece en su nivel de consecuencias sigue el siguiente orden: despersonalización, realización personal y agotamiento emocional. Según los autores la secuencia real del proceso debería ser

paralela al nivel de consecuencias que tiende a aumentar en función principalmente del cansancio emocional, por lo que debería ser considerado como el elemento más patógeno del proceso y por ello el último en aparecer. En función de esta secuencia establecen las siguientes ocho fases sucesivas del burnout

Fases progresivas del burnout
según Golembiewski y Muzenrider

Factores	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII
DEP	BAJO	ALTO	BAJO	ALTO	BAJO	ALTO	BAJO	ALTO
RP	BAJO	BAJO	ALTO	ALTO	BAJO	BAJO	ALTO	ALTO
CE	BAJO	BAJO	BAJO	BAJO	ALTO	ALTO	ALTO	ALTO

TABLA N° 2

Aunque el modelo de fases tiene un enorme atractivo pues vincula la intensidad del síndrome a la intensidad de las consecuencias, tiene diferentes dificultades. La primera de ellas es el orden del proceso que no parece suficientemente sustentado. Los estudios sobre el proceso (Leiter, 1993) indican que el modelo teórico propuesto inicialmente por las autoras corresponde mejor a los datos empíricos. Aunque los estudios que vinculan el cansancio emocional a las consecuencias son abundantes (Golembiewski, Boudreau, Munzenrider y Luo, 1996), este tipo de datos se refieren principalmente a las consecuencias físicas.

4.- El origen organizacional del burnout

Desde los primeros momentos de la formulación del burnout, se asoció su aparición a las condiciones de trabajo, principalmente a los factores organizacionales (Maslach y Jackson, 1982). Igualmente los modelos iniciales del burnout propuestos por Cherniss (1980) insistían en los aspectos organizacionales como el origen más determinante del burnout. Existe un acuerdo, mayor cada vez mayor, de que el burnout podría definirse como una forma de estrés laboral (Maslach y Schaufeli, 1993), que correspondería a la última fase del proceso de estrés formulado por Selye (1956), a un tipo de estrés laboral crónico.

Los estresores que desencadenan el proceso de burnout han sido señalados con relativa frecuencia y nitidez, aunque sea difícil establecer la fracción etiológica de los mismos debido a la multicausalidad del fenómeno. El estudio de los factores organizacionales vinculados a la aparición del burnout ha tenido un doble enfoque (Maslach y Jackson, 1984). Por una parte han estado los estudios centrados en la naturaleza de la relación entre el profesional y los clientes, y por otra la relación del profesional con el entorno organizacional como un sistema laboral y personal.

Especialmente en las profesiones asistenciales se ha encontrado que el tipo de relación entre el cliente y el profesional es la fuente más decisiva del burnout asistencial. Según Maslach (1978) el cliente puede ser un factor de tensión y desgaste profesional por diferentes causas:

- Tipo de problemas del cliente (gravedad, probabilidad de cambio)
- Relevancia personal de los problemas (implicación emocional)

- Normas reguladoras de la relación cliente-profesional (implícitas y explícitas)
- Conducta del cliente (pasiva o activa)

Además la retroalimentación procedente de los clientes y sus entornos familiares, las quejas e incluso acusaciones procedentes de los mismos pueden actuar como un factor de desgaste personal y profesional.

Se ha encontrado que diferentes medidas relativas a la cantidad de trabajo están vinculadas a la aparición del burnout (Leiter, 1991). En principio parece que la carga de trabajo, el nivel de demanda experimentado, se asocia especialmente con el cansancio emocional, mientras que estaría menos vinculada a las conductas de despersonalización y a los sentimientos de disminución en la realización personal. Burke y Richardsen (1996) consideran que las puntuaciones de burnout son siempre altas en los contextos laborales caracterizados por la sobrecarga de trabajo.

Uno de los modelos más importantes en el estudio del estrés laboral es el proporcionado por la Escuela de Michigan, desarrollado por el Instituto para la Investigación social de la Universidad de Michigan. El modelo propone el estrés como un proceso interactivo entre el entorno y el trabajador. Según la escuela de Michigan el estrés provendría principalmente de dos fuentes:

- 1ª) La percepción de un desequilibrio entre las demandas del entorno y los recursos para atenderlos
- 2ª) El entorno podría no proporcionar suficientes oportunidades para satisfacer las propias necesidades.

El tipo de estresores preferentemente estudiados por la Escuela de Michigan han sido los vinculados a las funciones o expectativas laborales, el estrés del rol desempeñado, especialmente la ambigüedad y el conflicto de rol. El conflicto y la ambigüedad de rol han sido frecuentemente identificados como factores asociados a la aparición del burnout (Schwab y col. 1986). Los estudios efectuados han encontrado que la presencia de altos niveles de conflicto se asocian al cansancio emocional y al desarrollo de conductas de despersonalización y, en general, de actitudes negativas hacia los clientes, aunque no en una disminución de la realización personal (Friesen y Sarros, 1986; Schwab y col, 1986).

Uno de los modelos más extendidos en el estudio del estrés es el conocido como “latitud de la decisión” o “demanda-control”(Karasek, 1979). El modelo propone que si el estrés es función directa de la intensidad de la demanda es función inversa de la amplitud del control o capacidad de decisión que el sujeto tiene de su propio trabajo. El modelo ha sido ampliamente comprobado y desarrollado en los últimos años a partir de los trabajos de Johnson (1989) y Johnson, Hall y Theorell (1989). La falta de control o de autonomía en el propio trabajo contribuye igualmente al desarrollo del burnout (Pines y col. 1981). En diferentes estudios se ha encontrado que la participación en la toma de decisiones contribuye significativamente a la despersonalización, pero no a los otros componentes del burnout. (Jackson, 1983) La autonomía en el ejercicio de la propia tarea se relaciona con el sentido de realización personal entre los profesores (Jackson, Schwab, y Schuler, 1986). De forma más general, Landsbergis (1988) ha

encontrado que entre los profesionales de la salud, la latitud de decisión contribuye a los tres componentes del burnout. Tal como predice el modelo de Karasek (1979), las tareas que combinaban una alta demanda y una baja latitud de decisión se asociaban más claramente a los procesos del burnout.

Menos numerosos han sido los trabajos dedicados a analizar la influencia de los grandes factores organizacionales sobre el desgaste profesional o burnout. Entre estos grandes factores organizacionales, probablemente los que han sido más estudiados en el campo específico de la Psicología de las Organizaciones han sido la Cultura corporativa, el clima sociolaboral y los estilos directivos, los tres dependientes a su vez de los factores estructurales de la organización.

La cultura corporativa se define como “el conjunto de significados compartidos” (Schein, 1988). Su estudio es en la actualidad uno de los grandes enfoques para la descripción y explicación de los comportamientos organizacionales, positivos y negativos, sin embargo su aplicación a la génesis del burnout ha sido escasa. En principio, la presencia de una cultura corporativa es un factor de excelencia en las organizaciones (Peter y Waterman, 1983). La cultura corporativa sería un factor de cohesión, de entendimiento y de prácticas comunes entre los diferentes miembros de una misma empresa, proporcionando identidad de empresa a sus trabajadores, sentido de la implicación organizacional y un sentimiento de autoestima profesional y personal, por el contrario, su ausencia implicaría la inexistencia de valores comunes, la ausencia de estrategias y de planes a largo plazo, la falta de elementos de integración implícitos y explícitos.

El resultado de este planteamiento, que valoriza fuertemente la presencia de culturas corporativas, implica que la presencia de una cultura corporativa supone, en principio, menor nivel de desgaste profesional. De hecho las organizaciones con una cultura corporativa suelen caracterizarse por un mayor nivel de satisfacción e implicación laboral. Sin embargo, la cultura corporativa puede tener sus contrapartidas, de hecho, la cultura tiene diferentes funciones: descriptiva, prescriptiva y justificativa, por ello cuando una cultura de la exigencia, del trabajo duro impone la obligación continua de exigirse al máximo, de “*estirarse continuamente*” para dar el máximo de las propias posibilidades, la excelencia cultural se transforma en una sobrecarga psicológica difícil de asumir de forma continua. En estos casos la cultura corporativa puede convertirse en una fuente de burnout, al menos en cierta parte del ciclo laboral de las personas.

Winnubst (1993) considera que siguiendo el modelo propuesto por Mintzberg (1979) existirían dos grandes tipos de culturas empresariales en función de la misma estructura empresarial: la burocracia mecánica y la burocracia profesional. La primera se caracteriza por una clara estandarización de los procesos, con un claro factor tecnológico y dónde sólo es posible una descentralización horizontal. Una acería, una gran compañía automovilística, una empresa nacional de correos serían ejemplos de este tipo de estructura. De forma opuesta, una burocracia profesional se caracterizaría por el protagonismo de los profesionales, siendo posible la descentralización tanto a nivel horizontal como vertical. Las universidades y los hospitales generales serían ejemplo de ello. Según Winnubst mientras en la burocracia mecánica los factores de burnout residirían en la regulación estrecha de los procesos laborales, en la organización

profesional las fuentes de burnout residirían en la falta de definición de la propia competencia.

Uno de los aspectos de la cultura es el clima sociolaboral. El concepto de clima en las organizaciones y empresas es un viejo tema generado en la década de los sesenta (Gellerman, 1960) aunque tenga raíces todavía más antiguas (Moreno-Jiménez, 1993). Si inicialmente era un concepto amplio, tanto en la teoría como en la práctica (Moos, Insel, y Humphrey, 1974), que incluía tanto aspectos interpersonales como estructurales y organizativos, en la actualidad parece más exacto referirse a él como un concepto relativo a la percepción de los aspectos interpersonales en el ámbito laboral. En este sentido el clima sociolaboral parece altamente vinculado al concepto de apoyo social.

La investigación sobre la relevancia del apoyo social en el desarrollo de la conducta saludable y adaptativa ha sido copiosa. Probablemente el estudio más descriptivo al respecto haya sido el desarrollado por Berkman (1985) en el proyecto “*Alameda County*” en California. El estudio proporciona una impresionante evidencia de la relevancia de las redes sociales de la persona en los procesos de morbimortalidad. El autor estudió la disponibilidad general de apoyo social en términos de la red de implicaciones personales y vínculos sociales que el sujeto mantenía: los resultados encontrados indicaban que mientras mayor nivel de interacción mantenía el sujeto, medido por aspectos tales como el estado marital, el contacto con amigos y familiares, la pertenencia a grupos sociales y religiosos, menor era el nivel de mortalidad, atendiendo a todas las posibles causas en un seguimiento de 9 años.

