

SIGNOS DE ALARMA EN EL *BURNOUT* DEL MÉDICO: una perspectiva integral para el autocontrol

PROF. DR. J. A. FLÓREZ LOZANO
CATEDRÁTICO DE CIENCIAS DE LA CONDUCTA,
DEPARTAMENTO DE MEDICINA,
UNIVERSIDAD DE OVIEDO, ESPAÑA

Introducción

Éste es un síndrome que encuentra un caldo de cultivo excelente en el medio sanitario y que, además, se extiende lentamente a otros medios importantes para la salud mental del médico. En efecto, incluso los familiares y los propios pacientes son percibidos como agentes desencadenantes y observadores del *burnout* del médico, es decir, de los diferentes signos de alarma. El paciente sufre cada día, pero también el médico, y esto supone un gran desgaste psíquico (Maslach, 1982) que trata de compensar con conductas altruistas que pueden agravar su estabilidad emocional. Surge entonces el tedio, y sus actividades cotidianas ya no despiertan el entusiasmo y el interés de otros tiempos. En este sentido, creo que es interesante reflexionar sobre el hecho de que menospreciar las actividades cotidianas puede producir sentimientos de depresión, agobio y resentimiento. Debemos estar atentos a los diversos procesamientos mentales que realizamos en relación con nuestro trabajo, relaciones familiares e interpersonales. Los procesamientos negativos tienen un alto coste de energía mental y, en última instancia, nos dejan sin energía psíquica, que se refleja en el agotamiento emocional.

La aparición del síndrome

Lenta, pero inexorablemente, la pasión, el entusiasmo y la curiosidad científica del médico se desvanecen, agudizando su conciencia crítica (ahora peligrosamente destructiva). Cuando

el médico percibe que aporta más de lo que recibe por su esfuerzo en la institución sanitaria y que, además, no es capaz de resolver eficazmente este conflicto (¿inconsciente?), se incrementa aún más su grado de decepción, frustración y agresividad. Estos sentimientos van anidando en su yo, y conforman una estructura de personalidad profundamente hipersensible a los estímulos externos, lo cual explica sus reacciones de ira, suspicacia y paranoia. De forma inconsciente el médico no se siente a gusto en la organización hospitalaria. Esto puede ser provocado por falta de incentivos, de flexibilidad, por ausencia de programas formativos y de motivación, de medidas de promoción, o por inexistencia de compensaciones económicas adecuadas a su responsabilidad y dedicación. Un médico me comentaba que llevaba puesto en su bata un lazo negro, indicativo de “estar muerto” y “acabado”. Como apuntaba un profesional: “A veces pienso que sólo soy una pieza del engranaje, a nadie parece preocuparle lo que pienso o lo que siento, es como si yo no contara”.

Este proceso progresivo de deterioro emocional consta de cuatro fases. En un primer momento, el sujeto se encuentra preparado para “comerse” el mundo. En una segunda fase, sobreviene la desilusión, la insatisfacción y las demandas exageradas. Enfrentarse de forma constante a un ambiente altamente exigente propicia un desgaste emocional importante y una cierta incapacidad para responder adecuadamente a las demandas de los demás. En estas fases iniciales, aparece el aislamiento social y el deterioro de las relaciones interpersonales.

La tercera fase o de frustración se caracteriza por la irritabilidad y la falta de moderación (falta de entusiasmo, actitud de cansancio y debilidad, signos de despersonalización, tendencia a ser más escéptico y cínico). Al mismo tiempo, se empiezan a detectar también problemas similares en el ámbito familiar, que también resulta afectado por el síndrome.

La última fase, o de desesperación, supone la certeza para el trabajador de que todo está perdido (sentimientos de fracaso y

soledad, depresión, pulsiones autolesivas y autodestructivas, autculpabilización, fijación en la parte oscura y conflictiva de la vida, sentimientos persecutorios, etc.). En estos momentos, sus reacciones son muy desproporcionadas, y el sujeto pasa rápidamente del enojo a las lágrimas, de la euforia a la depresión. La desesperación va dejando paso a la apatía, como núcleo central de la instauración del *burnout*. Éste es un momento especialmente crítico para el médico si no encuentra la ayuda psicoterapéutica pertinente. La automedicación o la simple medicación sintomática no hacen más que agravar el problema.

