

UNIVERSIDAD DE MURCIA

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**DEPARTAMENTO DE PERSONALIDAD, EVALUACIÓN Y TRATAMIENTO
PSICOLÓGICOS**



**VARIABLES DE PERSONALIDAD Y SÍNDROME DE
ESTRÉS CRÓNICO ASISTENCIAL: ESTUDIO
EXPLORATORIO EN PERSONAL DE ENFERMERÍA**

**Tesis Doctoral presentada por:
M^a ISABEL RÍOS RISQUEZ**

**Directores:
Dr^a. Carmen Godoy Fernández
Dr. Julio Sánchez Meca**

2009

*Este estudio ha recibido una ayuda predoctoral de la Fundación para la
Formación e Investigación Sanitarias de la Región de Murcia y Caja Murcia
Proyecto FFIS-CM 12/07*

*A mis padres y mi hermana,
por su cariño incondicional, su apoyo constante
y por la ilusión con la que me han acompañado en
el desarrollo de este trabajo*

Agradecimientos

En primer lugar, mi agradecimiento a los codirectores de esta tesis, la profesora Carmen Godoy Fernández y el profesor Julio Sánchez Meca, sin cuya orientación, consejo y dedicación no habría sido posible el desarrollo de este trabajo.

A mi profesora, Carmen Godoy, quisiera agradecerle su apoyo y constante estímulo, así como su disponibilidad para cuantas dudas y dificultades surgieron a lo largo del desarrollo de esta investigación. Al profesor Julio Sánchez, debo agradecer también su estímulo, asesoramiento y revisión de la parte metodológica y estadística de este trabajo.

Quisiera agradecer la colaboración de los profesionales de enfermería que han participado voluntaria y desinteresadamente para la realización de esta investigación, así como a los supervisores y dirección del centro hospitalario en el cual ésta se ha llevado a cabo, sin cuyo permiso y autorización este trabajo no hubiera sido posible.

Un capítulo muy especial quisiera dedicar a mis amistades y compañeras de trabajo, especialmente a Ana Rosa, Martina, Emi, Mayte, Julia y tantas otras, que me han dado apoyo y ánimo a lo largo de estos años para que pudiera finalizar el trabajo iniciado.

Mi agradecimiento también a la Fundación para la Formación e Investigación Sanitarias de la Región de Murcia y Caja Murcia, cuya ayuda predoctoral ha contribuido a hacer más fácil el camino y poder llegar a la finalización de este estudio.

Finalmente, mi agradecimiento más especial va dirigido a mi familia. A mis padres, por su cariño y por haberme enseñado a seguir en el camino y persistir para lograr mis sueños. A mi hermana Carmen, por su paciencia y apoyo en los momentos más críticos.

Gracias a todos por la ayuda y el apoyo que me habéis dado para poder llegar al final del camino.

INDICE

Introducción	1
I.1 Factores psicosociales relacionados con el estrés crónico asistencial en el contexto de las unidades de Críticos y Urgencias.....	5
I.2 Consecuencias del estrés en los contextos asistenciales.....	12
I.2.1 Consecuencias sobre la salud de los profesionales.....	12
I.2.2 Consecuencias sobre las organizaciones asistenciales.....	14
I.3 Prevalencia del síndrome de “Quemarse por el trabajo” (SQT) en las organizaciones de la salud	17
 PRIMERA PARTE: MARCO TEÓRICO	
 CAPÍTULO 1: El síndrome de quemarse por el trabajo (SQT): marco conceptual.....	23
1.1 Marco teórico y delimitación conceptual.....	25
1.2 Evaluación del síndrome de quemarse por el trabajo.....	33
 CAPÍTULO 2: El síndrome de quemarse por el trabajo: variables personales facilitadoras.....	37
2.1 Epidemiología del SQT.....	39
2.2 Variables de personalidad.....	44
2.2.1 Autoeficacia y SQT.....	44
2.2.2 Personalidad resistente y SQT.....	48
2.2.3 Otras variables de personalidad y SQT.....	59
 CAPÍTULO 3: Consecuencias del SQT.....	71
3.1 SQT y satisfacción laboral.....	73
3.2 SQT y salud.....	81

SEGUNDA PARTE: ESTUDIO EMPÍRICO

CAPÍTULO 4: Objetivos y Metodología.....	91
4.1 Objetivos e hipótesis de investigación.....	93
4.2 Diseño del estudio.....	95
4.3 Descripción de la muestra.....	96
4.4 Instrumentos de evaluación.....	100
4.4.1 Cuestionario de variables sociodemográficas y laborales.....	100
4.4.2 Escala de Autoeficacia Generalizada	100
4.4.3 Inventario de Burnout de Maslach	101
4.4.4 Cuestionario General de Salud	104
4.4.5 Cuestionario de Satisfacción Laboral Font Roja	106
4.4.6 Cuestionario de “Personalidad Resistente”	107
4.4.7 Inventario de Adjetivos para la Evaluación de los Trastornos de Personalidad	109
4.5 Procedimiento.....	112
4.6 Análisis estadísticos.....	113
CAPÍTULO 5: Resultados.....	117
5.1 Objetivos complementarios.....	119
5.1.1 Síndrome de quemarse por el trabajo (SQT)	119
5.1.1.1 Prevalencia del SQT.....	119
5.1.1.2 SQT y variables sociodemográficas y laborales.....	123
5.1.2 Estado general de salud percibida y satisfacción laboral.....	127
5.1.2.1 Estado general de salud percibida.....	128
5.1.2.2 Satisfacción laboral.....	134

5.1.3 Variables de personalidad.....	143
5.1.3.1 Autoeficacia generalizada.....	143
5.1.3.2 Perfiles de rasgos de personalidad.....	146
5.1.3.3 Personalidad resistente.....	156
5.2 Objetivos principales.....	164
5.2.1 Personalidad resistente, perfiles de personalidad y autoeficacia.....	164
5.2.2 SQT y variables de personalidad.....	169
5.2.3 SQT, estado general de salud percibida y satisfacción laboral.....	177
5.2.4 Análisis de regresión múltiple entre variables de personalidad, SQT, salud percibida y satisfacción laboral.....	181
5.3 Resumen de los resultados obtenidos.....	185
CAPÍTULO 6: Discusión.....	189
6.1 Objetivos principales.....	191
6.2 Objetivos complementarios.....	205
CAPÍTULO 7: Conclusiones.....	213
7.1 Personalidad resistente, autoeficacia generalizada y perfiles de rasgos de personalidad...	215
7.2 Variables de personalidad y SQT.....	216
7.3 SQT, satisfacción laboral y salud general percibida.....	217
7.4 Modelo predictivo de las variables personales y el SQT sobre el estado de salud general y la satisfacción laboral.....	217
7.5 Objetivos complementarios.....	218
7.6 Limitaciones del estudio.....	219
7.7 Perspectivas futuras e implicaciones prácticas o de intervención.....	221
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	227

ANEXOS. Instrumentos de medida utilizados.....	267
Anexo 1. Carta de presentación del estudio.....	270
Anexo 2. Cuestionario de variables sociodemográficas y laborales.....	272
Anexo 3. Inventario de Adjetivos para la Evaluación de los Trastornos de Personalidad (IATP).....	274
Anexo 4. Escala de Autoeficacia Generalizada (EAG).....	278
Anexo 5. Cuestionario de Personalidad Resistente (CPR).....	280
Anexo 6. Inventario de Burnout de Maslach (MBI).....	282
Anexo 7. Cuestionario de Satisfacción Laboral Font Roja.....	284
Anexo 8. Cuestionario General de Salud (GHQ-28).....	286

INTRODUCCIÓN

INTRODUCCIÓN

El concepto de “estrés” comienza a abordarse de forma teórica y conceptualizarse de una forma más sistemática a partir de la década de los sesenta. A partir de entonces, se le reconoce como un aspecto inevitable de la vida, que contribuirá a marcar diferencias en el funcionamiento social e individual de las personas, según sea la forma en que cada persona lo afronte.

Este complejo concepto ha sido estudiado en multitud de contextos, dado que son numerosos las áreas y momentos de la vida donde suele estar presente. En su estudio se han analizado varios constructos y variables de diversa índole. Dentro de este amplio marco conceptual, el presente estudio se ubica en el contexto del estrés laboral y, más concretamente, se centra en el análisis de la relación entre determinadas variables de tipo personal (individual) y una de las consecuencias más estudiadas del estrés laboral crónico en el contexto sanitario: el síndrome de quemarse por el trabajo (SQT), síndrome de burnout ó también denominado, dentro del contexto sanitario, síndrome de estrés crónico asistencial. Además, se analiza la relación entre este síndrome y sus potenciales efectos sobre el bienestar psicológico y la satisfacción laboral de los profesionales estudiados.

En cuanto al contexto laboral y profesional elegido, se ha de comentar que desde sus orígenes se ha vinculado el síndrome de estar quemado por el trabajo o burnout a las profesiones asistenciales. El estrés profesional que se da en el contexto laboral sanitario es reconocido en numerosas referencias bibliográficas (e.g. De Pablo, 2007; Gil-Monte, 2007; Grau, 2007; Harrison, Loiselle, Duquette y Semenic, 2002; Manzano, 2008; Usha Rout, 2002). En todas estas publicaciones, se justifica la elevada presencia del estrés laboral y sus consecuencias aludiendo a las características específicas de las profesiones sanitarias: atención al dolor, a la muerte, a la enfermedad terminal, a las situaciones de urgencia vital, las demandas y presiones laborales, los conflictos en las relaciones interpersonales, el conflicto y ambigüedad del rol profesional, los pacientes problemáticos, y un largo etc. Estas características aluden, fundamentalmente, a factores de carga mental en el trabajo

hospitalario (De Pablo, 2007; NTP 275: carga mental en el trabajo hospitalario, Instituto Nacional de Salud e Higiene en el Trabajo, 2005). Todo ello, hace de las profesiones sanitarias, especialmente vinculadas al rol de “cuidador”, unas ocupaciones especialmente vulnerables a los efectos nocivos del estrés laboral.