La idea general subyacente en los estudios sobre apoyo social es que su presencia es beneficiosa en la práctica totalidad de situaciones difíciles y momentos de crisis, lo que sería válido para todas las personas en los más diversos niveles y estratos sociales. El apoyo social podría proporcionar ayuda a diferentes niveles: emocionales, informativos, instrumentales y de retroalimentación. No obstante, a pesar del indudable apoyo empírico que el modelo ha suscitado, no pocos estudios han encontrado resultados poco conclusivos e incluso contradictorios (Scwarzer y Lepping, 1989).

En el ámbito laboral se ha podido constatar (Marcelissen, 1987) que el escaso apoyo social es un factor importante en el desarrollo de factores de estrés vinculados al trabajo, especialmente en los niveles más bajos de la organización. En esta línea de argumentación, la falta de apoyo social puede conducir al burnout (Leiter y Maslach, 1988). De hecho, se ha encontrado que las relaciones mantenidas con los compañeros y colegas laborales tienen una clara relevancia en la aparición del burnout (Bacharach y col. 1990). Un numeroso grupo de estudios han mostrado que la falta de apoyo social por parte de los propios compañeros de trabajo correlaciona con la aparición del burnout (Burke y col. 1984, Ross y col. 1989). El apoyo social supone aportaciones tanto emocionales ante el éxito y fracaso de la propia tarea como ayuda instrumental en el desarrollo del ejercicio profesional. Actúa también como un factor motivacional y una forma de compartir valores y contextos justificativos de tipo cognitivo ante la propia tarea. Cronin-Stubbs y Rooks (1985) han encontrado en una muestra de enfermería que el apoyo social predice los niveles de burnout.

El apoyo social puede provenir de fuentes diferentes como pueden ser los supervisores inmediatos, los compañeros del trabajo, la cultura corporativa o los factores extralaborales, especialmente la familia, así Davis-Sacks, Jayaratne y Chess,

(1985) en una muestra de personal de servicios de bienestar social encontraron que el apoyo social, especialmente de supervisores y esposos, se asociaba a bajos niveles de burnout. No todos los estudios indican que la ausencia de una familia o de relaciones íntimas personales se asocian con mayores niveles de burnout, algunos no han encontrado asociación entre el tipo de apoyo extralaboral y los niveles de burnout (Constable y Russell, 1986). Otros estudios han mostrado que la acción del apoyo social sobre el burnout es más bien directa que moderadora (Ross y col. 1989).

Aunque los factores organizacionales en la aparición del burnout parecen suficientemente contrastados y a pesar del que en los últimos años se ha incrementado la atención a factores organizacionales globales y no sólo específicos, como la estructura, la cultura y el clima organizacional, los aspectos globales de la organización han sido insuficientemente estudiados, siguen siéndolo, y quedan aspectos de clara relevancia insuficientemente analizados. Entre ellos merece destacarse *la incongruencia organizacional* para alcanzar los objetivos propios de la organización. Probablemente el mayor factor de burnout en los profesionales sea la constatación de que un centro, organización o institución cumple muy deficitariamente los objetivos que se supone debe obtener. La incongruencia organizacional se refiere a la falta de eficacia en la obtención de los propios objetivos.

Desde esta perspectiva global, no sería tanto la existencia del estrés de rol, la falta de desarrollo profesional, la insuficiencia de medios, u otros aspectos particulares y específicos los que generarían el burnout como síndrome, sino el conjunto de todos ellos. El burnout se origina cuando se observa que las estructuras reales, organizativas y de otro tipo condenan al fracaso la dedicación y el empeño profesional y no se vislumbran alternativas de cambio. Es entonces cuando aparece el desmoronamiento motivacional y la pérdida del contexto cognitivo justificativo que mantiene al profesional en el ejercicio vivo y activo de su profesión. La incongruencia organizacional puede considerarse como el polo opuesto de lo que en otros contextos se ha denominado “organizaciones saludables” o “Healthy Work” (Karasek y Theorell (1990).o “Healthy Organizations”(Newell,1995). Cox, Kuk y Leiter, (1993) han propuesto que la “healthiness” de la organización está relacionada con los niveles de burnout de sus empleados. Frente al concepto de “healthiness” organizacional se encuentra el de empresa patógena, o como algunos autores han denominado “la organización neurótica” (Kets de vries y Miller, 1993). Es relevante constatar que a pesar de que los modelos teóricos sobre el burnout han insistido en su génesis organizacional, los estudios aproximativos a la psicología de las organizaciones son escasos y más bien fragmentarios.

5. Los factores individuales del burnout

Desde los primeros momentos del estudio del burnout se constató que mientras algunos sujetos eran claramente vulnerables, otros mantenían una fuerte resistencia al mismo. Aunque el origen del desgaste profesional tuviera que situarse en el tipo del ejercicio profesional y sus condiciones, parecía claro que las variables individuales ejercían una influencia indudable. Por ello, desde el primer momento los aspectos individuales no quedaron totalmente dejados de lado, Maslach (1976) en uno de sus

primeros trabajos insistía en la importancia que tenía el deseo del profesional de marcar una referencia con respecto a los compañeros, Cherniss (1980) insistía en las formas de asumir el propio trabajo profesional, Farber (1983) proponía el perfil de profesional implicado como idealista y obsesivo, y Freudenberg y Richelson (1980) describían la tendencia a la sobreidentificación con el cliente del propio trabajo.

Posteriormente otros estudios han insistido en diferentes variables o tipo de personalidad que estarían asociados al burnout. Así, Cherniss (1980) indicaba la importancia que podía tener un nivel alto de ansiedad en la aparición del burnout, trabajos que han sido continuados por los estudios de Gold y Michael (1985). Hills y Norvell (1991) mostraban la incidencia del neuroticismo en el desarrollo del proceso y Farber (1983) ha estudiado la posible asociación entre Patrón A de conducta y burnout. Buendía y Riquelme (1995) y Byrne, (1994) han mostrado cómo los sujetos caracterizados por un lugar de control externo tienen mayor probabilidad de resultar afectados por el síndrome. Igualmente la percepción de incontrolabilidad se asocia al agotamiento emocional, falta de realización personal y sintomatología depresiva (McKnigh y Glass, 1995).

Probablemente la tendencia más consistente en los últimos años se haya orientado a vincular el burnout y las variables de personalidad propias del enfoque activo y propositivo de la salud, el llamado "*modelo salutogénico de salud*". El enfoque salutogénico de salud propone considerar la salud como una variable dinámica entre los polos de la enfermedad y el bienestar de la persona (Ballester Arnal, 1998). La ubicación de la persona a lo largo del continuo sería dinámica, en continua modificación, dependiendo su ubicación tanto de las variables orgánicas como de las variables contextuales y personales. En general, los modelos salutogénicos han enfatizado la relevancia de las variables personales del sujeto, especialmente las variables activas y positivas que identifican un estilo de conducta ante los factores de estrés. Entre tales modelos, los más conocidos son los modelos desarrollados por Kobassa (1982) y Antonovsky (1987).

El modelo propuesto por Kobasa (1982) se enmarca dentro de un esfuerzo para elaborar una psicología social del estrés y la salud, inexistente hasta el momento (Peñacoba y Moreno, 1998). El modelo se origina en un marco teórico próximo a las propuestas situacionales de la personalidad (Mischel, 1968) y de los modelos existenciales que enfatizan los aspectos de desarrollo activo mediante el compromiso y la acción (Maddi, 1988). A partir de estas referencias Kobasa (1979) elabora un modelo de personalidad que denominada "hardy personality" o "hardiness". El modelo plantea las dimensiones constituyentes del mismo no como formas internas y estáticas sino formas de acción y compromiso a partir de las situaciones reales de cada momento. Para ello propone tres dimensiones características: compromiso (Commitment), control (Control) y reto (Challenge).

El compromiso es la tendencia a desarrollar conductas caracterizadas por la implicación personal, la tendencia a identificarse con lo que se hace y con el propio trabajo. Ello implica el reconocimiento de los propios valores y de las metas que orientan la conducta personal. Supone igualmente la consideración positiva del valor de la propia acción y una cierta confianza en la relación interpersonal con los demás. El control es probablemente la dimensión más clásica de las propuestas por Kobasa, se refiere a la convicción que tiene la persona de poder intervenir en el curso de los

acontecimientos. Quienes así piensan consideran que no son ajenos al desarrollo de los episodios en los que están presentes y que pueden influir en ellos alterando o modificando su curso. Ello les permite considerar que pueden utilizar los sucesos, al menos parcialmente, en su propio beneficio.

La dimensión de reto lleva a los sujetos a considerar que el cambio está presente en todos los aspectos de la vida y que supone una posibilidad y una alternativa para mejorar las propias competencias. La dimensión de reto proporciona flexibilidad cognitiva y tolerancia a la ambigüedad, dos características que permiten considerar el cambio como la condición natural y más deseable.

El conjunto de las tres dimensiones constituye la “personalidad resistente“. Aunque suele considerarse a alguien como tal cuando la suma agregada de las tres variables es alta, probablemente sería más correcto considerar como tal a quienes tuvieran niveles altos en las tres variables y no sólo en la media global de las tres (Peñacoba-Moreno,1998). La personalidad resistente debe considerarse como un concepto multidimensional en el que los tres componentes están claramente relacionados, aunque de forma diferente, así las asociaciones encontradas entre compromiso y control suelen ser claramente más elevadas que entre ambas dimensiones y reto (Florian, Mikulincer, y Taubman, 1995). Sin embargo los datos que indican una menor correlación entre reto y las otras dos variables probablemente pueden ser interpretados de diversa forma y no sólo en el sentido de que reto sea una variable ajena al constructo global de personalidad resistente, tal como hacen Florian y col.(1995).

Aunque el constructo de “personalidad resistente” presenta dificultades de diversa índole en su formulación y medida (Funk, 1992; Peñacoba y Moreno, 1998), numerosos estudios han mostrado que a pesar de tales problemas, su uso puede ayudar a comprender los procesos vinculados a la salud-enfermedad, así se ha encontrado repetidamente que se asocia a una salud mejor (Kobasa, 1979; Kobasa, Maddi y Courington,1981; Shephard y Kashani,1991; Suls y Rittenhousse, 1987; Westman, 1990). Para explicar su incidencia en los procesos de salud-enfermedad se ha acudido a diversas formas de acción. Podría actuar induciendo estrategias de afrontamiento adaptativas (Solkova y Tomakek, 1994), o actuando mediante la modificación de la percepción de los estresores de forma que fueran considerados como oportunidades más que como amenazas (Kobasa, 1979). Otra forma de acción posible consistiría en favorecer la búsqueda de apoyo social (Maddi y Kobasa, 1984), finalmente podría tener una acción directa sobre la salud favoreciendo el desarrollo de estilos de vida saludables (Maddi y Kobasa, 1984).