Reacciones psicológicas

El miedo a las denuncias del paciente o de sus familiares favorecen la aparición de actitudes paranoides, cargadas de sospecha, recelo y desconfianza. En este sentido, un médico decía: "El paciente quiere machacarte y los familiares son insoportables". Otro médico, atrapado por el *burnout* manifestó: "Yo era un ser humano hasta que estudié medicina". La defensa psicológica fundamental es la racionalización e intelectualización y, por supuesto, el apoyo de la familia. En el síndrome que estamos analizando confluyen tres factores explicativos fundamentales: el individuo afectado, los pacientes y la institución sanitaria. Sin duda, el factor común en todas las situaciones de *burnout* es la negación y la ausencia de expectativas profesionales del trabajador sanitario. Los síntomas aparecen de forma progresiva y gran parte de las causas provienen del funcionamiento organizacional y del equipo de trabajo (Hidalgo y Díaz, 1994), lo que favorece y explica la aparición de dicho síndrome en muchos de sus miembros.

Del mismo modo, el carácter disfuncional del sistema socio-sanitario es también causa del síndrome y produce afecciones de carácter psicósomático, conductas y actitudes relacionadas con el ámbito laboral, disfunciones en la afectividad y alteraciones emocionales. No hay que olvidar que este proceso se puede contagiar entre todos los miembros del equipo sociosanitario, produciendo un *burnout* grupal.

Desde el punto de vista psicodinámico, es interesante analizar estos fenómenos. Sin duda, el sentimiento de superioridad del médico es un riesgo implícito en la práctica clínica, que lo lleva a un mecanismo de defensa de la personalidad: la arrogancia. Esto le plantea muchos conflictos interpersonales y produce el *burnout*, retroalimentándose en un *feedback*. Es fundamental, desde el punto de vista de la prevención de la salud, que el médico sea plenamente consciente de sus debilidades, errores e imperfecciones. El *burnout* podría definirse como una enfermedad autoinmunitaria, en el sentido de que la pérdida afectiva comporta un defecto de función de las células T del sistema timodependiente. Algunas características de la personalidad del médico favorecen la aparición de este síndrome (sensibilidad a los sentimientos y necesidades de los otros, dedicación al trabajo, adicción al trabajo, idealismo, personalidad ansiosa, elevada autoexigencia, etc.).

El desvalimiento y la desesperanza, implícitos en el *burnout*, inician el *síndrome de renuncia* de Lain, lo cual estimula los sentimientos de autodestrucción que subyacen en todo hombre, favoreciendo su deterioro biológico y psíquico. El médico que no está consciente de las frustraciones inherentes a su profesión, acaba experimentando resentimiento contra los pacientes, lo que le resulta desmoralizador. El médico llega a tener una especie de "escotoma central" que le impide percibir y disfrutar la relación que se establece con el paciente. El comienzo de este síndrome suele ser solapado o pasar inadvertido, lo que puede interpretarse como un embotamiento ético. El médico, colapsado por el *burnout* perderá la iniciativa, la amabilidad y la espontaneidad. Entonces la apatía se va empapando de nihilismo; aparece el egoísmo, el temor, la suspicacia y la irritabilidad ante estímulos nimios. Uno de los síntomas iniciales son también los trastornos de memoria, lo que evidencia el influjo mutuo entre lo psíquico y lo somático.

Los programas de intervención

Otro de los signos más graves es el distanciamiento profesional y emocional del médico respecto de sus pacientes. El médico llega a impactar por su frialdad, hostilidad e, incluso, por su falta de reacción emocional. Es aquí donde surgen los errores médicos. La tensión, la ansiedad y el estrés bloquean el pensamiento, la agilidad mental y la memoria; ésta es una de las consecuencias graves del síndrome de *burnout* (Álvarez y Fernández, 1991). Así, la tasa de errores médicos, denunciada por el informe "*To Err is Human*", del Instituto de Medicina de Estados Unidos (entre 44.000 y 98.000 muertos por año) es uno de los temas álgidos relacionados con este síndrome. El enorme número de errores médicos ha supuesto un punto de referencia para la implementación de programas que garanticen la seguridad del paciente; pero ¿quién garantiza la seguridad del médico?