Asumiendo un enfoque esencialmente psicosocial, la mayoría de los estudios que han abordado el síndrome de estar quemado se centran en variables de tipo organizacional (conflicto de rol, ambigüedad de rol, carga laboral, etc.) como variables antecedentes. Sin embargo, el estrés es un constructo demasiado amplio y complejo, en el que influyen variables de todo tipo, entre las cuales las variables de personalidad constituyen una parte importante y, en ocasiones, bastante olvidadas. Por este motivo, y asumiendo un enfoque esencialmente clínico, con la presente investigación se pretende resaltar la importancia que determinadas variables de tipo personal pueden tener en relación a la presencia del citado síndrome y sus consecuencias sobre la salud y la satisfacción laboral de los profesionales. Entre las variables de tipo personal analizadas, se ha de resaltar el constructo elaborado por Kobasa (1979) denominado “hardiness” ó “personalidad resistente” que se muestra como un modelo de referencia bastante interesante a la hora de estudiar la relación entre las variables mencionadas. El estudio de este constructo resulta ser bastante escaso en nuestro entorno sociocultural cercano y, aunque existen algunos trabajos (Garrosa, Moreno, Liang y González, 2008; Moreno, Alonso y Álvarez, 1997; Moreno, Garrosa y González, 2000; Moreno et al., 2003; Moreno, Morett, Rodríguez y Morante, 2006), todos ellos analizan dicho constructo como variable moduladora de los efectos que ejercen determinados estresores organizacionales sobre el síndrome de estar quemado por el trabajo y sus consecuencias sobre la salud y bienestar de los profesionales analizados. Nuestro estudio, en cambio, prescinde de dichas variables ó estresores organizacionales para, desde un enfoque esencialmente clínico, determinar la relación entre determinadas variables de tipo personal (rasgos de personalidad, autoeficacia generalizada y personalidad resistente), y la vulnerabilidad a presentar dicho síndrome y sus consecuencias asociadas.

Como un objetivo secundario, se pretende analizar la relación entre el constructo de “personalidad resistente”, determinados perfiles de rasgos de personalidad y el nivel en autoeficacia generalizada, con el fin de clarificar la relación entre las distintas variables personales estudiadas y determinar si existe un perfil que pueda indicar una mayor vulnerabilidad personal para experimentar el SQT, aspecto éste que ha sido escasamente investigado en la literatura previa.

En síntesis, el desarrollo de la presente investigación pretende profundizar en el conocimiento de las relaciones personalidad-estrés-salud, ya que el estudio de las variables de personalidad “protectoras” frente a los efectos del estrés laboral, nos puede llevar a instaurar programas de aprendizaje y moldeamiento que puedan incidir en beneficio de una mejor salud de los trabajadores sanitarios y, consecuentemente, una mejor calidad del servicio asistencial prestado a los usuarios. Se trata, por tanto, de abordar la problemática del estrés laboral desde el marco de las variables más relacionadas con la personalidad de los profesionales, enfoque que debe complementar a las medidas de prevención y/o tratamiento que se tomen desde un marco organizacional.

I.1 FACTORES PSICOSOCIALES RELACIONADOS CON EL ESTRÉS CRÓNICO ASISTENCIAL EN EL CONTEXTO DE LAS UNIDADES DE CRÍTICOS Y URGENCIAS

Como se ya se ha comentado, el síndrome de estar quemado por el trabajo ha sido relacionado desde su origen a las profesiones asistenciales.

El estudio del estrés en el entorno laboral sanitario, abarca los distintos estamentos o categorías profesionales así como diversas unidades o servicios de cuidados. De entre éstas últimas, las unidades de cuidados intensivos han sido especialmente analizadas (Badger, 2008; Bakker, Le Blanc y Schaufeli, 2005; Berland, Natvig y Gundersen, 2008; Embriaco et al., 2007; Lázaro, 2004;

Lederer, Kinzl, Trasweger, Dosch y Suman, 2008; Levy, 2004; McClendon y Bucker, 2007; Mobley, Rady, Verheijde, Patel y Larson, 2007; Poncet, Toullic, Panazian, Kentish-Barnes, Timsit, Pochard, Chevret, Schelemmer y Azoulay, 2007) por estar presentes en ellas numerosas fuentes de estrés: tecnificación del ambiente laboral, eventos críticos, gravedad de los pacientes a atender, contacto estrecho con la muerte, ambigüedad e incertidumbre, información de malas noticias a la familia, etc. (Moreno y Peñacoba, 1999; Lázaro, 2004; Levy, 2004). En algunos de estos trabajos, se analizan las características específicas de estas unidades especiales que hacen que los profesionales que trabajan en ellas sean especialmente vulnerables a los efectos del estrés crónico. Así, se destacan aspectos tales como la “incertidumbre” que caracteriza el cuidado a pacientes críticos: incertidumbre en el pronóstico, en las decisiones médicas a tomar en casos límite, en el curso evolutivo de la enfermedad, etc. Esto provoca con mucha frecuencia en los profesionales cuidadores, sentimientos de frustración, enfado e irritabilidad, sentimientos de ineficacia y miedo al fracaso (Levy, 2004), sentimientos que mantenidos a lo largo del tiempo desembocan en un profundo desgaste emocional. Este mismo autor propone que una comunicación abierta en la relación cuidador-paciente y dentro del equipo de trabajo, puede constituir una barrera protectora y la base sobre la cual crear un entorno laboral óptimo que pueda hacer frente a las numerosas fuentes de estrés que se puedan presentar. Las habilidades para la comunicación y resolución de conflictos son entrenables y moldeables, con lo que se puede dar un paso adelante en la prevención de esta problemática en estos contextos laborales tan complejos.

Por otro lado, las unidades de urgencias también han sido frecuentemente estudiadas. Así, un estudio de Pinedo, González, Undebeytia y Eugenia (2005) concluía que el personal de enfermería de una unidad de urgencias hospitalaria refería encontrarse aislado, con poca valoración de su trabajo, además de presentar falta de comunicación y escasa planificación por parte de sus estamentos superiores, la supervisión y dirección de enfermería. También un reciente trabajo realizado por Villanueva, Albadalejo, Ortega, Astasio, Calle y Domínguez (2008) resalta la relevancia que toma la presencia del síndrome de burnout entre los profesionales de Urgencias y UCI. Por otro lado, estudios en

otros contextos socioculturales también ponen de manifiesto la elevada prevalencia del estrés crónico y sus consecuencias en estas unidades asistenciales especializadas (Browning, Ryan, Thomas, Greenberg y Rolniak, 2007; De los Ríos, Barrio, Ocampo y Avila, 2007). Muchos de estos estudios aluden a un aspecto importante que se plantea cuando se trata de cuidar a pacientes terminales o al límite de su existencia vital: el malestar moral que se produce en los profesionales ante demandas que tienen que afrontar en su trabajo diario y que no son congruentes con las expectativas, deseos y valores morales que tienen. Entran aquí en juego conflictos en el plano intrapersonal fundamentalmente (confrontación de los valores personales con las demandas organizacionales): aspectos como la eutanasia, el “encarnizamiento terapéutico” que se produce a veces en este tipo de enfermos en estado crítico (demasiados abordajes invasivos en su tratamiento), la inadecuada o ambigua comunicación médica sobre pronóstico y tratamiento, desarrollar el trabajo con una ratio de personal inadecuada que no garantiza la seguridad de los pacientes que tienen que atender, etc. Este malestar moral en el personal de enfermería ha sido objeto de estudio en numerosos estudios que tratan de analizar las posibles fuentes de estrés en estos contextos asistenciales (Glasberg, Eriksson, y Norberg, 2007; Mobley et al., 2007; Zuzelo, 2007).

En cuanto a las categorías profesionales, el personal de enfermería como agente proveedor directo de los cuidados parece ser especialmente vulnerable a los efectos del estrés: “Las enfermeras son las que menor esperanza de vida tienen de todas las profesiones” (Jones, 1987). Además, si se compara el estrés que experimenta el personal médico con el de enfermería: “al estrés médico, el estrés de enfermería le añade problemas más acusados de tipo administrativo, de evaluación social y de ambigüedad de rol, entre otros” (Moreno y Peñacoba, 1999). Más recientemente, Harrison et al. (2002) resaltaban que la profesión de enfermería experimenta mayor malestar psicológico que la población general. En nuestro entorno sociocultural más cercano, Manzano G. (2008) describe algunos de los riesgos psicosociales a los que están expuestos los profesionales de enfermería y que están estrechamente relacionados con la génesis y desarrollo del SQT, resaltando la

idea de que en dicho proceso influyen tanto factores ambientales y psicosociales, como factores individuales relativos a la vulnerabilidad que presentan ciertos profesionales por sus características de personalidad a la hora de hacer frente a las posibles fuentes de estrés.