Los estudios que han utilizado conjuntamente el enfoque del burnout y de la personalidad resistente han encontrado de forma sistemática que la personalidad resistente actuaba globalmente y mediante cada una de sus dimensiones disminuyendo los niveles globales de burnout y los efectos específicos del mismo. Nowack (1986) con una muestra de 146 empleados docentes y no docentes de la universidad encontraron que los sujetos con puntuaciones más altas en personalidad resistente eran los menos afectados por el burnout. Topf (1989) con una muestra de 100 profesionales de enfermería encontró correlaciones significativas entre el índice global de personalidad resistente y burnout. Hills y Norvell (1991) han encontrado que personalidad resistente y neuroticismo actuaban con un efecto principal más que modulador sobre el burnout, los síntomas físicos y la insatisfacción laboral. De forma más específica Boyle, Grap,

Younger y Thornby (1991), en una muestra de personal de enfermería han encontrado que la dimensión de compromiso correlaciona significativa y negativamente con el burnout.

A pesar de los orígenes, el existencialismo y el modelo situacional de personalidad, el concepto de personalidad resistente ha sido considerado en la práctica como un modelo dimensional de personalidad vinculado a la predicción del proceso salud-enfermedad, por ello la atención que ha recibido ha sido más bien escasa. A ello han podido contribuir varios factores. 1) El enfoque dimensional del constructo. 2) La medida del constructo.

El enfoque dimensional no ha tenido una clara aceptación en el estudio del proceso salud-enfermedad, probablemente a ello ha contribuido el carácter estructural de la concepción habitual de las dimensiones de la personalidad frente a naturaleza dinámica de los procesos implicados en el proceso salud-enfermedad. El análisis clásico de la relación entre personalidad y salud (Contrada, Levental y O'Leary, 1990; Wiebe y Smith, 1996; Friedman, 1990) ha tenido históricamente la tendencia a centrarse en los aspectos patogénicos de la personalidad y a primar las variables de tipo procesual, centradas en los procesos autoreferenciales, y en general los procesos de autoregulación. Gran parte de los constructos relativos al sujeto y su influencia en el campo de la salud y la enfermedad han sido formulados como patrones dinámicos o variables procesuales de la personalidad.

Cuando los rasgos de personalidad han sido formulados desde una perspectiva de su influencia en la psicopatología y en la salud en general, tales rasgos han tenido características muy específicas. Entre ellos los dos más conocidos probablemente son el de lugar de control y el de autoeficacia. La propuesta de Rotter (1966) sobre el lugar de control, sólo puede entenderse desde su modelo de Psicología del Aprendizaje Social de la Personalidad (Rotter, 1972) y más concretamente todavía desde su propuesta del "Potencial de Conducta" y las expectativas como factor de interacción. En este contexto el lugar de control más que describir un tipo de conducta describe un tipo de proceso. Algo semejante ocurre con el concepto de autoeficacia (Bandura, 1977). La autoeficacia es el resultado de un proceso de análisis entre competencias y resultados esperados (Bermudez, 1996). El neuroticismo ha sido el rasgo de personalidad que más estrechamente se ha vinculado a los procesos de la enfermedad (Costa y Mac Crae, 1987)

El patrón a de conducta ha sido preferentemente formulado más como un patrón de conducta que como un tipo de personalidad, así la formulación inicial del mismo se efectúa en términos de "complejo de acción-emoción que emplean los individuos para enfrentarse a los desafíos y su medio ambiente" (Rosenman y Palmero, 1998). Los desarrollos posteriores, basados principalmente en la constelación de variables descritas por el llamado síndrome "AHA" (Spielberger, Johnson, Russell, Crane, Jacobs, y Worden 1985; Siegman y Smith, 1994). El mismo concepto de afrontamiento, clave en gran parte de los estudios actuales sobre el proceso de salud-enfermedad, se ha propuesto como un proceso diferenciado de rasgos y estilos cognitivos (Lazarus y Folkman, 1984). Otro de los grandes ejes en el estudio del proceso salud-enfermedad, el apoyo social, es considerado básicamente como un proceso de interacción y establecimiento de redes (Rodríguez Marin, 1995).

A pesar de estos desarrollos, la influencia de la psicología de los rasgos sobre la psicología de la salud ha sido escasa. En este contexto, no obstante los esfuerzos por acercar el modelo de Personalidad Resistente a un modelo procesual de la Salud, básicamente vinculándolo al modelo de “coping transformacional” (Maddi y Kobasa, 1984; Maddi, 1990), probablemente ha seguido primando la consideración de la personalidad resistente como un modelo dimensional. La subsistencia del modelo exigiría una reformulación profunda de su forma de acción sobre el proceso salud-enfermedad. Aunque parece que el modelo tiene los elementos suficientes para ello, es necesario ahondar en su formulación teórica y en la formulación de las dimensiones constitutivas.

El otro gran problema del constructo de Personalidad Resistente es su instrumento de medida. En la actualidad, la medida se efectúa principalmente mediante el “Personal Views Survey” que pertenece a la llamada tercera generación de escalas para la evaluación del constructo (Peñacoba y Moreno, 1998) que aunque ha mejorado respecto a algunas de las críticas, sigue siendo una escala con ítems básicamente negativos y con una estructura factorial poco clara que redundando en una baja consistencia interna de las dimensiones. Por todo ello, parece que el instrumento de medida debe ser mejorado a fin de aumentar la validez y fiabilidad del constructo.

No obstante las críticas realizadas, los trabajos realizados y los resultados encontrados en la aplicación del modelo parecen indicar que el concepto de Personalidad Resistente incide y detecta aspectos relevantes en el proceso salud-enfermedad, probablemente de tipo principalmente cognitivo y motivacional. Por ello resulta importante continuar su análisis teórico y su aplicación empírica a fin de conocer mejor su estructura, dinámica y funcionamiento.

Otro enfoque, coetáneo al de personalidad resistente, aunque ha tenido hasta el momento menor repercusión académica e investigadora, es el de “*Sentido de la Coherencia*” propuesto por A. Antonovsky (1979). Si el modelo desarrollado por Kobasa intentaba establecer las bases de una Psicología Social de la Salud, el desarrollado por Antonovski se enmarca en el proyecto del desarrollo de una Sociología de la Salud. De hecho, el interés de Antonovsky por los aspectos macrosociales de la salud se han manifestado en la constitución, en 1973, de un Departamento de Sociología de la Salud en la Facultad de Ciencias de la Salud en la Universidad Ben Gurion de Israel.

La base del enfoque de Antonovsky radica en el mismo concepto de salud, que es elaborado como un continuo entre la enfermedad y la salud, de forma que resulta imposible hablar en términos absolutos de un estado de salud o de enfermedad. Enfermedad y salud serían dos conceptos relativos en la estructura del lenguaje y del pensamiento. La salud y la enfermedad serían los polos opuestos de un continuo en el que se desplaza la persona en su ciclo vital, del nacimiento a la muerte. El otro elemento específico del modelo sería el énfasis en los aspectos activos de la conducta, y en general de la persona, que conducen al desarrollo de la salud. Desde la perspectiva de Antonovsky lo importante no es tanto conocer lo que lleva al sujeto a la enfermedad sino lo que le conduce a la salud. Desde esta perspectiva propone que ambos tipos de conductas, de salud y de enfermedad, no son simplemente opuestas, son diferentes. Lo que conduce a enfermar puede ser fumar, beber o consumir drogas, pero la simple abstinencia no conduce a la salud. Frente al enfoque patogénico de la salud cabe oponer

un enfoque centrado en el desarrollo positivo de la salud, es lo que Antonovsky (1979) llama el enfoque salutogénico. En realidad, este tipo de aproximación no es sino una consecuencia de la definición en 1946 por la OMS de la salud como estado de bienestar y no sólo ausencia de enfermedad y que establecía las bases para una concepción de la salud como una dimensión continua (Ballester Arnal, 1998).

Probablemente la clave del pensamiento de Antonovsky radique en su concepto de “*Recursos de Resistencia Generalizados*” (RRG): apoyo social, formación, medios económicos, instituciones, familia, creencias, etc. RRG son todos aquellos medios que posibilitan una conducta activa que conduce al sujeto al desarrollo de planes de acción adaptativos y positivos. Los RRG no son estrictamente tipos de afrontamiento, aunque puedan serlo, son líneas de acción que favorecen la conducta saludable y que pueden actuar como respuestas adaptativas frente a los factores de estrés. Según Antonovsky, todos los sujetos disponen de diferentes tipos de RRG, los que tenga dependerá de la historia de la persona, de su estatus social y económico, de su cultura, de múltiples variables que singularizan al sujeto geográfica e históricamente. El Sentido de la Coherencia (Antonovsky, 1979) sería el componente personal que facilita el uso de los RRG que pueda tener a su alcance. La formulación del mismo se hace como un constructo multidimensional compuesto por tres variables teórica y empíricamente relacionadas:

Comprensibilidad. (*Comprehensibility*). Sería el componente cognitivo. Es la propensión del sujeto a considerar la realidad, natural e interpersonal, como estable, ordenada, consistente y predecible. Ello permite tener un sistema cognitivo estructurado, capaz de anticiparse y prever los acontecimientos o, al menos, de integrarlos dentro de un marco de probabilidades. Este componente capacita al sujeto para conductas adaptativas y realistas a los más diversos acontecimientos y una actitud flexible a los cambios futuros.

Manejabilidad (*Manageability*). Es el componente instrumental del constructo. Es la actitud que adopta la persona ante los acontecimientos y su desarrollo considerando que tiene alternativas y recursos que le permiten manejarlo. La manejabilidad no consiste necesariamente en la convicción de que se puede dominar y afrontar activamente los diferentes problemas, pero sí de que al menos pueden disminuirse las repercusiones negativas mediante los recursos disponibles. Tales recursos pueden ser personales, sociales, institucionales, políticos como el Estado o religiosos como Dios.

Significatividad. (*Meaningfulness*). Es el componente motivacional. Alude al deseo y voluntad de la persona, a las emociones, a los valores sustentados ante un suceso, una demanda, una dificultad o, en general, un factor de estrés que puede ir desde la sobrecarga al dolor y la muerte. Se refiere al valor que el sujeto otorga a lo que acontece, independiente de la forma en la que ocurra. Según Antonovsky (1987) sería el nivel en este componente el factor determinante de la globalidad del constructo.