La Agencia para la Investigación y Calidad Sanitaria de Estados Unidos fue el organismo que reaccionó con mayor prontitud, centrándose hasta el momento en la seguridad del paciente. Sin embargo, el desarrollo de programas centrados en la lucha contra el *burnout* constituye la acción más eficaz y operativa frente al fenómeno del error médico. Los médicos habitualmente no explican sus errores a los pacientes y ni siquiera hablan de ello entre sí. Esta negación de cualquier tipo de "sentimiento de culpabilidad" arroja un saldo creciente de angustia y estrés emocional. Pero algunas instituciones han desarrollado programas específicos y han conseguido, al mismo tiempo, dos objetivos fundamentales. Han reducido costes y han incrementado significativamente la percepción objetiva y subjetiva de bienestar del médico, lo que ha propiciado, a su vez, un equilibrio muy saludable para el funcionamiento de los equipos sanitarios. El Veterans Affairs Medical Center, de Lexington, EE.UU., ha adoptado un enfoque distinto. Cuando se produce un error importante, la institución informa al paciente y a su familia, acepta su responsabilidad y ofrece una

compensación u otro remedio, cuando esto es posible. Reconocer los errores es un principio ético fundamental en la práctica clínica, que, además, tiene efectos protectores para la autoestima y el autoconcepto del médico.

Las claves sintomatológicas

La labilidad emocional, la terquedad, la sugestionabilidad, el síndrome depresivo, el balance vital negativo, el déficit sexual (pérdida de la libido) y la falta de esperanza y esfuerzo para iniciar proyectos van haciendo mella progresivamente en la personalidad del médico que sufre el *burnout*, quien llega a sentir autocompasión, sintiéndose, al mismo tiempo, desgraciado.

El médico apesadado por el *burnout* experimenta una suerte de duelo psicológico (“mi profesión no es lo que era”, “como médico estoy muerto”), un dolor emocional intenso que produce abandono y desamparo (la angustia y la nada marchan continuamente paralelas [Kierkegaard, 1972]). Todos estos cambios que se producen en el carácter o en la personalidad del médico son vivenciados como absurdos o desmedidos; me refiero, sobre todo, a la agresividad, el distanciamiento con los demás, el mal humor y la irritabilidad. El médico no quisiera reaccionar así, porque sabe los múltiples problemas que acarrea ese comportamiento inadaptado, ya que es una conducta que promueve el aislamiento, la dificultad en el contacto y la relación con los demás. Por eso, el médico tiene que ser capaz de aceptar sus propias limitaciones, asumir sus responsabilidades y considerar a quienes lo rodean como personas en el concepto más amplio y profundo de la palabra, especialmente a sus propios pacientes.

En efecto, la ansiedad condicionada por el propio ambiente o entorno hospitalario explica a veces una serie de respuestas psicofisiológicas: hiperventilación, diaforesis o sudoración excesiva, disnea, algia precordial, dolor en el pecho o presión torácica, palpitaciones, ansiedad anticipatoria, inquietud psicomotriz o acatisia. Conviene también subrayar la existencia de diferencias de género muy importantes. Las médicas están expuestas a un mayor número de agentes estresantes: el conflicto de rol (médica, ama de casa, madre, esposa), las actividades domésticas, el cuidado y la educación de los hijos, pueden determinar también la aparición del síndrome de “ama de casa”.

El afrontamiento que realizan ante el caso del estrés se expresa de tres maneras distintas: a) las “supermujeres” que satisfacen las múltiples demandas derivadas de sus roles (su esfuerzo adaptativo pone en peligro su propia salud); b) las médicas que reducen sus objetivos y ambiciones profesionales en función de su papel central, es decir, del cuidado de su familia; c) mujeres que se “casan” con la medicina, no tienen hijos y toda su actividad profesional está en función de conseguir el mejor desempeño profesional posible.