Son muchos los estudios, dentro del ámbito profesional sanitario, que tratan de analizar la influencia del entorno laboral y de los procesos psicosociales en el desarrollo del síndrome SQT. Por lo que respecta a los factores o posibles fuentes de estrés del entorno laboral en estas unidades asistenciales, podríamos citar numerosos estudios, entre los que destacamos algunos: un trabajo desarrollado por Escribá, Martín y Pérez (2006) pone de manifiesto la importancia que puede tener la presencia de factores de riesgo derivados de la organización (altas demandas psicológicas, bajo control sobre el trabajo, escaso apoyo de la dirección, etc.) en el desarrollo del síndrome, especialmente, en la probabilidad de presentar un elevado agotamiento emocional. Otro estudio previo realizado por Escribá y Tenías (2004) pone de manifiesto cómo el rol de género y un entorno psicosocial laboral de riesgo puede tener una influencia negativa en el bienestar psicológico del personal asistencial. También Amutio (2008) trabajando con una muestra de 1275 profesionales sanitarios encontró como relevantes predictores del SQT algunos factores relacionados con el trabajo: la falta de reconocimiento profesional, la sobrecarga laboral, la monotonía y la escasa oportunidad de desarrollo o promoción profesional. Además de estos estudios, existen muchos otros que tratan de encontrar factores organizacionales asociados al síndrome de burnout. La mayoría de estos estudios resaltan la importancia otorgada por los profesionales a la escasez de personal, la elevada presión asistencial y la escasez de tiempo, la presencia del dolor y la muerte, el conflicto de rol y las dificultades en la comunicación y relaciones interpersonales entre profesionales, así como un escaso reconocimiento profesional, como principales factores asociados al desarrollo del síndrome (Albadalejo, Villanueva, Ortega, Satsio, Calle y Domínguez, 2004; Embriaco et al., 2007; Gillespie y Melby, 2003; Piko, 2006; Tomás y Fernández, 2002; Yegler, Diez, Gómez, Carrasco, Miralles y Gómez, 2003). También otro trabajo realizado con profesionales de enfermería hospitalarios (Tomás y Fernández, 2002)

destacaba como principales factores predictivos del estrés laboral la presión laboral, el sufrimiento de los pacientes y la muerte. En la misma línea de investigación que resalta la asociación de factores organizacionales con la elevada incidencia de agotamiento emocional en los profesionales sanitarios, un estudio realizado por Haim, Peterson, Kandels, Sabor, Blalock, Bramen, Gryezman , Krisko-Hagel, Larson, Lemay, Sister, Strom y Topham (2005) encontró asociación entre la insatisfacción laboral, la presencia de agotamiento emocional y la intención de abandonar o cambiar su puesto de trabajo, si bien estos autores no pudieron demostrar la influencia de la ratio enfermera-paciente (indicador de carga laboral) como factor predictivo de los índices de agotamiento emocional encontrados. En cambio, un estudio previo de Aiken, Clarke, Sloane, Sochalsi y Silber (2002) sí que demostró esta relevante asociación, poniendo de manifiesto que un incremento de un paciente por enfermera, respecto al nivel óptimo de personal de enfermería del hospital, producía un incremento del 23% en los niveles de agotamiento emocional y un 15% en los niveles de insatisfacción laboral. Además, estos niveles estaban asociados de forma significativa a la intención de abandono o cambio en el puesto de trabajo. Numerosos estudios resaltan la importancia de la “carga laboral” en el personal sanitario y aluden al nexo de unión que existe entre la sobrecarga laboral y la presencia del SQT y sus consecuencias sobre el bienestar psíquico y físico de los profesionales (Dickinson y Wright, 2008; Embriaco, Papazian, Kentish-Barnes, Pochard y Azoulay, 2007; Gelsema, van der Doef, Maes, Janssen, Akerboom y Verhoeven 2006; Lambert, Lambert, Petrini, Li, y Zhang, 2007; Leiter, Gascon y Martínez, 2008; Rauhala, Kivima, Fagestro, Elovainio, Virtanem, Batear, Rainio, Ojaniemo y Kinnunen, 2007), así como sobre la calidad de cuidado ofrecida a los usuarios (Garman, Corrigan y Morris, 2002; Shirom, Nirel y Vinokur, 2006).

En la literatura previa, muchos de estos estudios que resaltan los procesos psicosociales y factores organizacionales como posibles fuentes de estrés, se podrían enmarcar en un modelo teórico que ya fue enunciado por Karasek hace unas décadas (Karasek, 1979): el modelo de “Demandas-Control-Recursos”. Según este modelo, unas bajas o excesivas demandas laborales, un escaso control por parte del profesional en el ejercicio de su labor,

y unos escasos recursos para afrontar dichas demandas laborales, entre los que se puede destacar un apoyo social percibido inadecuado, serían los factores que mejor explicarían el estrés mental “strain” que sufren muchos profesionales y que, mantenido de forma crónica desembocaría en el SQT con sus consecuencias asociadas. Dentro de esta línea de estudios que resaltan la importancia de determinados procesos psicosociales en el desarrollo del síndrome, se puede citar un estudio de Gil-Monte, Carretero y Roldán (2005). Estos autores destacan la importancia de procesos como la falta de reciprocidad en los intercambios sociales y la existencia de conflictos interpersonales en el entorno laboral. Concretamente, concluyen que dichos procesos son predictores significativos de las tres dimensiones que configuran el síndrome (agotamiento emocional, despersonalización ó cinismo, y falta de realización personal en el trabajo), además de encontrar un efecto modulador del apoyo social sobre la relación entre la falta de reciprocidad y el agotamiento emocional. También un estudio previo de Gil-Monte (2001), de diseño longitudinal, ponía de manifiesto como la falta de reciprocidad en los intercambios constituye un antecedente de la baja realización personal en el trabajo. La aportación que realiza este estudio, dada la escasez de investigaciones longitudinales en el estudio de este fenómeno, está en otorgar direccionalidad a la relación entre dichas variables. De esta manera, se asume que los procesos de intercambio social y las expectativas de reciprocidad constituyen un estresor que puede desencadenar el síndrome de quemarse por el trabajo en los profesionales de enfermería. Siguiendo la misma línea de investigación, existen otros trabajos como el realizado con profesorado por Schaufeli (2005) que demostró cómo la falta de reciprocidad percibida en el plano interpersonal, en el de equipo y en el organizacional se asociaba con malestar psíquico y síntomas de abandono. Con respecto a las dimensiones del síndrome de burnout, se veía afectada especialmente la dimensión de agotamiento emocional, síntoma núcleo del síndrome. En este contexto, también se puede citar un reciente estudio de Topa-Cantisano y Morales-Domínguez (2007). Estos autores analizan el papel del apoyo social y el proceso de identificación grupal con relación al desarrollo del síndrome de burnout, llegando a la conclusión de que los profesionales altamente identificados con su grupo muestran menores niveles de burnout, mediando el

apoyo social las relaciones entre la identificación grupal y el cansancio emocional de forma parcial. Con ello se pone de manifiesto que la evaluación del estrés y de los recursos personales para afrontarlo constituye un proceso complejo en el cual es importante considerar la pertenencia de la persona a sus grupos sociales relevantes y de referencia. También existen otras referencias que aluden al papel que desempeña el apoyo social como mediador y amortiguador de los efectos del estrés crónico (Albar, Romero, González, Garbayo, garcía, Gutiérrez y Algaba, 2004; Ben-Zur y Michael, 2007; Prins, Hoekstra, Gazendam, Vande Wiel, Sprangers y Van der Heijden, 2007). Concretamente, Albar et al. (2004) analizaron la relación entre el SQT y el apoyo procedente de la red social (vínculos informales y vínculos profesionales), llegando a la conclusión de que un apoyo social procedente de los compañeros de trabajo percibido como inadecuado estaba estrechamente relacionado con la presencia de agotamiento emocional, mientras que la calidad de apoyo procedente de familia y amigos se relacionaba mayormente con la dimensión de realización personal en el trabajo. Otro aspecto relacionado con el apoyo social es el grado de dificultad percibido en las relaciones mantenidas en el entorno laboral, que también fue analizado en un trabajo reciente de Farrerons y Calvo (2008). Estos autores realizaron un estudio descriptivo con personal de enfermería y llegaron a la conclusión que a mayor dificultad en las relaciones (mayor nivel de conflicto percibido), mayores eran el cansancio emocional y las actitudes de despersonalización, así como también se observaba una menor realización personal en el trabajo en los profesionales analizados.

A modo de síntesis de lo anteriormente argumentado, se puede decir que el estudio del estrés laboral en el contexto sanitario de atención especializada, abarca un amplio número de factores ambientales y psicosociales de diversa índole, que han de ser tenidos en cuenta a la hora de establecer programas de intervención y/o tratamiento en este ámbito laboral.

I.2 CONSECUENCIAS DEL ESTRÉS EN LOS CONTEXTOS ASISTENCIALES

I.2.1 Consecuencias sobre la salud de los profesionales

Las consecuencias negativas del estrés sobre los sujetos pueden ser agrupadas en varias categorías: diversas enfermedades y patologías físicas, problemas psicosomáticos, alteraciones psicológicas y comportamentales, y problemas organizativos (García Izquierdo, 1999; Homar y Pades, 2006).

Los datos procedentes de numerosos estudios evidencian los *efectos que el estrés tiene sobre la salud física y psicológica* (e.g. Ahola, Honkonen, Isometsä, Kalimo, Inquirí, Koskinen, Aromaa y Lönnqvist, 2006; Ahola, Honkonen, Virtanen, Koskinen, Batear y Lönnqvist, 2008; Boada, Agulló y De Diego, 2004; Bellingrath, Weigl y Kudielka, 2008; Fernández, 1998; García Izquierdo, Sáez y Llor, 2000; Gil-Monte, 1996a; Lambert, Lambert e Ito, 2004; Leiter, M.P., 2005; Melamed, Shirom, Toser, Berliner y Shapira, 2006; Peterson, Demeuruti, Bergström, Samuelsson, Asberg y Nygren 2008; Vela, Moreno, Rodríguez, Olavarrieta, Fernández, De la Cruz, Bixler y Vgontzas, 2008). Entre los síntomas físicos y estados de salud asociados al estrés se incluyen algunos tipos de alteraciones gastrointestinales, el descenso en la resistencia ante enfermedades infecciosas, problemas psicosomáticos como palpitaciones, dolores de espalda y cefaleas, etc. La literatura previa indica la presencia de síntomas psicológicos (ansiedad, síntomas depresivos, disminución en la capacidad de concentración y memoria, etc.) asociados a la existencia del SQT. Por otro lado, no sólo aparecen manifestaciones físicas y psicológicas, sino que además aparecen comportamientos de riesgo para la salud, parece ser que existe una mayor tendencia al suicidio, adicción al alcohol y abuso de drogas, alteración en las conductas de alimentación, etc.