Desde la perspectiva de Antonovsky, el sentido de la Coherencia no sería un rasgo o conjunto de rasgos de personalidad, ni un estilo específico de afrontamiento, sino un conjunto de competencias básicamente cognitivas que proporcionan una orientación disposicional generalizada. En este sentido, el constructo estaría próximo a

la formulación de Mischel (1973) de un modelo de competencias cognitivo social de la personalidad alejado de la perspectiva disposicional de los rasgos (Moreno-Jiménez, 1997).

Los estudios realizados con el constructo de Sentido de la Coherencia muestran su relevancia como variable mediadora en los procesos de estrés y salud (Carmel, Anson, Levenson, Bonneh y Maoz, 1991; Moreno, Alonso y Alvarez, 1997). Los resultados encontrados indican que las puntuaciones altas en SC se asocian a menores síntomas psicológicos. En la misma línea, aunque de una forma todavía incipiente, en los últimos años ha aparecido una tendencia a analizar la influencia del SC sobre los procesos de burnout. Los estudios indican la existencia de una relación inversa entre los niveles de SC y burnout (Palsson, Hallberg, Norberg y Bjoervell, 1996; Gilbar, 1998). De forma más específica, los resultados indican una asociación inversa entre SC y agotamiento emocional y despersonalización, y una directa entre SC y realización personal. (Baker, North y Smith, 1997).

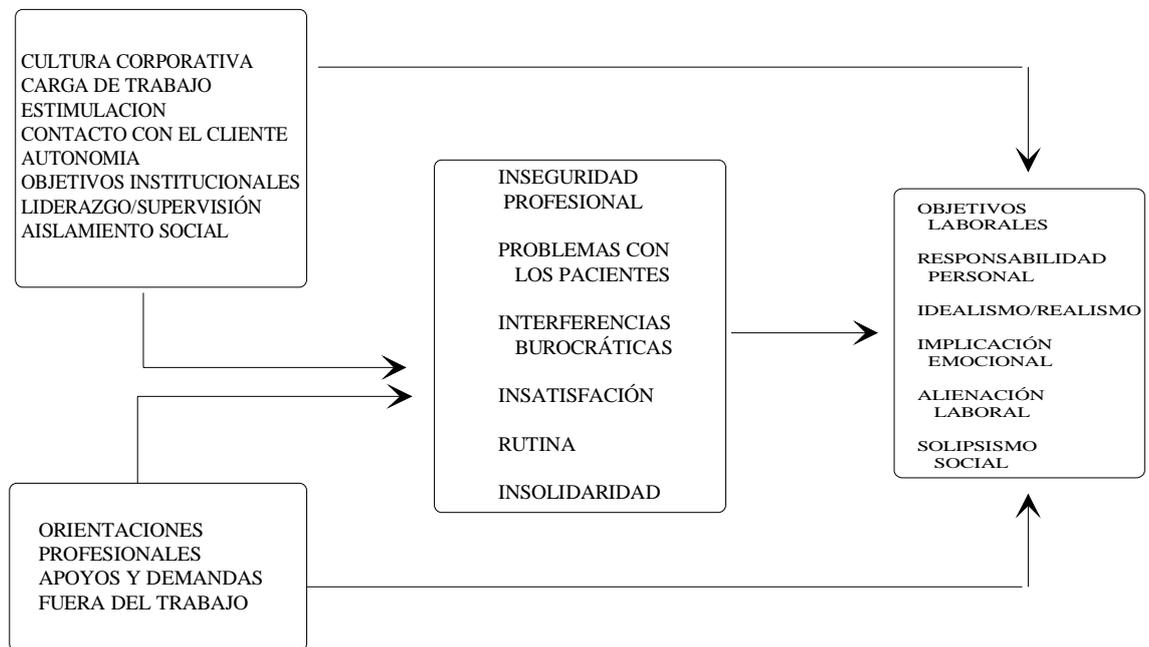
5.1.- Las variables personales profesionales

Aunque las variables personales no son centrales en el proceso del desgaste profesional, no es posible una adecuada comprensión del proceso al margen de los modelos interactivos que utilizan conjuntamente las variables organizacionales y las personales. Cherniss (1980) en los comienzos del estudio del burnout proponía un modelo interactivo a partir de ambos tipos de variables, específicamente su modelo no incluía como variables personales dimensiones o rasgos de personalidad sino formas de orientarse en el ámbito laboral, actitudes o estilos profesionales (Cf. figura nº 1).

Figura nº 1

MODELO ORGANIZACIONAL DEL BURNOUT

(CHERNISS,1980)



Cherniss no ignora la función que puede tener la personalidad de los sujetos, pero la considera de menor relevancia (Cherniss,1980b, p. 131), que la orientación de carrera de los trabajadores, las metas, los valores y las actitudes que se buscan en el trabajo. Característico de Cherniss es reemplazar las características de personalidad del sujeto por sus actitudes ante el trabajo que a su parecer dan lugar a cuatro grupos de estilos profesionales :

- 1.- Los activistas sociales, aquellos que quieren cambiar el mundo.
- 2.- Los centrados en sus carreras, quienes quieren principalmente promocionar en sus trabajos y obtener beneficios.
- 3.- Los artesanos, motivados por la naturaleza de su trabajo.
- 4.- Los esforzados, que consideran que el trabajo como un mal inevitable.

Lamentablemente, la utilización de estilos profesionales como variables moduladoras del proceso de burnout apenas si ha tenido réplica, siendo substituidas en la práctica totalidad de los estudios por variables psicológicas. Ambos tipos de estudios son compatibles y se aclaran mutuamente, en realidad, ambos estudian la vulnerabilidad o resistencia al proceso de desgaste profesional. Mientras el enfoque centrado en las variables dimensionales de personalidad analiza las variables psicológicas de forma directa, el enfoque centrado en las orientaciones profesionales incluye en su análisis la adaptación específica del sujeto a su organización. Una alternativa más completa y más enraizada en la Psicología de las Organizaciones a la formulación efectuada por Cherniss es la propuesta por Schein (1978). Schein habla de “*anclas de carrera*” para referirse a patrones distintivos en la forma de asumir necesidades y expectativas dentro de las organizaciones. Propone específicamente cinco tipos de patrones específicos de la

orientación profesional: competencia técnica, competencia administrativa, seguridad, autonomía y creatividad. En función de los cinco tipos de patrones de carrera, el tipo de expectativas que se desarrolla en el ámbito profesional es marcadamente diferente por lo que cabe suponer que la vulnerabilidad al burnout sería diferente en función del tipo de orientación profesional.

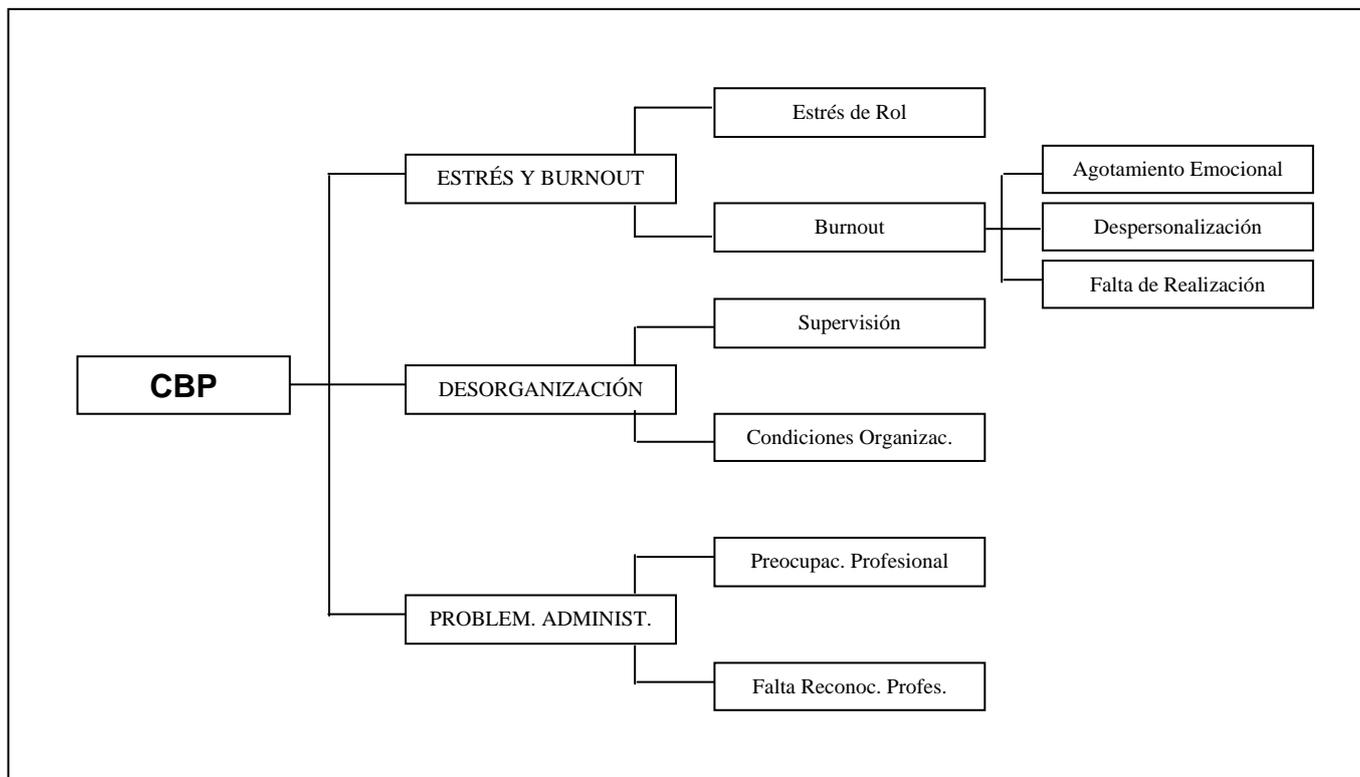
6.- Personalidad Resistente, sentido de la coherencia y Burnout. Estudios empíricos.

Los trabajos efectuados con los modelos de Personalidad Resistente (Moreno, Garrosa y González, 1999) y de Sentido de la Coherencia (Moreno, González y Garrosa, 1999) parecen confirmar los presupuestos teóricos establecidos sobre el burnout y los efectos mediadores de la personalidad en el proceso y en sus efectos sobre la salud autoinformada. No obstante existen algunas diferencias entre ambos modelos.