Con el tiempo (entre 5 y 7 años, aproximadamente), el síndrome del *burnout* se manifiesta con síntomas característicos, tanto físicos como emocionales e intelectuales, los que se pueden clasificar en cuatro categorías de síntomas:

1) Agotamiento emocional:

- Sensación de agotamiento
- Afectividad plana. El médico ve cómo se vacía su capacidad de entrega a los demás
- Sensación de imposibilidad de enfrentar la situación

2) Despersonalización:

- Anestesia emocional (proceso de deshumanización)
- Insensibilidad hacia los sentimientos y necesidades de los otros
- Actitudes de aislamiento de cariz pesimista y negativo que surgen para protegerse del agotamiento emocional. Distanciamiento de los compañeros, enfermos y familiares que origina una deshumanización de las relaciones interpersonales (Maslach y Jackson, 1986)

3) Reducido sentido de logro:

- Sentimiento de desvalorización (autoevaluación negativa). Estos sentimientos de *inadecuación profesional* también se pueden presentar bajo la forma de una sensación paradójica de omnipotencia y de incremento de capacidades, esfuerzos, intereses y dedicación al trabajo y a los demás
- Sentimiento de incapacidad de logro. Tendencia a evaluarse negativamente, sintiéndose infeliz y descontento consigo mismo y con su labor (Edelwich y Brodsky, 1980). Sentimientos de ineficacia e incompetencia

4) Tendencia al cinismo. Desprecio del entorno y tendencia a culpar a los demás de las propias frustraciones laborales

Todos estos síntomas y signos son muchas veces coincidentes con los que caracterizan una *depresión*, a la que muy probablemente se llegará si el estrés persiste y el individuo se ve imposibilitado de recuperarse. De esta manera, se instala un círculo vicioso *estrés-burnout-depresión*. No debe resultar extraño, por lo tanto, que en una encuesta reciente hayamos comprobado que el 45% de los médicos hayan pensado seriamente en dejar la medicina. A este cuadro, se agregan frecuentemente el síndrome de fatiga crónica y el síndrome de irritabilidad latente, haciéndolo más difícil de tratar, ya que las personas que brindan apoyo emocional (esposo/a) al afectado, comienzan a alejarse debido a sus explosiones de irritabilidad.

Psicoterapia individualizada

Parece claro que el médico debe cuidar su salud física y mental. La terapia ha de ser individualizada, si bien los grupos de autoayuda también dan excelentes resultados, especialmente cuando sus cónyuges participan en las sesiones terapéuticas. En cualquier caso, la autoayuda pasa necesariamente por conocernos mejor, por desarrollar un método de autoanálisis y autorreflexión que nos permita detectar errores, fallos y dificultades en nuestro trabajo y en las relaciones personales. La

excelencia en medicina, al igual que en otras ciencias, no es la perfección. Es imprescindible explorar y conocer mejor nuestro propio potencial técnico, intelectual y psicoafectivo, al mismo tiempo que podemos favorecer un medio ambiente agradable.

Los programas de tratamiento para el *burnout* del médico no son fáciles. Es conocida la resistencia de los facultativos para admitir sus problemas emocionales y adoptar, en consecuencia, el rol de pacientes. Por eso, en muchas ocasiones, el médico afectado por este síndrome trata de realizar un autotratamiento que generalmente es ineficaz y empeora aún más su equilibrio psíquico. Algunos autores dicen que son los peores pacientes, que se resisten a admitir los problemas psicopatológicos que padecen y que rechazan cualquier tipo de ayuda. Por lo tanto, sería muy importante vencer la negación y la resistencia que ofrecen ante su enfermedad. El reconocimiento de que uno está inmovilizado por el *burnout* es esencial, ya que uno puede hacer más por su salud que un fármaco. A partir de ahí, se puede mejorar el soporte social, evitar el aislamiento psicosocial, fomentar el trabajo en equipo, adaptarse eficazmente a la nueva percepción social de su profesión, desarrollar las cualidades humanas y valorar los aspectos positivos de su trabajo.