Dentro del grupo de problemas relacionados con la *salud física*, destacan los trastornos cardiovasculares: se calcula que el 16% de las enfermedades cardiovasculares de los hombres y el 22% de las mujeres se deben al estrés relacionado con el trabajo, y se calcula que éste afecta a casi uno de cada 3

trabajadores en la comunidad europea, apuntando los datos recogidos entre la población española en la misma dirección (Sebastián, 2002). Honkonen et al. (2006) comentan en su estudio, que el SQT se encuentra asociado con problemas musculoesqueléticos en las mujeres, mientras que en los varones se encuentra una mayor asociación con las enfermedades cardiovasculares. Estas enfermedades, además, se ven incrementadas a medida que las puntuaciones en las tres dimensiones que configuran el síndrome (cansancio emocional, despersonalización y falta de realización personal en el trabajo) son más altas. Otros autores, Melamed et al. (2006), realizan una revisión de la literatura previa sobre la relación del SQT con el riesgo de enfermedad cardiovascular y trastornos afines. Dichos autores realizan una exhaustiva revisión de estudios que vinculan el citado síndrome con una salud física pobre que incluye distintas manifestaciones fisiológicas: disfunción del eje hipotalámico-hipofisario-adrenal, síndrome metabólico, diabetes tipo II, disminución de las funciones reproductivas, inflamación sistémica, alteración en la coagulación, debilidad inmunológica y alteración del sueño. Con respecto a éste último, son varias las referencias en la literatura previa reciente que han relacionado al SQT con problemas de insomnio o alteración en los hábitos y/o calidad del sueño (Miró, Solanes, Martínez, Sánchez y Rodríguez, 2007; Vela et al., 2008).

Las *alteraciones psicológicas* más comunes relacionadas con el estrés son la ansiedad, baja autoestima, incremento de la irritabilidad, falta de motivación y depresión, así como problemas comportamentales entre los que destacan los trastornos en los hábitos de sueño (ya mencionados) y alimenticios, alcoholismo, drogadicción y tabaquismo (Boada et al., 2004; Fernández, 2000; García-Izquierdo et al., 2000; Gil-Monte, 1996; Gillespie y Melby, 2003; Laria, Anguix, Higuera Morata, Ribera y Cartagena, 1995; Miró et al., 2007). El bienestar psíquico o mental ha sido objeto de muchas investigaciones que han tratado de estudiar su relación con el SQT en numerosos países y contextos socioculturales diferentes, tal y como comentaré próximamente en otro apartado.

I.2.2 Consecuencias sobre las organizaciones asistenciales

Los *costes económicos derivados de la presencia del SQT para la organización* son igualmente importantes. Dentro de las consecuencias que podríamos denominar de carácter organizativo, destacan la disminución del rendimiento, incremento de la accidentalidad, rotación y absentismo (García-izquierdo, 1999). Concretamente, del 50 al 60% del absentismo ha sido relacionado con el estrés laboral, cifrándose el coste anual para la Unión Europea en torno a los 20.000 millones de euros (Sebastián, 2002). En este sentido, ya la propia Comisión Europea ha identificado al estrés laboral como uno de los principales problemas observados en el lugar de trabajo (Diamantopoulou, 2002).

Una de las repercusiones más importantes para las organizaciones de la salud es la elevada rotación y abandono del puesto de trabajo. Farrington (1999) ya argumentaba que una de las principales razones de las enfermeras para abandonar el servicio nacional de salud era prevenir el incremento del nivel de estrés y burnout. En este contexto, son muchas las enfermeras que perciben el síndrome de burnout como un riesgo laboral (Hannigan, Edwards, Burnard, Coyle y Fothertgill, 2000). No resulta extraño, pues, que en el estudio desarrollado por Estry-Béar, Van der Heijden, Oginska, Camerino, Le Nézet, Conway, Fry y Hasselhorn (2007) llegaran a la conclusión de que un elevado nivel en las puntuaciones de burnout resultara estar asociado con experimentar tres veces el riesgo de intento de abandono del puesto de trabajo, en cinco de los diez países europeos incluidos en su investigación.

Por otro lado, también son numerosos los estudios que relacionan las tasas de absentismo por enfermedad con la presencia del SQT en el contexto laboral sanitario (Ahola et al., 2008; Ericsson, Starrin y Janson, 2008; Gil-Monte, 2008; Rahuala et al., 2007; Toppinen-Tanner, Ojajärvi, Vänänen, Kalimo y Jäppinen, 2005). Concretamente, estudios recientes como el de Ahola et al. (2008) concluyen que el SQT severo está relacionado con un substancial incremento en el riesgo de absentismo con baja médica tanto en el género femenino como en el masculino, y que dicha asociación es independiente de la

prevalencia de patología psíquica o física. Otros trabajos, como el de Gil-Monte (2008), llegan a conclusiones algo más limitadas. Este autor examinó, en 717 profesionales de enfermería, la relación entre el sentimiento de culpa relacionado con el desarrollo de actitudes de despersonalización hacia los pacientes, el SQT, y la tasa de absentismo. Como resultados de su estudio destacan los efectos débiles observados entre las variables mencionadas (sentimiento de culpa y las tres dimensiones del SQT) que explicaban únicamente un 4% de la varianza observada en la tasa de absentismo.

Otra consecuencia organizacional a destacar es la disminución del rendimiento, en caso de no abandonar el puesto de trabajo; así, algunos autores como Hudak y Gallo (1994) reflejan que como resultado del síndrome de burnout, las enfermeras de cuidados críticos que no abandonan y permanecen en su puesto, funcionan deficientemente, disminuyendo la calidad en su atención y cuidados al paciente. En este sentido, y como consecuencia de la relevancia que en los últimos años está teniendo el Modelo de Calidad en el contexto de los Servicios de Salud, algunos estudios han tratado de estudiar la influencia de este síndrome sobre algunos de los resultados de dichos servicios (satisfacción del paciente con los cuidados recibidos, con la calidad técnica, con la infraestructura de los servicios, la calidad del trato médico y de enfermería, etc.). Dentro de esta línea de investigación, en un trabajo desarrollado por Vahey, Airen, Sloane, Clarke y Vargas (2004) se demuestra empíricamente cómo el entorno laboral (apoyo por parte de superiores, adecuadas ratio de personal por paciente, óptimas relaciones entre compañeros, etc.) influye en los niveles de burnout encontrados en personal de enfermería y en la intención de abandono del servicio, y cómo niveles elevados de agotamiento emocional y falta de realización personal en el trabajo constituyen un factor significativo influyente en la satisfacción de los pacientes con el cuidado recibido. Otro trabajo más reciente realizado en Italia con personal sanitario de la Unidad de Diálisis (Argentero, Dell'Olivo y Ferretti, 2008) concluía que altos niveles de SQT en médicos y enfermeras estaban asociados con una menor satisfacción del paciente con el servicio asistencial prestado, resaltando especialmente la relación encontrada con las dimensiones de agotamiento emocional y realización personal en el trabajo.

Por último, y estrechamente relacionado con las consecuencias del SQT en el contexto organizacional, hay que citar el aspecto del “contagio” de los síntomas que configuran el síndrome al que aluden numerosas referencias (Bakker et al., 2005; Edwards, Coyle y Hannigan, 2000). Este efecto de contagio repercutiría sobre las relaciones interpersonales mantenidas entre compañeros de trabajo, e indiscutiblemente, determinaría la génesis de un “entorno laboral viciado” lo que influiría, a su vez, en un incremento de los síntomas del síndrome y en un detrimento del servicio ofrecido por la organización.

Dentro de este marco de implicaciones en un plano organizacional, se comprende que el síndrome de burnout, como paso intermedio entre el estrés y sus consecuencias, tome un papel relevante como variable mediadora. Las consecuencias de este síndrome sobre los trabajadores sanitarios son potencialmente muy serias. En este sentido, el informe sobre la salud elaborado por la OMS en el año 2000 está dedicado a evaluar la calidad de los sistemas de salud y como proceder a su mejora (OMS, 2000). Dicho informe recomienda cuidar los recursos humanos de las organizaciones sanitarias, pues si no se cuidan, se deterioran fácilmente. Este informe recomienda, además, realizar una buena gestión, que debe considerar aspectos relevantes como la satisfacción con el trabajo, el desarrollo de la carrera profesional y las condiciones laborales de los profesionales de la salud.

El estrés laboral y el síndrome de quemarse por el trabajo ocupan un lugar destacado dentro de los riesgos laborales de carácter psicosocial, pues constituyen una de las principales causas del deterioro de las condiciones del trabajo, y fuente de accidentabilidad y absentismo. Una sentencia del tribunal supremo (octubre 2000) así lo ratifica, respaldando legalmente la importancia de reconocer el síndrome de burnout como una dolencia psíquica causante de períodos de incapacidad temporal, y como un accidente laboral (Gil-Monte, 2000). De hecho, algunos tribunales de justicia lo han reconocido como enfermedad relacionada con el trabajo (Vilaseca, 2006), y su relevancia está siendo objeto de atención por parte de las propias organizaciones sindicales de

los trabajadores (SATSE, 1999; UGT, 2001). Todo ello no puede pasar inadvertido por los gestores de recursos humanos que deben conocer el proceso de este fenómeno y las estrategias, tanto para prevenirlo como para tratarlo, cuando se halle presente en el contexto laboral. Así mismo, y teniendo como referencia el marco legal, la legislación española también recoge en el artículo 15 de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales (Ley 31/1995 de 8 de noviembre; BOE de 10 de diciembre) dos apartados que resultan relevantes cuando consideramos el síndrome de estar quemado por el trabajo como riesgo laboral de carácter psicosocial. Dichos apartados son los siguientes: a) Adaptar el trabajo a la persona, concretamente lo que hace referencia a la concepción de los puestos de trabajo, elección de equipos y métodos de trabajo y producción, con el fin de adecuar el trabajo monótono y repetitivo y reducir las consecuencias del mismo sobre la salud. B) Planificar la prevención, tratando de integrar en ella de forma coherente la técnica, la organización del trabajo, las condiciones laborales, la influencia de factores ambientales en el trabajo y las relaciones sociales.