6.1.- Personalidad Resistente, burnout y salud

Para comprobar los efectos de la Personalidad Resistente sobre el desgaste profesional y sobre la salud percibida se aplicó el CBP (Cuestionario de Burnout del profesorado; Moreno, Oliver y Aragonese, 1993) a una muestra de 107 profesores de Formación profesional de 14 centros de la capital de Madrid. El CBP se caracteriza por ser un instrumento de evaluación del proceso de burnout en el profesorado que incluye tanto los aspectos organizativos del centro escolar como los factores del síndrome. La estructura del cuestionario queda recogida en la figura nº 2

Figura nº 2. Estructura del CBP



Los estudios con el CBP han mostrado suficiente validez factorial (Moreno, Oliver y Aragonese, 1993) así como validez convergente y discriminante (Oliver, 1993; Galvez Herrer y Pérez Dominguez, 1999). Además del CBP se aplicó el Cuestionario de salud (Peñacoba, 1996) y el Personal Views Survey (Hardiness Institute, 1985) en la adaptación realizada por la Universidad Autónoma de Madrid (Oliver, 1993; Peñacoba, 1996). La consistencia de las dimensiones teóricas oscilaron de 0,62 a 0,72, siendo 0,85 la del constructo global.

La tabla nº 3 muestra las correlaciones encontradas entre las variables utilizadas en una muestra de 107 profesores de Formación profesional .

	CBP										PVS				Salud		
	SU	CO	PP	FRP	ER	AE	DP	FR	B	CT	CP	RT	PR	SF	SP	S	
SU	1.00	.48*	—	.28*	.26*	.21	—	.26*	.26*	-.20	-.28*	—	—	.19	.21	.23	
CO		1.00	.27*	.32*	.46*	.32*	—	.36*	.37*	-.28*	-.32*	—	-.25*	.24	.23	.27*	
PP			1.00	.54*	.28*	.22	—	—	.20	—	—	—	—	—	—	—	
FRP				1.00	.43*	.31*	—	—	.23	—	-.22	—	-.19	.19	.20	.23	
ER					1.00	.57*	.38*	.44*	.59*	-.42*	-.47*	-.40*	-.50*	.21	.41*	.37*	
AE						1.00	.47*	.52*	.88*	-.41*	-.32*	-.25*	-.37*	.31*	.43*	.43*	
DP							1.00	.48*	.69*	-.25	-.32*	—	-.29*	—	.35*	.31*	
FR								1.00	.84*	-.42*	-.33*	—	-.32*	—	.43*	.38*	
B									1.00	-.46*	-.39*	-.22*	-.41*	-.29*	.50*	.47*	
CT										1.00	.70*	.56*	.86*	—	-.37*	-.32*	
CP											1.00	.62*	.90*	—	-.43*	-.33*	
RT												1.00	.84*	—	-.27*	-.20*	
PR													1.00	—	-.41*	-.33*	
SF														1.00	.52*	.82*	
SP															1.00	.91*	
S																1.00	

Tabla 3. Correlaciones $p < .05$, $*p < .01$. Variables del C.B.P (SU: Supervisión, CO: Condiciones Organizacionales, PP: Preocupaciones Profesionales, FRP: Falta de Reconocimiento Profesional, ER: Estrés de Rol, AE: Agotamiento Emocional, DP: Despersonalización, FR: Falta de Realización, B: Burnout); variables del P.V.S (CT: Control, CP: Compromiso, RT: Reto, PR: Personalidad Resistente); variables del cuestionario de salud (SF: Síntomas Físicos, SP: Síntomas Psicológicos, S: Estado de Salud General).

El análisis de la tabla de correlaciones permite extraer algunas observaciones relevantes. En primer lugar, se observa que el estrés de rol se asocia positiva y significativamente con todas los factores organizacionales. Puede observarse igualmente que el burnout global muestra su correlación más alta con el estrés de rol. Cuando se atiende a los componentes del burnout, se advierte que el estrés de rol se asocia significativamente con los tres, especialmente con el Cansancio emocional. Se observa igualmente que el componente con menor número de correlaciones significativas es la Despersonalización, lo que parece indicar que es la variable menos afectada por las variables organizacionales tal como se evalúan en el CBP.

Es igualmente de marcado interés el conjunto de correlaciones que se obtiene entre los componentes del síndrome y la Personalidad Resistente. Control es la variable

con mayor nivel de asociación, mientras que reto no se asocia significativamente ni con despersonalización ni con realización personal. Puede igualmente observarse que la puntuación global de personalidad Resistente se asocia altamente con el síndrome, pero con menor intensidad que su componente control.

En cuanto a la salud percibida puede notarse que los índices de correlación de la salud física percibida son claramente inferiores a los que se obtienen con la salud psicológica autoinformada. Es notorio igualmente que las asociaciones mayores se obtienen con los elementos del síndrome, especialmente con la puntuación global y con la variable de cansancio emocional.

Los análisis de regresión, método de pasos progresivos, confirman y aclaran los resultados que el análisis de las correlaciones sugiere. El estrés de rol puede predecirse en un 43% de su varianza a partir de cuatro variables: compromiso (22%; Beta= -,1640; F=30,33), Falta de reconocimiento (12%; Beta=,2631; F=26,69), Condiciones Organizacionales (6%; Beta=,3112; F=22,57) y reto (3%; Beta= -,2483; F= 19,46).

En cuanto al burnout, como variable global, los resultados indican que, en el estudio indicado, puede predecirse en un 43% a partir de tres variables: estrés de rol, Control y Reto. La tabla nº 4 muestra los resultados .

Paso	Variable	R ²	ΔR ²	Beta	F
1	Estrés de rol	,35	,35	,5196	56,14*
2	Control	,41	,06	-,3516	35,45*
3	Reto	,43	,02	,1887	25,76*

Tabla 4. Variables predictoras del Burnout

VI: Supervisión, Condiciones Organizacionales, Falta de Reconocimiento Profesional, Preocupaciones Profesionales, Estrés de Rol, Reto, Control, Compromiso.

R² acumulativo; *p<,01.

Estos resultados indican que la principal variable predictora es el estrés de rol y que dos de las variables de Personalidad actúan incrementando la capacidad de predicción. El análisis más pormenorizado de los componentes singulares del burnout indica que el Cansancio Emocional se predice a partir del estrés de rol (33%; beta=,4882; F=51,50) y Control (3%; beta=-,2052; F=2975), mientras que en la predicción de la Despersonalización sólo aparece el componente de estrés de rol (15%, beta=,382; F=17,94). Para la Falta de Realización Personal los factores que entran en la predicción son exactamente los mismos que en el burnout general : estrés de rol (19%; beta=,381; F=24,93), Control (7%; beta=-,429, F=18,21) y reto (6%; beta=,304; F=16,16).

En la predicción de la salud percibida las variables que entran en la predicción del 23% de la varianza son el agotamiento emocional y el compromiso. La tabla nº 5 muestra los resultados.

Paso	Variable	R ²)R ²	Beta	F
1	Agotamiento emocional	,18	,18	,362	23,79*
2	Compromiso	,23	,05	-,214	15,18*

Tabla 5. Variables predictoras del estado de Salud General

VI: Supervisión, Condiciones Organizacionales, Preocupaciones Profesionales, Falta de Reconocimiento Profesional Estrés de Rol, Agotamiento Emocional, Despersonalización, Falta de Realización, Reto, Control, Compromiso.
R² acumulado; *p<,01.

En la predicción de la salud psicológica intervienen la falta de realización personal (19%; beta=,222; F=23,85), el Compromiso (9%; beta=,282; F=19,81) y Agotamiento Emocional (3%; beta=,222; F=15,48). En la predicción de la sintomatología física sólo entra el agotamiento emocional que explica el 18% de la varianza total.

6.2.- Sentido de la Coherencia, burnout y salud percibida.

Además del estudio indicado se procedió a efectuar otra investigación destinada en este caso a analizar la incidencia del Sentido de Coherencia en el proceso de burnout. Para ello se utilizó el mismo CBP, el mismo cuestionario de sintomatología percibida y la adaptación de OLQ (Moreno, Alonso y Alvarez, 1997).

Los resultados correlacionales de todas las variables incluidas en el estudio se encuentran en la tabla nº 6

	Sup	CO	PP	FRP	ER	AE	Des p	FR	BU R	Man e	Sign	Com p	SC	SF	SP	Sal
Sup	—															
CO	.40	—														
PP	.19	.23	—													
FRP	—	.27	.41	—												
ER	.39	.32	.36	.36	—											
AE	.44	.35	.37	.35	.71	—										
Des p	.33	—	.22	—	.49	.49	—									
FR	.40	.23	—	—	.41	.60	.52	—								
BU R	.48	.33	.31	.27	.68	.90	.69	.86	—							
Man e	-.34	-.29	-.20	-.25	-.51	-.46	-.22	-.33	-.44	—						
Sign	-.26	—	—	—	-.35	-.39	-.30	-.51	-.49	.55	—					
Com p	-.25	-.27	-.19	-.20	-.43	-.34	-.22	-.29	-.35	.71	.60	—				
SC	-.32	-.29	-.19	-.22	-.50	-.46	-.28	-.41	-.48	.89	.79	.91	—			
SF	.22	—	—	—	.37	.35	—	—	.29	-.41	-.37	-.30	-.41	—		
SP	.38	.29	.26	.22	.50	.55	.31	.36	.52	-.58	-.48	-.64	-.67	.55	—	
Sal	.34	.27	.24	—	.50	.52	.26	.31	.47	-.57	-.49	-.56	-.62	.85	.90	—

Tabla 6. Correlaciones entre las variables consideradas en el estudio, para $p < 0.01$ (casillas sombreadas) y $p < 0.05$ (casillas en blanco). Sup = Supervisión, CO = Condiciones Organizacionales, PP = Preocupaciones profesionales, FRP = Falta de Reconocimiento Profesional, ER = Estrés de rol, AE = Agotamiento emocional, Desp = Despersonalización, FR = Falta de Realización, BUR = Índice de Burnout, Mane = manejabilidad, Sign = Significatividad, Comp = Comprensibilidad, SC = Sentido de Coherencia, SF = Síntomas físicos, SP = Síntomas psicológicos, Sal = salud.

Como puede observarse, el estrés de rol correlaciona positiva y significativamente con todas los elementos organizacionales y de forma muy parecida en todos ellos. Lo mismo ocurre con el burnout global, que su vez muestra unas correlaciones muy altas con el estrés de rol, mostrando niveles de asociación muy fuertes. Cabe notar que entre los componentes del burnout el cansancio emocional es la que muestra mayores y más frecuentes índices de correlación, especialmente con el estrés de rol.

Las variables del Sentido de Coherencia muestran asociaciones significativas prácticamente con la mayoría de las variables referidas a los elementos organizacionales, estrés de rol incluido así como con las variables componentes del burnout. Solo significatividad tiene menor número de correlaciones significativas que las que son posibles.