Es necesario romper el "chip" de la monotonía que puede minar nuestro equilibrio psíquico. Frente al debilitamiento psíquico producido por el *burnout*, es necesario "cargar las pilas", asegurar nuestro orgullo, seguridad, confianza y auto-reforzar las pequeñas cosas. Éste es un ejercicio positivo para reforzar los mecanismos de defensa de la personalidad y conseguir un estado anímico distinto; una base psicológica sólida, que nos permita ayudar a los demás sin el temor al agotamiento emocional. Esforzarse, exigirse, crecer personalmente sin límites (siempre se puede ser más amable, más cordial, más educado, más justo), exteriorizar todo lo que hay en nuestro interior (el papel de la pareja es esencial y de los grandes amigos) permiten potenciar nuestro autoconcepto.

Al mismo tiempo, debemos ser capaces de compartir, de adaptarnos a los múltiples cambios que se producen en la asistencia sanitaria, de conectarnos con otros colegas, de aprender a elogiarlos y de establecer objetivos personales. De esta manera, lograremos una actitud saludable, que rompa con viejos esquemas y que facilite la potenciación de la inteligencia emocional. Todos éstos, en fin, son principios activos que bloquean el *burnout*.

Casi siempre es aconsejable disfrutar de un período de baja de tres a seis meses, dependiendo del estadio en el que se encuentre el paciente y, a partir de ahí, desarrollar una psicovigilancia cognitiva e interpersonal en sesiones psicoterapéuticas individuales y de grupo que permitan al paciente una "reestructuración cognitiva" de su forma de vida, de sus pensamientos y de sus actitudes frente a la vida. Una formación ética distinta y una nueva filosofía de la vida son esenciales para cambiar los valores, prioridades y conductas que lo empujaron inexorablemente a este síndrome. Su trabajo no debe constituir el único *leit motiv* de la vida; es necesario incorporar otros referentes a su vida cotidiana y a su forma de pensar, que le

permitan disfrutar de la vida y volver a alcanzar un grado aceptable de felicidad.

Como plan de acción se recomienda:

1) Sin duda, lo más inmediato es retirar al médico del entorno que le ha producido el *burnout*, y comenzar una acción terapéutica inmediata. Ser consciente de cuáles son los factores de estrés específicos y cuáles son las reacciones físicas y emocionales. En este punto, la elaboración de un diario de control del estrés nos parece esencial, a los efectos de poder identificar eventos especialmente estresantes (discusiones, conflictos, preocupaciones, temores, etc.) y sus correspondientes síntomas físicos y emocionales (irritabilidad, dolores de cabeza, enfado, tensiones musculares, insomnio, etc.). Para esto es necesario:

- a) Percibir el estrés, no negarlo
 - b) Darse cuenta de qué cosas y eventos le producen preocupación, temor, inseguridad y estrés
 - c) Determinar cómo reacciona su cuerpo al estrés
- 2) Cambiar, pero ¿qué se puede cambiar?:
- a) ¿Pueden ser evitados o eliminados los estresores?
 - b) ¿Puede reducirse su intensidad?
 - c) ¿Puede reducirse la exposición a ellos?

Incrementar el contacto social y mejorar las habilidades sociales, la comunicación eficaz y la asertividad (expresión de pensamientos y sentimientos). Es necesario encontrar un equilibrio entre los propios deseos y la consideración de los demás.

Es necesario aprender a decidir por uno mismo y defender nuestra autonomía y autoestima. También hay que superar el chantaje emocional o el posible sentimiento de culpabilidad. Cada uno es responsable de su propia felicidad y, sin duda, la práctica de estas formas asertivas de comportamiento supone un buen tratamiento, porque la persona disfruta cada vez más de su propia autoestima y satisfacción personal.

Por otro lado, la inseguridad, el miedo al rechazo o la búsqueda de aprobación de los demás son algunas razones por las que antepone los deseos de los demás a los propios y, en consecuencia, actuamos manipulados por ideas o razonamientos de nuestros jefes o de los demás; esto implica una gran carga de frustración, agresividad y desmotivación. El médico que se expone cotidianamente a múltiples factores que causan estrés, necesita desarrollar un sistema eficaz de "enfrentamiento" (*coping*). Este modelo, ha sido propuesto por Lazarus y Folkman (1986) y considero que puede ser de gran utilidad para poder escapar de la presión a la que se ve sometido nuestro gran protagonista: el médico.