I.3 PREVALENCIA DEL SINDROME DE “QUEMARSE POR EL TRABAJO” (SQT) EN LAS ORGANIZACIONES DE LA SALUD

Por lo que respecta a la prevalencia de este problema en el contexto sanitario dentro de nuestro entorno sociocultural más cercano, la mayoría de los estudios consultados obtienen unos niveles moderados de burnout en las muestras estudiadas (e.g. Fernández, 1998; Ibáñez, Vilaregut y Abio, 2004; Jiménez, Morales y Martínez, 2002; Máximo, Avalos y Jiménez, 2005; Pinedo et al., 2005; Solano, Hernández, Vizcaya y Reig, 2002). Los porcentajes que presentan una puntuación alta en este síndrome son variables, entre un 6% (Jiménez et al., 2002) y un 21,6% (Lomeña, Martínez, Negrillo y Naranjo de la Cruz, 1991), si bien hay que matizar que en algunas muestras se encuentran niveles bastante elevados en alguna de las tres dimensiones que configuran el síndrome. Así, destacan sobre todo los niveles elevados en agotamiento emocional de algunos estudios: un 54,3% en (Rodríguez, Blanco, Pérez, Romero y Ganoso, 2005) ó un 62,3% en (Jiménez et al., 2002); y en la

dimensión de despersonalización: un 80% en (Jiménez et al., 2002) ó un 54,3% en (Rodríguez et al., 2005). Referencias de un estudio realizado en el ámbito hospitalario catalán (Suñer, García y Grau, 2005) llegan a cifrar que un 41,6% de los profesionales de atención especializada sufre un nivel muy elevado de agotamiento emocional. Por otro lado, si concretamos y nos centramos en el personal sanitario de enfermería, existen datos de una prevalencia importante del síndrome. Según un estudio realizado con enfermería de atención primaria (Santamaría y Soto, 2005) un 92,8% de los profesionales señalaban una baja realización personal en su trabajo. Otro estudio reciente a nivel nacional realizado con enfermería de atención especializada obtuvo unos niveles altos de cansancio emocional, despersonalización y falta de realización personal en el trabajo, de un 40,6%, 38,6%, y 29,7%, respectivamente (Farrerons y Calvo, 2008). Datos similares de prevalencia también son reflejados por el Boletín de Enfermería de la Región de Murcia en su edición de Marzo de 2006: “el 43,7% de las enfermeras estaría en la primera fase del síndrome de desgaste profesional según los resultados obtenidos por un reciente estudio”.

El SQT, como fenómeno transcultural (Gil-Monte, 2008), también ha sido estudiado en otros muchos países y contextos socioculturales diferentes. Así, se obtienen datos de prevalencia variados: Gillespie y Melby (2003), en el Reino Unido reflejaron altas tasas de agotamiento emocional entre las enfermeras del servicio de Urgencias, Kluger y Bryant (2008) encontraron unos niveles altos de cansancio emocional en un 48% de los profesionales encuestados en Nueva Zelanda, en el estudio de Palmer, Prince, Searcy y Compean (2007), se encontró una prevalencia del SQT del 6,79% entre los profesionales de dos hospitales mejicanos, en Alemania, Mebenzehl, Lukesch, Klein, Hajak, Schreiber y Putzhammer (2007) indicaban que el 11,5% de los profesionales de enfermería de 6 hospitales psiquiátricos presentaban niveles altos del SQT, también en Japón, Imai, Nakao, Tsuchiya, Kuroda y Katoh (2004) encontraban cifras elevadas de prevalencia de este síndrome: concretamente, un 59,2% de las enfermeras de un servicio de salud mental de Kihara reflejaban altos niveles de burnout.

Por otro lado, los estudios transculturales sobre el SQT han resultado más bien escasos (Gil-Monte, 2008), si bien, como este autor comenta, este síndrome conlleva un complejo de características psicológicas que reflejan las estructuras amplias de una determinada sociedad, incluyendo sus aspectos culturales, políticos y económicos. Además, no se trata de un fenómeno exclusivo de las sociedades avanzadas (“primer mundo”), sino que se trata de un problema geográfica y culturalmente más amplio que se extiende a otros países y entornos socioculturales, pudiéndose hablar entonces de un problema laboral de índole transcultural. No obstante, y aludiendo a las diferencias entre países o culturas anteriormente comentadas, podría concluirse también que pueden existir diferentes perfiles profesionales/ocupacionales que podrían, sin embargo, reflejar similitudes o puntos en común entre las diferentes naciones (Gil-Monte, 2008).

Como se ha podido observar, existe una gran disparidad en los datos de prevalencia obtenidos en diferentes países y entornos socioculturales. Es más, todavía los porcentajes varían mucho tomando como referencia un mismo país, como se ha podido observar claramente con los datos de nuestros estudios nacionales. Las razones para esta disparidad de resultados, como ya comenta Manzano (2008), pueden ubicarse en una inadecuada utilización y aplicación de los cuestionarios (distintos baremos/puntos de corte de referencia), aunque también habría que tener en cuenta las diferencias de tipo cultural entre los sujetos o incluso una inadecuada interpretación de los resultados en función del contexto real donde se desarrollan los diferentes estudios (atención especializada o primaria, diferentes servicios o unidades de trabajo dentro del hospital, etc.). Todo ello lleva como consecuencia a una importante confusión a la hora de conocer los datos de prevalencia reales de este síndrome. Este hecho también fue destacado por Grau, Gil-Monte, García y Figueiredo (2008), concluyendo que la variedad en la utilización de distintos criterios a la hora de diagnosticar el SQT dificulta la estimación de su prevalencia, y que teniendo en cuenta las diferencias transculturales y ocupacionales resulta necesario delimitar mejor el concepto de SQT así como su diagnóstico clínico, y construir cuestionarios específicos, con puntos de corte específicos, según la ocupación ó grupo profesional de riesgo que se esté analizando.

Finalmente, concluir que la prevalencia de este síndrome y la importancia de sus consecuencias, tanto en el contexto organizacional como en el plano de bienestar ó salud del profesional, justifica la necesidad de estudios que, como paso previo a la intervención y/o prevención de las consecuencias del estrés laboral, identifiquen los niveles de burnout existentes en los distintos contextos laborales y organizaciones de la salud. Asimismo, el estudio de las variables asociadas, nos permitirá una mejor comprensión de este constructo y poder intervenir de manera más eficaz sobre las variables relacionadas con el estrés laboral.

PRIMERA PARTE

MARCO TEÓRICO

CAPTITULO 1

SÍNDROME DE QUEMARSE POR EL TRABAJO (SQT)

MARCO CONCEPTUAL

1.1 Marco teórico y delimitación conceptual

Como se ha comentado anteriormente, esta investigación se centra en el contexto del estrés laboral, y más concretamente, trata de estudiar el “síndrome de quemarse por el trabajo” como una de sus consecuencias, relacionándola con variables personales, de salud y de satisfacción laboral.

Respecto a la delimitación conceptual de este síndrome, se ha de comentar que no existe una definición unánimemente aceptada (e.g. Cáceres, 2001; Gil-Monte y Peiró, 1997; Gil-Monte, 2000; Mingote, 1998). Un estudio de revisión conceptual realizado por Gil-Monte (2003a, confirma esta diversidad de definiciones y la confusión existente como consecuencia, a la hora de tratar sobre este constructo como objeto de conocimiento. A pesar de ello, existe consenso en considerar que este síndrome aparece en el individuo como una respuesta al estrés laboral crónico. Entre las múltiples denominaciones que este síndrome recibe y que son tomadas como sinónimos en la literatura previa se pueden citar algunas tales como: síndrome de quemarse por el trabajo (SQT), síndrome de estrés crónico asistencial o el más difundido término anglosajón de síndrome de burnout, entre otras, si bien autores especializados como Gil-Monte (2007) recomiendan la utilización de “Síndrome de Quemarse por el Trabajo (SQT)” en lengua castellana en vez del anterior término anglosajón.

En la delimitación conceptual, podemos diferenciar claramente dos perspectivas: la clínica, y la psicosocial. Desde un enfoque clínico, Freudenberger (1974) fue el primero en describir este síndrome. Este psiquiatra aludió a un patrón conductual, actitudinal y afectivo bastante homogéneo por el que los profesionales o voluntarios que trabajan en contacto directo con personas en prestación de servicios se vuelven menos sensibles, poco comprensivos e incluso agresivos, manteniendo un trato distanciado y cínico hacia sus clientes/pacientes, todo ello como consecuencia de este contacto diario con su trabajo.

Posteriormente, y ya desde una perspectiva psicosocial, Cristina Maslach (1982) eligió también el mismo término para describir un proceso gradual de pérdida de responsabilidad profesional y desinterés cínico que se daba entre los profesionales de servicio o ayuda a personas. De esta manera, dio lugar a la definición más conocida del síndrome: “es un síndrome de agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal, que puede ocurrir entre individuos que trabajan con personas” (Citado en Mingote, 1998, pág. 493). Para esta autora, son las inadecuadas demandas emocionales auto y heteroimpuestas, imposibles de satisfacer las que desembocan en una vivencia de fracaso personal.