En cuanto a las variables procedentes de la salud autoinformada, puede observarse que el estrés de rol y el cansancio emocional son las que muestran mayores niveles de asociación. Por su parte las correlaciones encontradas con los componentes de Sentido de la Coherencia son globales y altamente significativas.

La aplicación del análisis de regresión a las variables teóricamente dependientes permite discriminar con mayor precisión algunos de los procesos intervinientes que escapan al análisis correlacional. Así se observa que el estrés de rol, consecuencia teórica de los elementos organizacionales, se explica en un 37%, a partir de las variables incluidas, siendo los elementos intervinientes Manejabilidad (26%; $\beta = -.38$; $F = 39,10$), Preocupaciones profesionales (7%; $\beta = .25$; $F = 27,43$) y Supervisión (4%; $\beta = .22$; $F = 21,69$).

Por su parte del burnout global puede predecirse hasta un 56% de la varianza global. La tabla nº 7 muestra los resultados a partir de las variables incluidas.

	R ²	ΔR^2	β	F
Estrés de Rol	.44	.44	.49	90.60*
Significatividad	.52	.08	-.26	61.00*
Supervisión	.56	.04	.25	47.06*

Tabla 7

VD: BURNOUT; VI: Supervisión, Condiciones Organizacionales, Preocupaciones Profesionales, Falta de Reconocimiento Profesional, Estrés de Rol, Manejabilidad, Comprensibilidad, Significatividad.
* < 0,01

El análisis más pormenorizado de los componentes del burnout indica que el cansancio emocional se predice en un 55% a partir de las variables estrés de rol (51%; $\beta = .60$; $F = 115,95$), Supervisión (3%, $\beta = .17$; $F = 64,87$) y Significatividad (1%; $\beta = -.14$; $F = 45,96$), la despersonalización en un 24% con el sólo elemento del estrés de rol (24%; $\beta = .49$; $F = 36,30$), y Falta de Realización en un 36% a partir de las variables Significatividad, (26%, $\beta = -.38$; $F = 39,14$), Supervisión (7%; $\beta = .22$; $F = 27,91$) y Estrés de rol (6%; $\beta = .19$; $F = 20,93$).

La predicción de la Salud General, sintomatología general, se obtiene en un 45% (A) o en un 42% si se substituyen los componentes del burnout por la medida global(B) Los resultados aparecen en la tabla nº 8

(A)	R ²	ΔR ²	β	F	(B)	R ²	ΔR ²	β	F
<i>Manejabilidad</i>	.33	.33	-.23	56.35*	<i>Manejabilidad</i>	.33	.33	-.32	56.35*
Agotamiento Emocional	.41	.08	.32	39.81*	Estrés de Rol	.39	.06	.26	36.09*
<i>Comprensibilidad</i>	.45	.04	-.28	30.88*	<i>Significatividad</i>	.42	.03	-.22	27.24*

Tabla 8

VD: SALUD GENERAL; VI: (A) Supervisión, Condiciones Organizacionales, Preocupaciones Profesionales, Falta de Reconocimiento Profesional, Estrés de Rol, Agotamiento Emocional, Despersonalización, Falta de Realización, *Manejabilidad, Comprensibilidad, Significatividad.* (B) Supervisión, Condiciones Organizacionales, Preocupaciones Profesionales, Falta de Reconocimiento Profesional, Estrés de Rol, BURNOUT, *Manejabilidad, Comprensibilidad, Significatividad.*

* < 0,01

En cuanto a los componentes de la sintomatología general, física y psicológica se observa que la predicción de los aspectos físicos de la sintomatología se obtiene en un 21% a partir de la manejabilidad (17%; beta=-,30; F= 23,18) y el estrés de rol (4%; beta=.22; F=14,64), mientras que para la sintomatología psicológica se alcanza un porcentaje claramente mayor de la varianza explicada, el 54%, a partir de la comprensibilidad (42%; beta=-,52; F=80,40) y el agotamiento emocional (12%; beta=.37; F=64,71).

Tal como la teoría prevé, en los dos estudios referidos las variables de personalidad estudiadas, Personalidad Resistente y sentido de la Coherencia, muestran su intervención en los procesos de estrés y burnout, así como en la salud autoinformada. En ambos casos los sujetos con mayores puntuaciones en Personalidad Resistente y sentido de la Coherencia tienden a tasas menores de estrés de rol, burnout y sintomatología percibida. Se confirman así los trabajos previos con ambos constructos (Boyle y col. 1991; Palsson y col. 1996).

En general, las variables organizacionales muestran un cuadro de correlaciones extenso y amplio con las variables objeto específico de estudio: burnout, variables de personalidad y Salud percibida (Pines y Aronson, 1981; Leey y Ashford, 1996; Gil-Monte,1994). No obstante, cuando se introducen en los análisis de regresión su contribución directa desaparece, lo que parece indicar que son otras las variables críticas que están incidiendo en los índices de las variables teóricamente dependientes. Sólo Supervisión aparece como variable predictiva para el agotamiento emocional y el burnout general.

El estrés de rol, teóricamente resultado de las condiciones organizacionales, es explicado sólo secundariamente por ellas y principalmente por las variables de personalidad incluidas, lo que parece indicar que la incidencia de las variables de personalidad en el proceso está en su mismo comienzo, en el origen del mismo. Probablemente ello es debido a que ambos tipos de variables actúan sobre la percepción y evaluación de los estresores. Esta función parecen asumirla las variables de compromiso y reto, en el modelo de Personalidad Resistente, y manejabilidad en el modelo de Sentido de la Coherencia.

El burnout general se predice principalmente por el estrés de rol y complementariamente por las variables de personalidad consideradas. En otras investigaciones ha aparecido el estrés de rol como uno de los factores desencadenantes más importantes del burnout (Byrne, 1994; Lee y Ashford,1996). Tales resultados parecen indicar que el proceso de burnout no se origina directamente en los estresores, sino en el efecto de los mismos, un resultado y un proceso que es básicamente diferencial. Este mismo esquema se repite con escasas variantes para los componentes del burnout, apareciendo que el estrés de rol es el mayor componente predictivo del burnout y sus elementos, resultando complementarios los factores de personalidad.

Estos resultados son especialmente relevantes ya que de una parte mantienen la primacía de los estresores y su efecto, el estrés de rol, sobre el burnout y sus componentes y de otra complementan tales efectos a partir de las variables de personalidad. Los resultados encontrados matizan la afirmación, generalmente mantenida, que sitúa la génesis del burnout en los factores organizacionales, más que en ellos el origen residiría en sus efectos, los que a su vez estarían mediados por las variables personales. Ello parece indicar que la interacción entre variables organizacionales y de personalidad no es directa, sino a través de la interacción y complementación entre el estrés de rol y las variables de personalidad. Sin embargo estos resultados confirman substantivamente el presupuesto de que la varianza más importante del burnout proviene del estrés de rol organizacional.

La capacidad predictiva de las variables de personalidad utilizadas sobre el burnout es siempre menor que la que proporciona el estrés de rol, por otra parte es ilustrativo observar que el control, componente instrumental, es la dimensión del modelo de Personalidad Resistente que más aporta al proceso de burnout, mientras que es Significatividad, componente motivacional, la variable más representativa por parte del modelo de Sentido de la Coherencia. Los resultados que aparecen en la tabla n° 9 indican que la forma de acción de ambos modelos es asimétrica.

La siguiente tabla ilustra los resultados encontrados

Variables	Personalidad Resistente	Sentido de Coherencia
Burnout	Estrés de rol (22%) Control (6%) Reto (2%)	Estrés de rol (44%) Significatividad (8%) Supervisión (4%)
Cansancio Emocional	Estrés de rol (33%) Control (6%) Reto (2%)	Estrés de rol (51%) Supervisión (3%) Significatividad (1%)
Despersonalización	Estrés de rol (15%)	Estrés de rol (24%)
Falta de Realización	Estrés de rol (19%) Control (7%) Reto (6%)	Significatividad (26%) Supervisión (7%) Estrés de rol (6%)

Tabla n° 9. La predicción del burnout

Puede observarse que en la variable despersonalización, componente del burnout, no interviene ninguna variable de personalidad, lo que parece indicar que los procesos intervinientes son estrictamente organizacionales.

Los factores de predicción cambian cuando la variable dependiente es la salud general y sus componentes. Para la salud general son los factores provenientes de los modelos de personalidad y del burnout los que intervienen predictivamente. Por parte de los componentes del burnout es el cansancio emocional el único elemento predictivo. Tales resultados confirman estudios que han utilizado algunos de los modelos personalidad referidos (Westman, 1990; Ryland y Greenfeld, 1991). La comparación entre ambos modelos parece indicar que el Sentido de Coherencia muestra mayor capacidad predictiva. La tabla 10 muestra comparativamente los resultados obtenidos.

Salud autoinformada	Personalidad Resistente	Sentido de Coherencia
Sintomatología Física	Cansancio emocional (18%)	Manejabilidad (17%) Estrés de rol (4%)
Sintomatología Psicológica	Falta de Realización (19%) Compromiso (9%) Cansancio Emocional (3%)	Comprensibilidad (42%) Cansancio emocional (12%)
Sintomatología General	Cansancio Emocional (18%) Compromiso (5%)	Manejabilidad (33%) Cansancio emocional (8%) Comprensibilidad (4%)

Tabla nº 10

En cuanto a los componentes de la Salud General, la capacidad de predicción de la Sintomatología física es menor que la psicológica. Con el modelo de Personalidad Resistente los elementos del burnout, Cansancio emocional y Falta de Realización adquieren mayor peso que cuando los componentes del burnout se utilizan con el modelo de Sentido de Coherencia. Cabe destacar que cuando se utilizan como factores de predicción los componentes del modelo de Personalidad Resistente, el único elemento que aparece con capacidad predictiva es el compromiso, siempre inferior al cansancio emocional. Tales resultados cambian cuando se utilizan los componentes del modelo de Sentido de la Coherencia que parecen tener mayor capacidad predictiva.

Los resultados encontrados en ambos estudios indican que la comprensión, explicación y predicción del proceso de burnout y sus secuelas para la salud, al menos autoinformada, requieren la consideración de un modelo interactivo entre variables organizacionales y de personalidad (Gil-Monte, Peiró y Valcarcel, 1995). Aunque tales resultados parecen claros, resulta necesario establecer las formas específicas de interacción, pues no parece suficiente conformarse con el dato de la varianza explicada por cada uno de ambos elementos, sería necesario explicar la forma de interacción.