El estrés es resultado de un permanente intercambio entre la persona y un entorno displacentero y desmotivacional. En el medio sanitario, el médico frecuentemente se ve desbordado, sobrepasado, y esto implica un gran esfuerzo de adaptación. Por eso, desde el punto de vista terapéutico, es esencial la evaluación cognitiva (*cognitive appraisal*) de los factores de estrés

y de los recursos. El profesional sanitario, en un ejercicio de autodisciplina (autorreflexión de diez minutos diarios), valora el estrés al que está sometido, así como los recursos que tiene a su alcance para enfrentarse al mismo. Posteriormente usa las estrategias cognitivas o de comportamiento pertinentes para adaptarse al estrés.

Naturalmente, el médico que recurre a estrategias de adaptación eficaces consigue efectos terapéuticos positivos sobre su bienestar biológico y psicosocial. De esta forma puede sortear con seguridad y eficacia los múltiples obstáculos que existen en ciertos sistemas organizativos sociosanitarios. Discutir con el jefe, con un compañero, con el celador, con el familiar y/o paciente es similar a quedar atrapado por un "lazo", y cuanto más luchamos, más nos asfixiamos.

Por el contrario, la práctica de la asertividad le permite defenderse y enfrentarse eficazmente a los conflictos que se producen con familiares, pacientes y compañeros. Para ello, puede utilizar la técnica del "disco rayado" (repetición serena de palabras que expresan nuestros deseos), la estrategia del "banco de niebla" (el médico recibe las críticas manipuladoras sin sentirse violento ni ponerse a la defensiva, pero sin ceder en su derecho a ser su único juez: "Quizás tengas razón, pero pensaré en ello").

La estrategia de "interrogación negativa" consiste en inducir a familiares, pacientes y/o amigos a que expresen sus sentimientos negativos y críticas hacia nosotros; de ésta manera podemos perfeccionar la interacción y revertir la violencia y/o agresividad que surge en el ambiente laboral y en los tratamientos con los propios pacientes. Estas fórmulas le permiten al médico neutralizar el estrés y sentir más a fondo la profesión en su dimensión auténticamente vocacional, potenciando cada vez más la autoestima personal. Sin duda, el principio fundamental para tener una buena salud mental consiste en extraer de nuestro interior esta alegría vital. Especialmente, es necesario huir de la ambigüedad, del conflicto, de la disarmonía, de lo inaceptable.

Una capacitación insuficiente y una incapacidad de comunicación interpersonal contribuyen al desencadenamiento de este síndrome. Un equipo compenetrado puede ser el mejor antídoto contra la intoxicación de este estrés crónico. También se puede conseguir un cambio en los procesos de pensamiento, de tal suerte que sean más realistas y que permitan un mejor afrontamiento del entorno. Desde el punto de vista de la eficacia terapéutica, es crucial tener bien presente la siguiente consigna: "Uno sólo puede pretender cambiarse a sí mismo, no a los demás".

Sin duda, un factor que influye decisivamente en nuestra vulnerabilidad al estrés es el optimismo. La ausencia de "percepción de control" y un enfoque pesimista contribuyen a agravar el síndrome del *burnout*. En estas circunstancias, el especialista es incapaz de disfrutar y encontrar la posible felicidad, reacciona con un estado de irritabilidad, intolerancia, ansiedad, fatiga sexual, insomnio, acidez de estómago, digestiones difíciles, tics y movimientos involuntarios, dolores de espalda y cuello, disminución de la capacidad de concentración y decisión. A pesar de que tratamos con enfermedades graves que amenazan la supervivencia, que implican connotaciones de dolor y muerte, que estigmatizan al paciente, es posi-

ble frenar el deterioro emocional. Además de todo eso, y del miedo a la recaída y a la muerte del paciente, es posible desarrollar una actitud positiva que nos produzca un grado de satisfacción y autoestima. Y ello basado fundamentalmente en:

- Alterar los pensamientos negativos. Saber detenerse y reflexionar acerca de qué es lo que realmente importa
- Practicar deporte como un hábito más de vida
- Compartir pensamientos y sentimientos
- Aprender a expresar el enojo y otros sentimientos negativos sin herir a otros
- Reconocer que usted sólo puede cambiarse a sí mismo, no a otras personas
- Mantener una actitud positiva en todo y evitar actitudes pesimistas
- Desarrollar toda la capacidad de escucha. Comprender a los demás y ser comprensivo y tolerante
- Expectativas positivas. Motivación positiva. Imagen positiva de uno mismo. Control positivo. Perspectiva positiva. Conciencia positiva. Proyección positiva

Probablemente, de esta forma podamos paliar en parte los efectos tan nocivos de este síndrome que amenaza constantemente nuestro equilibrio psicológico y, en última instancia, nuestra razón de ser y nuestra felicidad.

Bibliografía

- Álvarez E, Fernández L. El síndrome de "burnout" o el desgaste profesional. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría* 1991;1:257-265
- Benedito Alberola, J. "Campaña 10 minutos y masificación de las consultas: la solución pragmática del SIMAP" *El Médico* 2002;827:10-12
- Belfer B. Stress and the medical practitioners. *Stress Me* 1989;5:109-113
- De Pablo González, R, Domínguez Velázquez, J. Recursos Humanos en Atención Primaria: evolución y situación actual. Una perspectiva de médicos asistenciales. *Centro de Salud* 2002;10(4):210-212
- Díaz R, Hidalgo I. El síndrome de "burnout" en los médicos del Sistema Sanitario Público de un Área de Salud. *Rev Clin Esp* 1994;194:670-676
- Edelwich J, Brodsky P. "Burnout". *Stages of disillusionment in the helping professions*. Nueva York: Human Sciences Press, 1980
- Etzion, D. *Burnout. The hidden agenda of human distress*. Faculty of Management. Tel-Aviv University, 1987
- Flórez Lozano, JA. *Síndrome de estar quemado*. Barcelona, EdikaMed, 1994
- Flórez Lozano, JA. *Aspectos psicoafectivos del enfermo terminal: Atención ética integral*. Barcelona, Biomedical Systems Group, 2001
- Goleman, D. *La práctica de la inteligencia emocional*. Barcelona, Kairós, 1999
- Freuenberger H. Staff "burnout". *J Social Issues* 1974;30:159-166
- Kramer M. *Reality shock: Why nurses leave nursing*. St. Louis. Mosby. 1974
- Hidalgo I, Díaz R. Estudio de la influencia de factores laborales y sociodemográficos en el desarrollo del síndrome de agotamiento profesional en el área de medicina especializada del Insalud de Avila. 1994;103:408-412
- Lazarus RS, Folkman S. *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona, Martínez Roca, 1986
- Mingote Adán JC, Pérez Corral F. *El estrés del médico*. Madrid, Díaz Santos, 1999
- Mira JJ, Vítaller J, Buil JA, Aranaz J, Rodríguez-Marín, J. Satisfacción y estrés laboral en médicos generalistas del Sistema Público. *Aten Primaria* 1994;14:1135-1140
- Maslach C. "Burnout": The cost of caring. Nueva York: Prentice-Hall Press, 1982
- Maslach C, Jackson S. Maslach "Burnout" *Inventory*. Palo Alto CA, Consulting Psychologist Press, 1986
- Robinowitz CB. *The impaired physician and organized medicine*. En: Scheiber JC, Doyle BB (eds.). *The impaired physician*. Nueva York, Plenum Medical Book Company, 1983
- Singh S, Mishra S, Kim D. Research related "burnout" among faculty in higher education. *Psychological Reports* 1998;83:463-473
- Janssen P, Jonge J, Baker A. Specific determinants of intrinsic work motivation, "Burnout" and turnover intentions: a study nurses. *J Adv Nursing* 1999;29:1360-1369