Complementariamente al modelo de Maslach (1982), Cherniss (1980) desarrolla un modelo evolutivo de tres fases que presenta el síndrome de burnout como el resultado de la exposición crónica al estrés. Destaca su conceptualización del síndrome como proceso dinámico, donde se enfatiza la pérdida de los elementos cognitivos que valoran el trabajo. De acuerdo a Ortega y López (2004), Cherniss justifica el interés de este concepto basándose en cuatro razones: se trata de un proceso que afecta a la moral y al bienestar psicológico del personal implicado, afecta a la calidad de cuidados y tratamiento que reciben los pacientes, tiene una fuerte influencia en las funciones administrativas, y es necesario prevenir dentro de un contexto comunitario en programas de servicios.

Por otro lado, y continuando desde este enfoque psicosocial, los modelos teóricos elaborados sobre este síndrome pueden ser clasificados en tres grupos de teorías (Gil-Monte y Peiró, 1997; Ortega y López, 2004):

1. Teoría sociocognitiva del yo.

Se trata de modelos que se caracterizan por otorgar a las variables del self (autoeficacia, autoconcepto, autoconfianza, etc.) un papel central para explicar el desarrollo del síndrome. Entre estos modelos, uno de los más representativos es el modelo de competencia social de Harrison (1983). Según este autor la competencia y la eficacia percibida son variables clave en el

desarrollo de este proceso. Los profesionales de servicios se caracterizan por un elevado altruismo y están muy motivados para ayudar a los demás. Cuando en el desempeño de su labor, su motivación se ve enfrentada a factores barrera (sobrecarga laboral, conflicto de rol, falta de recursos, etc.) que dificultan la consecución de los objetivos, entonces disminuyen los sentimientos de autoeficacia y se origina el síndrome de burnout como consecuencia.

2. Teoría del intercambio social

Estos modelos consideran que el síndrome tiene su etiología en las percepciones de falta de equidad o de ganancia que desarrollan los individuos como resultado del proceso de comparación social cuando establecen relaciones interpersonales. Dentro de este marco, es crucial en el desarrollo del síndrome la falta de apoyo social en el trabajo. También estos modelos destacan los procesos de afiliación social que dan lugar a situaciones de contagio del síndrome.

3. Teoría organizacional.

Estos modelos incluyen como antecedentes del síndrome las disfunciones de rol, la falta de salud organizacional, la estructura, la cultura y el clima organizacional. Así pues, se trata de modelos que enfatizan la importancia de los estresores del contexto de la organización y de las estrategias de afrontamiento empleadas ante la experiencia de quemarse. El contexto sanitario se caracteriza por una burocracia profesionalizada, donde el apoyo social es, en mayor medida, de tipo emocional e informal, y afecta de manera importante a la percepción que el individuo tiene de la estructura organizacional.

Dentro de un contexto sociocultural más próximo, destacan las aportaciones de numerosos investigadores. Por un lado, Mingote (1998) proponía que el SQT constituye un síndrome clínico-laboral que incluye cinco factores característicos comunes a todas las definiciones:

- a) Predominan los síntomas disfóricos (agotamiento emocional).
- b) Destacan las alteraciones de conducta (actitud de cinismo o despersonalización de la relación con el cliente).
- c) Se produce una inadecuada adaptación al trabajo.
- d) Se suelen dar síntomas físicos de estrés psicofisiológico: cansancio o fatiga, malestar general, junto con técnicas paliativas reductoras de la ansiedad residual, como son las conductas adictivas, que, a su vez, median en deterioro de la calidad de vida.
- e) Se manifiesta por un menor rendimiento laboral, y por vivencias de baja realización personal, de ineficacia laboral, desmotivación y retirada organizacional.

Moreno y Peñacoba (1999), por su parte, enfatizan el hecho de que este síndrome no se identifica con la sobrecarga de trabajo ni es un proceso asociado a la fatiga, sino a la desmotivación emocional y cognitiva que se da como consecuencia de la pérdida de intereses laborales que en un determinado momento fueron importantes para el sujeto.

Gil-Monte y Peiró (1997), definen este síndrome como una respuesta al estrés laboral crónico integrado por actitudes y sentimientos negativos hacia las personas con las que se trabaja y hacia el propio rol profesional, así como la vivencia de encontrarse emocionalmente agotado. Posteriormente, Gil-Monte (2005) caracteriza esta respuesta al estrés laboral crónico con una baja ilusión por el trabajo, desgaste psíquico, indolencia y sentimientos de culpa. En definitiva, se trata de un “tipo particular de mecanismo de afrontamiento frente al estrés generado en la relación profesional-cliente, y en la relación profesional-organización” (Gil-Monte, 2008). Esta respuesta se da en las profesiones de servicio pero no se limita sólo a ellas. Este autor destaca además, la ausencia de consenso unánime en torno a la conceptualización del síndrome, y enfatiza la necesidad existente de unificar criterios en su definición (Gil-Monte, 2003a, 2005), con el fin de facilitar la investigación y la integración de conocimientos dentro de este campo de estudio. Este mismo autor, ya expone que han sido diferentes los modelos teóricos que se han venido

presentando a lo largo de las últimas décadas, para tratar de explicar cómo se produce el proceso del SQT (Gil-Monte, 2005). Siguiendo la exposición que realiza este autor, se pueden destacar tres modelos teóricos relevantes:

1. El modelo tridimensional del MBI-HSS

Este modelo que concuerda con las tres dimensiones que presenta el cuestionario de Maslach y Jackson, ha sido contrastado empíricamente por diferentes autores que han conjeturado distintos patrones de relaciones causales entre sus dimensiones: agotamiento emocional, despersonalización y realización personal en el trabajo. Aunque Maslach en su modelo original señalaba el SQT se iniciaba con la aparición del cansancio emocional, posteriormente surgía la despersonalización y, finalmente, la baja realización o desarrollo profesional, han existido reformulaciones del modelo original con el fin de acoplar el marco teórico a los datos empíricos que se iban obteniendo. Así, Gil-Monte es uno de los autores que reformula el modelo tomando en cuenta los modelos transaccionales del estrés (Lazarus y Folkman, 1986), y conceptualiza el SQT como “una respuesta al estrés laboral crónico que aparece tras un proceso de reevaluación cognitiva, cuando las estrategias iniciales para afrontar el estrés laboral crónico no resultan funcionales” (Gil-Monte, 2005). Dentro de este modelo hipotetizado en 1994, la baja realización o desarrollo profesional constituye uno de los primeros pasos en el proceso, promoviendo un incremento del cansancio emocional en el profesional que se ve frustrado y adopta actitudes y comportamientos fríos y distantes hacia su trabajo y hacia las personas a las que atiende. A pesar de este planteamiento, el debate para explicar el proceso del SQT tomando como referencia el MBI sigue abierto actualmente, suscitando gran variedad de explicaciones diferentes sobre cómo se produce el fenómeno.

2. Modelo de Edelwich y Brodsky (1980)

Según estos autores, el SQT se desarrolla de forma progresiva y cíclica como un proceso de desilusión hacia la actividad profesional. Explican que el proceso se desarrolla en cuatro fases: 1) primera etapa de entusiasmo expectativas idealizadas sobre la actividad profesional (aún

cuando no la conocen realmente), 2) segunda etapa de estancamiento: el trabajo ya no lo es todo y se pasa a valorar seriamente lo que con él se obtiene (dinero, horarios, promoción profesional, etc), 3) tercera etapa de frustración: obstáculos o barreras en el trabajo entorpecen los objetivos y expectativas del profesional, pudiendo aparecer alteraciones emocionales, fisiológicas y comportamentales, y 4) cuarta etapa de apatía y resignación, como mecanismo de defensa ante la frustración continua que le supone el trabajo.

3. Modelo de Price y Murphy (1984)

Estos autores proponen que el SQT puede ser explicado de forma similar a un proceso de duelo, al conllevar una serie de pérdidas a distintos niveles (personal, interpersonal, organizacional y de sociedad). Para explicar el proceso proponen seis fases sintomáticas: 1) fase de desorientación que se produce cuando el profesional toma consciencia de su realidad laboral y comprueba que no alcanza sus objetivos, 2) fase de inestabilidad emocional caracterizada por el aislamiento e incomunicación emocional que lleva a períodos de labilidad y desgaste emocional, 3) fase en la que aparecen los sentimientos de culpa debido al fracaso profesional, de forma reiterada incluso en aquellas situaciones que ocurren y que no están bajo el control del profesional. 4) fase de soledad y tristeza que si es superada puede llevar a las fases siguientes, 5) fase de solicitud de ayuda, y 6) restablecimiento del equilibrio inicial con el que se inició la actividad profesional.

Finalmente, Gil-Monte (2005) propone un modelo integrador o comprensivo que incluye como antecedentes a los diversos estresores organizacionales, incluyendo como mediadores en el proceso la evaluación cognitiva que realiza el sujeto y las estrategias de afrontamiento que éste desarrolla frente a las fuentes de estrés; el tercer elemento lo constituye el SQT, como respuesta al estrés laboral crónico (deterioro cognitivo, emocional y desarrollo de actitudes negativas junto a la aparición de sentimientos de culpa) y, finalmente, se representan algunas de las principales consecuencias que

tiene el SQT tanto para el individuo como para la organización. Así mismo, el modelo también incluye variables individuales que modulan, facilitan o median en la aparición del el SQT (sociodemográficas, autoeficacia, personalidad resistente, locus de control, etc.).

Tras hacer una síntesis de las diferentes definiciones del término y marcos teóricos de referencia, se hace necesario, como bien propone Gil-Monte (2003; 2005), unificar criterios a la hora de delimitar el concepto y las diferentes denominaciones al uso. Según este autor, existen tres categorías de denominaciones en torno a este concepto: aquellas basadas en la traducción literal del término original anglosajón (burnout), las denominaciones que toman como referencia el contenido semántico de la palabra, y denominaciones basadas en la sinonimia con estrés laboral. Este autor hace un llamamiento a la unidad de la lengua y propone utilizar el término “síndrome de quemarse por el trabajo”, con el fin de ayudar a la comprensión del fenómeno, aludiendo a diferentes razones:

- a) Indicar la naturaleza de síndrome o conjunto de síntomas.
- b) Informar sobre la necesidad de identificar y evaluar dichos síntomas para realizar un diagnóstico adecuado de la patología.
- c) Focalizar la atención hacia el trabajo y no hacia el trabajador, evitando estigmatizaciones del mismo.
- d) Desvincular la patología laboral de la denominación coloquial.
- e) Permitir diferenciar este fenómeno de otros fenómenos psicológicos que suelen aparecer en el ámbito laboral cuando existen condiciones de trabajo no deseables, tales como el estrés laboral, el desgaste emocional, ansiedad, depresión, etc.