Por otra parte, los dos modelos de personalidad utilizados parecen actuar de forma muy semejante sobre los elementos del proceso, pero sería necesario aclarar la naturaleza de ambos constructos, insuficientemente analizada. Probablemente ambos modelos comparten algunos elementos, así control y manejabilidad parecen dos variables muy semejantes, aunque los modelos teóricos respectivos matizan diferentemente su forma de actuación. Algo semejante ocurre con los otros componentes, por lo que serían convenientes estudios sistemáticos comparativos (Moreno, Alonso, Alvarez, 1997) que establecieran posibles elementos comunes y diferenciales. En cualquier caso, el análisis de los factores adaptativos de personalidad

parece una vía necesaria y complementaria en los procesos de salud-enfermedad y del burnout.

REFERENCIAS

- Antonovsky, A. (1979) *Health, stress and coping*. San Francisco: Jossey Bass
- Antonovsky, A. (1987) *Unraveling the mystery of health. How people manage stress and stay well*. San Francisco: Jossey Bass
- Bacharach, S.B., Bainberger, P. y Mitchell, S. (1990) Work design, role conflict, and role ambiguity: the case of elementary and secondary schools. *Educative Evaluation Policy Anal.* 12, 415-432.
- Ballester Arnal, R. (1998) Salud y psicología de la salud. En F. Palmero, y E.G. Fernández Abascal, (Eds) *Emociones y Adaptación*. Barcelona: Ariel
- Bandura, A. (1977) Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 2, 191-215
- Barker, M., North, D., y Smith, D.F. (1997) Burnout, sense of coherence and sources of salutogenesis in social workers. *Psychology: A Journal of Human Behavior*, 34, 22-26.
- Berkman, L. F. (1985) The relationship of social networks and social support to morbidity and mortality. En S. Cohen, y S.L. Syme (Eds) *Social Support and Health*. New York: Academic Press
- Bermudez, J. (1996) Afrontamiento: aspectos generales. En A. Fierro (Ed) *Manual de Psicología de la Personalidad*. Barcelona: Paidós
- Bloch, A. M. (1976) The battered teacher, *Today's Education*, 66, 58-62.
- Boyle, P.H. Grap, M.J. Younger, J. y Thornby, D. (1991) personalitu hardiness, ways of coping, social support and burnout in critical care nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 16, 850-857
- Buendía, J. y Riquelme, A. (1995), Burnout, factores de estrés y locus de control en un grupo de vigilantes de instituciones penitenciarias. *Ansiedad y Estrés*, 1, 195-218.
- Burke, R.J. y Greenglass, E.R. (1989). Psychological burnout among men and women in teaching: an examination of the Cherniss model. *Human Relations*, 42, 261-273
- Burke, R.J. y Richardsen, A.M. (1996) stress, burnout and health. En C.L. Cooper, (Ed) *Handbook of Stress, Medicine and Health*. New York : CRC Press
- Burke, R.J. Shearer, J. y Deszca, G. (1984) Burnout among men and women in police work: An examination of the Cherniss model. *Journal Health Human Resources Administration*, 7, 162-188

- Byrne, B.M. (1994) Burnout: testing for validity, replication and variance of causal structure across elementary, intermediate and secondary teachers. *American Educational Research Journal*, 31, 645-673
- Carmel, S., Anson, O.; Levenson, A., Bonneh, D.Y. y Mahoz, B. (1991) Life events, sense of coherence and health: gender differences on the kibbutz. *Social Science and Medicine*, 32, 1089-1096
- Cherniss, C. (1980) *Professional burnout in the human service organizations*. New York : Praeger.
- Contrada, R.J., Leventhal, H. y O'Leary, A. (1990) Personality and Health En L.A. Pervin, (Ed) *Handbook of personality*. New York: Guilford Press
- Constable, J.F. y Russell, D.W. (1986). The effects of social support and the work environment upon burnout among nurses. *Journal of Human Stress*, 12, 20-26.
- Cox, T. (1988) Psychobiological factors in stress and health. En S. Fisher y J. Reason, (Eds) *Handbook of Life Stress, Cognition and Health*. Chichester: John Wiley and Sons.
- Cox, T., Kuk, G. y Leiter, M. (1993). Burnout, Health, Work Stress and Organizational Healthiness, En W. B. Schaufeli, C. Maslach y T. Marek. (Eds). *Professional burnout: recent Developments in Theory and research..* London: Taylor and Francis:
- Cronin-Stubbs, D. y Rooks, C. (1985) The stress, social support, and burnout of critical care nurses. *Heart and Lung*, 14, 31-39.
- Davis-Sacks, M.L. Jayaratne, S. y Chess, W.A. (1985) A comparison of the effects of social support on the incidence of burnout. *Social Work*, 30, 220-244.
- Farber, B.A. (1983) Dysfunctional aspects of the psychotherapeutic role En B. Farber (Ed) *Stress and Burnout in the Human Service Professions*. New York: Pergamon Press
- Farber, B.A. (1983) Introduction: a critical perspective on burnout. En B.A. Farber (Ed) *Stress and burnout in the Human Service Professions*. New York: Pergamon.
- Firth, H. y Britton, P.G. (1989) Burnout, absence and turnover among british nursing staff. *Journal of Occupational Psychology*, 62, 55-60.
- Florian, V. Mikulincer, M. y Taubman, O. (1995) Does hardiness contribute to mental health during a stressful real-life situation. The roles of appraisal and coping. *Journal of Personality and Social Psychology*, 68, 687-695
- Freudenberger, H. J. (1974) Staff burnout. *Journal of social Issues*, 30, 159-165.
- Freudenberger, H.J. y Richelson, G. (1980) *Burnout: The high cost of high achievement*. Garden City, NY: Doubleday

- Friedman, H.S. (1990) *Personality and Disease*. New York: J. Wiley and Sons
- Friesen, D. y Sarros, J. (1986) Sources of burnout among educators. *Journal of Organizational Behavior*, 10, 179-188.
- Funk, S.C. (1992) Hardiness: a review of theory and research. *Health Psychology*, 11,335-345
- Galvez, Herrero, M. y Pérez Domínguez, C. (1999) *Burnout: comparación entre profesorado de primaria y de educación especial. Una perspectiva salutogénica*. Tesina de Master. Centro Universitario de Salud Pública. Madrid. (Manuscrito no publicado)
- Garden, A.M. (1987) Depersonalization: A valid dimension of burnout? *Human Relations*, 40, 545-560
- Gellerman, S. W. (1960) *People, problem and profits*. New York: Mac Graw Hill
- Gil-Monte, P.R., Peiró, J.M. y Valcarcel, P. (1995) A causal model of burnout process development: An alternative to Gelembiewski and Leiter Models. Trabajo presentado en el *Seven European Congress of Work and Organizational Psychology*. Győr, Hungría.
- Gilbar, O. (1998) relationship between burnout and sense of coherence in health social workers. *Social Work in Health Care*, 26, 39-49.
- Golembiewski, R.T. y Muzenrider, R.F. (1988) *Phases of burnout: Developments in Concepts and Applications*. New York: Praeger.
- Golembiewski, R.T., Boudreau, R.A., Muzenrider, R.F. y Luo, H. (1996) Global burnout: A worldwide pandemic explored by the phase model. London: JAI
- Gold, Y y Michael, W.B. (1985) Academic self-concept correlates of potential burnout in a sample of first semester elementary school practice teachers: a concurrent validity. *Educational Psychological Measurement*, 45, 909-914.
- Hills, H. y Norvell, N. (1991) An examination of hardiness and neuroticism as potential moderators of stress outcomes. *Behavioral Medicine*, 19, 31-38
- Hull, J.G. , van Treuren, R.R. y Virnelli, S. (1987). Hardiness and health. A critique and alternative approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 53, 518-530
- Jackson, S. E. (1983) Participation in decision making as a strategy for reducing job related strain. *Journal of Applied Psychology*, 68, 3-19.
- Jackson, S. E. y Maslach, C. (1982) After-effects of job related stress: families as victims. *Journal Occupational Behavior*, 3, 63-77.

- Jackson, S. E., Schwab, R.L. y Schuler, R.S. (1986) Toward an understanding of the burnout phenomenon. *Journal of Applied Psychology*, 71, 630-640
- Johnson, J.V. (1989) Control, collectivity and the psychosocial work environment. En S.L. Sauter, J.J. Hurrell Jr. y C.L. Cooper (Eds) *Job control and worker health*. Chichester: John Wiley and Sons
- Johnson, J.V. , Hall, E.M. y Theorell, T. (1989) Combined effects of job strain and social isolation on cardiovascular disease morbidity and mortality in a random sample of the swedish male working population. *Scandinavian Journal of Work and Environmental Health*, 15, 271-279
- Kahill, S. (1988) Symptoms of professional burnout: a review of the empirical evidence. *Canadian Psychology*, 29,284-297.
- Karasek, R. (1979) Job demands, job decision latitude and mental strain: implications for job redesign. *Administrative Science Quarterly*, 24, 285-307.
- Karasek, R. y Theorell,T. (1990) *Healthy Work*. London: Basic Books.
- Kets, F.R. M. y Miller, D. (1993) *La organización neurótica*. Barcelona: Edhasa
- Kobasa, S.C. (1979) Stressful life events, personality and health. An inquiry into hardiness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 31, 1-11
- Kobasa, S.C. (1982) The hardy personality: toward a social psychology of stress and health. En G.S. Sanders y J. Suls (Eds) *Social psychology of health and illness*. Hillsdale,N.J. Lawrence Erlbaum Associates,Inc.
- Kobasa, S.C., Maddi,S.R. y Courington, S. (1981)personality and constitution as mediators in the stress illness relationship. *Journal of Health and Social Behavior*, 22, 368-378
- Landsbergis, P.A. (1988) Occupational stress among health care workers: a test of the job demand model. *Journal of Occupational Behavior*, 9, 217-239.
- Lazaro, L., Shinn, M. y Robinson, P.E. (1985). Burnout, performance and job withdrawal behavior. *Journal Health Human Resources Administration*, 7, 213-234
- Lazarus, R.S. y Folkman, S. (1984) *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer Verlag
- Lee, R.T. y Ashforth, B.E. (1996). A meta-analytic examination of the correlates of the three dimensions of job burnout.. *Journal of Applied Psychology*, 81, 123-133
- Leiter, M. P. (1991) The dream denied: professional burnout and the constraints of service organizations. *Canadian Psychology*, 32, 547-558.