También Mingote (1998), aludía a la necesidad de clarificar conceptos, y en concreto, este autor diferencia el síndrome de desgaste profesional de la depresión, pues aunque ambos pueden coexistir en algunos casos, el primero es un constructo psicosocial asociado a estrés crónico originado en el ámbito laboral, y que puede incluir síntomas depresivos, mientras que la depresión es

un trastorno clínico complejo que afectaría todas las esferas de la vida individual. A pesar de ello, el burnout puede mediar en la producción de depresión clínica en las personas vulnerables.

La sinonimia con el concepto de “estrés laboral” también es muy frecuente, aunque poco acertada (Gil-Monte, 2003). El estrés laboral es un proceso complejo, que se desarrolla cuando un desequilibrio entre las demandas del entorno y los recursos de la persona origina un cambio en su estado habitual de bienestar. Se trata de un constructo relativamente abstracto y difícil de evaluar de forma directa. Lazarus y Folkman (1986) lo definen como un proceso dinámico de interacción entre la persona y su entorno, donde los procesos de evaluación cognitiva (primaria y secundaria) son cruciales para la puesta en marcha de estrategias de afrontamiento (coping), cuya eficacia determinará que se mantengan o desaparezcan los resultados del estrés (strain). Dentro de este proceso complejo, el síndrome de burnout sería consecuencia del estrés laboral. Es, pues, una de las respuestas que pueden aparecer en situaciones de estrés laboral crónico. Concretamente, vendría a ser un paso intermedio en la relación estrés-consecuencias a lo largo del tiempo: el estrés laboral tendrá consecuencias nocivas para la persona en forma de enfermedad, alteraciones psicosomáticas (jaquecas, insomnio, mareos, alteraciones cardiovasculares, etc.) y para la organización (accidentes laborales, menor rendimiento, absentismo, etc.) en la medida que se cronifique y no se tomen las medidas adecuadas para tratarlo y prevenirlo.

En síntesis, se puede decir que el estudio de este síndrome queda ligado desde sus orígenes al ámbito de las profesiones de ayuda, si bien, cada vez es más patente que no se da de forma exclusiva en las mismas. No resulta raro, entonces, que proliferen los estudios e investigaciones en este contexto laboral, estudios de diversa índole y naturaleza: desde tesis que relacionan el burnout con variables como la satisfacción laboral, la salud percibida, el clima laboral o las estrategias de afrontamiento (Cáceres, 2001; Fernández, 1998; Garrosa, 2002; Grau, 2007; Sáez, 1997), hasta investigaciones en revistas científicas de diversa procedencia (e.g. Ibáñez, Vilaregut y Abio, 2004; Pera y Serra-Prat, 2002; Segura, Ferrer, Palma, Ger, Doménech, Gutiérrez y Cebriá, 2006).

Incluso queda patente la relevancia y actualidad de esta área temática en los medios de comunicación (ver El País, Marzo 2006), a pesar de haber transcurrido más de tres décadas desde que Freudenberger (1974) definiera el síndrome por primera vez. No obstante, y desde áreas de conocimiento más especializadas como la psicología, la actualidad de este síndrome pasa por una revisión crítica tanto de su denominación, como de su constructo, marcos teóricos de referencia e instrumentos de medida, tal y como lo ponen de manifiesto algunos estudios (Ortega y López, 2004; Alarcón et al., 2002; García, 1995). Concretamente, Ortega y López (2004), llegan a proponer un modelo para el burnout en los profesionales sanitarios, centrado en el análisis de conducta. En este modelo, proponen que diferentes condiciones en interacción: (1) condiciones personales, (2) características generales del trabajo (horario irregular, conflicto de rol, clima organizacional, etc.), (3) características específicas de la unidad o área de cuidados (contacto con el dolor, muerte, sufrimiento, etc.) y (4) ausencia de apoyo social y psicológico, unidas a la larga exposición en el tiempo (cronicidad) pueden dar lugar a diferentes estrategias de afrontamiento de adaptación o de evitación. Las estrategias de afrontamiento evitativas conllevan la aparición de consecuencias físicas, psicológicas y conductuales tales como una menor implicación en el trabajo, comportamientos en contra de la labor asistencial, distanciamiento emocional, inadecuada comunicación... y, en última instancia, absentismo laboral y/o baja laboral. Cuando dicho patrón de comportamiento aparece en el contexto laboral, es cuando se hablaría de burnout. Además, si las condiciones laborales adversas permanecen, es más probable que se den problemas de salud asociados al estrés.

1.2 Evaluación del síndrome de quemarse por el trabajo

Otro aspecto importante a considerar en relación con el síndrome SQT es su *método de medida* y su diagnóstico. Desde que este concepto surgió, hace más de dos décadas, se han propuesto diversos instrumentos para estimarlo. La razón de esta diversidad tiene su raíz en la vaguedad y la amplitud con que este síndrome ha sido definido (Gil-Monte, 2007; Gil-Monte y Peiró, 1997). En

un primer momento el síndrome fue descrito a partir de la observación clínica. Ello dio, como consecuencia, definiciones con multitud de síntomas que originaban gran confusión conceptual y una dificultad para la elaboración de medidas que lo evaluaran en su amplitud y de forma diferencial con respecto a otros constructos parecidos.

Los métodos de autoinforme o cuestionario son los que más se han empleado para estimar este síndrome. Una revisión de los más relevantes la podemos encontrar en algunas referencias bibliográficas (Gil-Monte y Peiró, 1997; Gil-Monte, 2007; Ortega y López, 2004). De entre todos ellos, destacamos el "*Maslach Inventory*" (MBI) de Maslach y Jackson (1986). Este instrumento es el que más ha sido utilizado para estimar el síndrome de quemarse por el trabajo, y aunque en sus inicios fue elaborado para profesionales de la salud, actualmente existen tres versiones diferentes:

1. El MBI-HSS: versión clásica dirigida a los profesionales de la salud.
2. El MBI-GS: instrumento más genérico, que mantiene la estructura tridimensional clásica pero con 16 ítems en vez de 22, y dirigido no exclusivamente a profesionales que trabajen con personas.
3. El MBI-ES: versión para profesionales de la educación.

De estas tres versiones, la clásica (MBI-HSS, Maslach y Jackson, 1981,1986), ha sido la más empleada en el contexto de las organizaciones sanitarias, como así lo pone de manifiesto la gran cantidad de estudios que tratan de estimar la prevalencia del síndrome en diversas áreas o instituciones sanitarias (e.g. Ibáñez et al, 2004; Jiménez et al, 2002; López-Soriano y Bernal, 2002; Pera y Serra-Prat, 2002; Rodríguez et al., 2005; Solano et al., 2002). No obstante, se trata de un instrumento no exento de críticas (Alarcón et al., 2002; García, 1995; Ortega y López, 2004). Alarcón, Vaz y Guisado (2002) hacen una revisión del concepto de burnout y su medida, llegando a cuestionar la tridimensionalidad del síndrome, su naturaleza o no psicopatológica y la validez del MBI como instrumento para medirlo. En un estudio más reciente, Alarcón, Vaz, Guisado, Benavente, López y Morgado (2004) vuelven a hacer crítica a la

tridimensionalidad del síndrome, basándose en la observación de que el único factor del burnout que aparece asociado a psicopatología es el cansancio emocional. También García-Izquierdo (1995) cuestiona las características psicométricas de este instrumento en base a los resultados obtenidos por algunas investigaciones. Este autor propone la escala de “Efectos psíquicos del burnout” (EPB) diseñada para la medida del síndrome en nuestro entorno sociocultural. Por su parte, Ortega y López (2004) , aluden a numerosos problemas del MBI, entre los que destacan: el hecho de que los enunciados se centran en las propias emociones, pero no hacen referencia a las conductas que dejan de hacerse o se realizan cuando surgen dichas emociones (ver ítems 3, 13, 19), no desglosan algunos enunciados en las conductas más directas, la escala de baja realización personal tiene un menor número de ítems respecto a las otras dos escalas, no indica en qué lugar quedan los valores personales en el ámbito laboral y, por último, se trata de un formato cerrado que no se ajusta a las diferentes condiciones que se pueden dar en el ambiente laboral.

A pesar de estas críticas, el MBI sigue siendo el instrumento más empleado y el que ha constituido la base del resto de instrumentos (Ortega y López, 2004). En España, esta escala ha sido validada en diversas muestras para su adaptación española (e.g. Gil-Monte y Peiró, 1999; 2000). Estos autores señalan una adecuada validez y fiabilidad de la versión adaptada al castellano (MBI, manual de TEA ediciones, 1997), si bien aluden a una cierta debilidad psicométrica de la subescala de despersonalización. No obstante, y a partir de las diferentes críticas realizadas al instrumento original, ha habido autores que han propuesto instrumentos alternativos en la medición del SQT. De esta manera, autores como Moreno y Oliver (1992) desarrollaron una escala, el “Cuestionario Breve de Burnout” (CBB), que compuesta de 21 ítems, integra también aspectos antecedentes y consecuencias del síndrome, además de las tres dimensiones típicas que evalúa el MBI (citado en Gil-Monte, 1997, pág. 60).