- Leiter, M. P. (1993) Burnout as a developmental process: consideration of models. En W. B. Schaufeli, C. Maslach y T. Marek. (Eds). *Professional burnout: recent Developments in Theory and research..* London: Taylor and Francis
- Leiter, M.P. y Maslach, C. (1988) The impact of interpersonal environment on burnout and organizational commitment. *Journal of Organizational Behavior*, 9,297-308
- Maddi, S.R. (1988) On the problem of accepting facticity and pursuing possibility. En S.B. Messer, L.A. sass y R.L. Woolfold, (Eds) *Hermeneutics and Psychological Theory*, New Brunswick,N.J.: Rutgers University Press
- Maddi, S.R. (1990) Issues and interventions in stress mastery. En H.S. Friedman (Ed) *Personality and Disease*. New York: Wiley
- Maddi, S.R. y Kobasa, S.C. (1984) *The hardy executive: health under stress*. Homewood, Ill: Dow Jones Irwin
- Marcelissen, F.H.G (1987) *Psychological pacemakers in the stress process*. Leiden: NIPG/TNO
- Maslach, C. (1976) Burned-out. *Human Behavior*, 5, 16-22.
- Maslach,C. (1978). Job burnout: How people cope. *Public Welfare*, 36, 56-58.
- Maslach, C. y Jackson, S.E. (1981) *The Maslach Burnout Inventory*. Research Edition,. Palo Alto, C.A. : Consulting Psychologist Press.
- Maslach, C. y Jackson, S.E. (1982) Burnout in health professions: a social psychological analysis En G. Sanders y J. Suls, (Eds) *Social psychology of health and illness* Hillsdale,N.J: Erlbaum.
- Maslach, C. y Jackson, S.E. (1984) Burnout in organizational settings. En S Oskamp (Ed) *Applied Social Psychology Annual 5*. Beverly Hills,CA: Sage.
- Maslach, C. y Jackson, S.E., Leiter, M. P. (1996) *The Maslach Burnout Inventory Manual*. Palo Alto, C.A. : Consulting Psychologist Press.
- Maslach, C. y Schaufeli, W. B. (1993) Historical and Conceptual Development of Burnout. En W. B. Schaufeli, C. Maslach y T. Marek. (Eds). *Professional burnout: recent Developments in Theory and research..* London: Taylor and Francis:
- McKight, J.D. y Glass,D.C. (1995). Perceptions of control, burnout and depressive symptomatology: a replication and extension. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 490-494
- Melamed, S. Kushnir, T. y Shirom, A. Burnout and risk factors for cardiovascular diseases. *Behavioral Medecine*, 18, 53-60
- Mintzberg, H. (1979) *The structuring of organizations*. Englewood Cliffs,NJ: Prentice Hall

- Mischel, W. (1968) *Personality and Assessment*. New York: Wiley
- Mischel, W. (1973) Toward a cognitive social learning reconceptualization of personality. *Psychological Review*, 80, 252-283
- Moreno-Jiménez, B (1993) El Clima Laboral. La satisfacción en el trabajo. En A. Blanco (Ed) *Teoría y Psicología de las Organizaciones*. Vol 2, Madrid:MAP
- Moreno-Jiménez, B (1997) Evaluación cognitiva de la personalidad. En Buela Casal, G. y Sierra, J. (Eds). *Manual de Evaluación Psicológica*. Madrid: Siglo XXI
- Moreno, B. Alonso, M. y Alvarez, E. (1997) Sentido de Coherencia, Personalidad Resistente, autoestima y salud. *Revista de Psicología de la Salud*, 9, 115-138.
- Moreno, B. Garrosa, E. y González, J.L. (1999) Personalidad resistente, burnout y salud. *Escritos de Psicología* (En prensa)
- Moreno, B. González, y garrosa, E. (1999) Burnout docente, sentido de coherencia y salud percibida. *Revista de Psicología Clínica y psicopatología* (En Prensa)
- Moreno, B., Oliver, C. y Aragonese, A. (1993). Configuración específica del estrés laboral asistencial en el profesorado de educación media. *Centro Nacional de Educación Educativa*. Manuscrito no publicado.
- Moos, R.H., Insel, P.M. y Humphrey, B. (1974) *Preliminary Manual for Family Environment Scale, Work environment Scale and Group Environment Scale*. Palo Alto, C.A. : National Press Book
- Newell, S. (1995). *The Healthy Organization*. London: Routledge
- Nowack, K.M. (1986) Type A , hardiness and psychological distress. *Journal of Behavioral Medicine*, 9, 537-548
- Novack, K. M. Hanson, A.L. y Gibbons, J. (1985) Factors affectinng burnout in a New Zealand social service agency, *Work and Stress*, 2, 199-204.
- Novack, K. M. y Pentkowski, A. M. (1994) Lifestyle habits, substance use and prediction of job burnout in professional working women. *Work and Stress*, 8, 19-35.
- Oliver, C. (1993) *Análisis de la problemática de estrés en el profesorado de enseñanza media: El burnout como síndrome específico*. UAM: Tesis doctoral no publicada
- Paine, W. S. (1982) Overview: burnout stress syndromes and the 1980's En W. S. Paine (Ed) *Job stress and burnout* (pp11-25), Beverly Hills, CA : Sage.
- Palsson, M.B. Hallberg, I.R. Norberg, A., y Bjoervell, H. (1996). Burnout, empathy and sense of coherence among swedish district nurses before and after systematic clinical supervision. *Scandinavian. Journal of Caring Sciences*, 10, 19-26

- Peñacoba, C. (1996) *Estrés, salud y calidad de vida: influencia de las dimensiones cognitivo-emocionales*. Tesis doctoral no publicada. Universidad Autónoma. Madrid.
- Peñacoba, C. y Moreno-Jiménez, B. (1998) *El concepto de personalidad resistente . Consideraciones teóricas y repercusiones prácticas*. *Boletín de Psicología*, 58, 61-96
- Peter, T.J. y Waterman, R.H. (1982) *En busca de la excelencia*. Plaza y Janes: Barcelona.
- Pines, A., Aronson, E. y Kafry, D. (1981) *Burnout: from tedium to personal growth*. New York: Free Press
- Pines, A. y Maslach, C. (1978) Characteristics of staff burnout in mental health settings. *Hospital and Community Psychiatry*, 29, 233-237.
- Rodríguez Marin, J. (1995) *Psicología Social de la Salud*. Madrid: Síntesis
- Roseman, H. y Palmero, F. (1998) Ira y hostilidad en la enfermedad coronaria. En F. Palmero y E.G. Fernández Abascal (Eds) *Emociones y Adaptación*. Barcelona: Ariel
- Ross, R.R., Altmaier, E.M. y Russel, D.W. (1989). Job stress, social support and burnout among counseling center staff. *Journal Counseling Psychology*, 36, 464-470
- Rotter, J.B. (1966) generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychological Monographs*, 80, Whole, 609
- Rotter, J.B. (1972) *Applications of a social learning theory of personality*. New York: Holt
- Ryland, E. y Greenfeld, S. (1991) Work stress and well-being: an investigation of Antonovsky's sense of coherence model. *Journal of Social Behavior and Personality*, 6, 39-54
- Quatrocchi-Tubin, S. Jones, J. W. y Breedlove, V. (1982) The burnout Syndrome in geriatric counselor and service workers. *Activities, Adaptation and aging*, 3, 65-76.
- Schaufeli, W. B. y Buunk, B. P. (1996) Professional burnout. En M. J. Schabracq, J.A.M. Winnubst y C.L. Cooper (eds) *Handbook of work and health psychology*. New York : Wiley and Sons.
- Schaufeli, W. B. , Enzman, D y Girault, N. (1993). Measurement of burnout: A review. En W. B. Schaufeli, C. Maslach y T. Marek. (Eds). *Professional burnout: recent Developments in Theory and research..* London: Taylor and Francis
- Schwab, R.L. Iwanicki, E.F. (1982) Perceived role conflict, role ambiguity and teacher burnout. *Educational Administration Quarterly*, 18, 60-74
- Schwab, R.L. Jackson, S.E. y Schuler, R.S. (1986). Educator burnout sources and consequences. *Educator Research Quarterly*, 10, 15-30.

- Schein, E.H. (1988) *La cultura empresarial y el liderazgo*. Barcelona: Plaza y Janes.
- Schein, E.H. (1978) *Career dynamics: matching individual and organizational needs*. Reading,MA: Addison Wesley.
- Schwarzer, R. y Leppin, A. (1989) *Social Support and Health*. Gottingen:Hogrefe.
- Selye, H. (1956) *The stress of life*. New York: McGraw-Hill.
- Sheppard, J.A. y kashani, J.H. (1991) the relationship of hardiness, gender and stress to health outcomes in adolescent. *Journal of Personality*, 59, 747-768.
- Shirom, A. (1989) Burnout in work organization. En C.L. Cooper y I. Robertson (Eds) *International Review of Industrial and Organizational Psychology*, New York: John Wiley and Sons:
- Siegmán, A.W. y Smith, T.W. (1994) *Anger, hostility and the heart*. Hillsdale,N.J.: Lawrence Erlbaum
- Solkova, I. y Tomanek, P. (1994) Daily stress coping strategies: An effect of hardiness. *Studia Psychologica*, 36, 390-392
- Spielberger, C.D. , Johnson, E.H., Russell, S.F., Crane, R.J. , Jacobs, G.A. y Worden, T.I. (1985) The experience and expression of anger: construction and validation of an anger expression scale. En M.A. Chesney, y R.H. Rosenman, (Eds) *Anger and hostility in cardiovascular and behavioral disorders*. Washington,DC: Hemisphere.
- Suls, J. y Rittenhouse, J.D. (1987) personality and physical health: An introduction. *Journal of Personality*, 55, 155-167
- Topf, M. (1989) personality hardiness, occupational stress, and burnout in critical care nurses. *Research in Nursing and Health*, 12, 179-186
- Warr, P. B. (1990) The measurement of well-being and others aspects of mental health. *Journal of Occupational Psychology*, 63, 193-210.
- Westman, M. (1990) The relationship between stress and performance: the moderating effects of hardiness. *Human Performance*, 3, 141-155
- Wiebe, D.J y Smith, T.W. (1996) Personality and health: progress and problems in Psychosomatics. En R.Hogan, J. Hogan y S. Briggs. (Eds) *Handbook of Personality*. New York: Academic Press.
- Winnubst, J. (1993) Organizational structure, social Support and burnout. En W. B. Schaufeli, C. Maslach y T. Marek. (Eds). *Professional burnout: recent Developments in Theory and research..* London: Taylor and Francis
- Wolpin, J. (1986) *Psychological burnout among canadian teachers: A longitudinal study*. Unpublished doctoral dissertation. York University, Toronto canada