Una alternativa reciente para la evaluación del SQT es el instrumento CESQT, "Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse por el trabajo" (Gil-Monte, 2005; 2007). Una de las novedades de este cuestionario es que incorpora una subescala para medir la frecuencia de los sentimientos de culpa que pueden experimentar los profesionales a partir de la aparición de actitudes y conductas de indiferencia y cinismo hacia las personas objeto de su atención o servicio y hacia el propio trabajo. En un estudio reciente realizado en Argentina (Maruco, Gil-Monte, y Flamenco, 2008) utilizaron este nuevo instrumento comparando los resultados con los obtenidos con el cuestionario MBI de Maslach y Jackson, y llegaron a la conclusión de que ambos instrumentos estimaban la misma prevalencia del SQT en la muestra estudiada. Por otro lado, también en los últimos años, se han ido proponiendo nuevos instrumentos de medida que tratan de adaptarse más específicamente al contexto ocupacional/profesional medido en cuestión. Tal es el caso del Cuestionario de Desgaste Profesional Médico (CDPM, Moreno, Gálvez, Garrosa y Mingote, 2006) para la evaluación del desgaste profesional médico, o el Cuestionario de Desgaste Profesional para Enfermería (CDPE, Moreno, Garrosa y González, 2000) para la evaluación del desgaste profesional en enfermería.

De forma complementaria a la medición de la prevalencia del síndrome a través de los distintos instrumentos estandarizados tipo autoinforme, existen estudios que tratan de captar *cualitativamente* la repercusión del síndrome sobre la vida de los profesionales fuera del área clínica de trabajo. Tal es el caso del estudio realizado por Gillespie y Melby (2003). Estos autores utilizaron una combinación de instrumentos cuantitativos y cualitativos para estimar la repercusión del síndrome en enfermeras pertenecientes a servicios de Urgencias y salas de Medicina Aguda. Los temas que sobresalieron en las entrevistas con los grupos focales remarcaron la importancia de aspectos que, mantenidos de forma crónica, podrían tener implicaciones serias para la salud de los profesionales y para las relaciones interpersonales con familia y compañeros de trabajo (insomnio, irritabilidad, incapacidad para relajarse, incremento en el consumo de alcohol y tabaco, etc).

CAPTITULO 2

SINDROME DE QUEMARSE POR EL TRABAJO: VARIABLES PERSONALES FACILITADORAS

2.1 Epidemiología del síndrome de quemarse por el trabajo

Desde que se dio a conocer este síndrome como consecuencia del estrés laboral crónico, se ha tratado de identificar el perfil de riesgo a través del estudio de variables sociodemográficas diversas. Algunos autores, como Gil-Monte y Peiró (1997), hablan de variables de carácter personal que tienen una función facilitadora o inhibidora de la acción que los estresores ejercen sobre el sujeto. Entre estas variables facilitadoras, se incluyen además variables de personalidad (neuroticismo, personalidad tipo A, etc.) y las estrategias de afrontamiento utilizadas por el sujeto (pasivo vs activo).

Dentro de las variables sociodemográficas se encuentran el sexo, la edad, el estado civil, la existencia o no de hijos, la antigüedad en el puesto y la antigüedad profesional. En la literatura, no parece existir un acuerdo unánime en la definición epidemiológica del síndrome, si bien parece existir un determinado nivel de consenso respecto a determinadas variables. A continuación reflejaré los hallazgos más relevantes encontrados en la literatura revisada al respecto:

- Según el **sexo**, serían las mujeres las más vulnerables al síndrome, aunque con ciertas matizaciones: para los sentimientos de agotamiento emocional sería el género femenino el más afectado (Almberg, Grafstorm y Winbald, 1997; Atance, 1997; Embriaco et al., 2007; Gil-Monte y Peiró, 1997,2000; Ibáñez et al., 2004; Raggio y Malacarne, 2007). Sin embargo, para las actitudes de despersonalización, el género masculino parece ser el más vulnerable (Gil-Monte y Peiró, 1997; Gil-Monte, 2002; Pera y Serra-Prat, 2002; Raggio y Malacarne, 2007; Ríos y Godoy, 2007a, 2008f). Algunos autores, como Gil-Monte y Peiró (1997, 2000) justifican las diferencias encontradas basándose en los diferentes patrones de socialización que reciben hombres y mujeres. Estrechamente relacionado con estos resultados existen estudios que resaltan las diferencias de género en ansiedad y estrés laboral (Hurtado, Martín y Luceño, 2008). Estos autores concluyen que el género femenino presenta puntuaciones más elevadas en estas variables de ansiedad y estrés laboral

percibido, y aluden a la difícil situación en la que se encuentran las mujeres hoy en día para conciliar su vida laboral con la familiar como explicación a los resultados obtenidos en su estudio.

No obstante, también existen excepciones a estas diferencias encontradas entre géneros, pues también hay estudios, que encuentran un mayor agotamiento emocional en el género masculino (Hidalgo y Díaz, 1994; Pera y Serra-Prat, 2002; Santamaría y Soto, 2005), y otros que no encuentran diferencia significativa entre ambos géneros con respecto a esta dimensión (Farrerons y Calvo, 2008; García et al., 2000; Lederer et al., 2008; Lomeña, Campaña, Nuevo Toro, Rosas Berrocal, y García, 2004; Ríos y Godoy, 2007a, 2008b,f,g; Villanueva et al., 2008).

- Respecto a la **edad**, los resultados no son concluyentes. Muchos estudios obtienen que a mayor edad los sujetos expresan menos sentimientos de quemarse en el trabajo. Así, Cherniss (1980) sugiere una mayor vulnerabilidad en los primeros años del desarrollo profesional, ya que durante los mismos se produce una confrontación entre las expectativas idealistas desarrolladas en los años de formación con la realidad de la práctica cotidiana. Sin embargo, un estudio realizado para estudiar el SQT en población general dio como resultado que este síndrome se da con más frecuencia a medida que se incrementa la edad (Ahola et al., 2006a). También otros estudios referidos al contexto sanitario parecen seguir dicha tendencia (Atance, 1997; López-Soriano y Bernal, 2002; Usha Rout, 2002), pues encuentran resultados de mayor desgaste emocional y falta de realización personal en las personas de edad más avanzada (edad > 44 años) ó valores menores de despersonalización entre las personas más jóvenes (López-Soriano y Bernal, 2002). Por otro lado, parece ser que hay estudios que encuentran relaciones significativas de tipo curvilíneo entre burnout y edad, siendo los tramos de edad intermedios entre los 25-40 años (Gil-Monte y Peiró, 1997), entre los 37-45 años (Sos et al., 2002) ó entre los 30-39 años (Villanueva et al., 2008) los más vulnerables a padecer el síndrome.

• Para la variable **estado civil**, tampoco hay un acuerdo unánime. Algunos autores comentan que los sujetos casados experimentan menores índices del síndrome que los no casados (Atance, 1997; Gil-Monte y Peiró, 1997, 2000), si bien otras referencias de la literatura no encuentran diferencias significativas en los valores de esta variable (García-Izquierdo et al., 2000; Hidalgo y Díaz, 1994; Moreno y Peñacoba, 1999) y otras encuentran la tendencia contraria, es decir, más prevalencia de burnout entre aquellos profesionales con pareja estable (Villanueva et al., 2008).

• Respecto al hecho de que los profesionales tengan o no **hijos**, tampoco existen resultados concluyentes. Algunos estudios, encuentran una menor vulnerabilidad a padecer el síndrome en los sujetos con hijos (Díaz-Muñoz, 2005; Gil-Monte y Peiró, 2000; Ríos y Godoy, 2008f,g), debido a la tendencia generalmente encontrada en los padres, a ser personas más maduras y estables, al mismo tiempo que las personas sin hijos podrían tener mayor tendencia a usar el trabajo como fuente de vida social y, como consecuencia, una mayor implicación con el trabajo llevaría asociada un mayor riesgo de sufrir el síndrome de burnout (Gil-Monte y Peiró, 1997). Otros estudios, en cambio, parecen no obtener la anterior tendencia y dicha variable se muestra como no significativa (Villanueva et al., 2008).

• Las variables **antigüedad en el puesto y experiencia en la profesión** también han sido muy estudiadas. Los resultados parecen ser similares a los obtenidos con la variable edad, siendo su justificación teórica la misma: los profesionales nuevos suelen ser más jóvenes e inexpertos, con menos estrategias de afrontamiento, por lo que serían más vulnerables al síndrome (Embriaco et al., 2007; Fagoaga y Lucas, 2000; Gil-Monte y Peiró, 1997). Otros estudios, sin embargo, no encuentran asociación alguna entre estas variables (García-Izquierdo et al., 2000; Hidalgo y Díaz, 1994; Ibáñez et al., 2004; Pera y Serra-Prat, 2002), e incluso también existen investigaciones que encuentran mayor vulnerabilidad al síndrome en las personas de más de 19 años de antigüedad y más de 10 años en el mismo centro de trabajo (Atance, 1997;

Soto et al., 2005; Ríos y Godoy, 2007a; 2008f) o aquellas otras (Moblely et al., 2007; Villanueva et al., 2008) que especifican que la antigüedad laboral puede convertirse en un factor de riesgo de sufrir SQT en determinadas unidades asistenciales donde el profesional está expuesto a un mayor tiempo de contacto con el sufrimiento de los pacientes (Cuidados Intensivos, Oncología, enfermos mentales crónicos).

- Otras variables, como la **categoría profesional**, la rotación en turnos de trabajo, el lugar de trabajo y el tipo de contrato, también han sido consideradas. Respecto a la primera, algunos estudios obtienen diferencias significativas entre los distintos estamentos (Albadalejo et al., 2004; Díaz Muñoz, 2005; Dorz, Novara, Sica y Sanavio, 2003; Li Calzi, Farinelli, Ercolani, Alianti, Manigrasso y Taroni, 2006; Pera y Serra-Prat, 2002; Pinedo et al., 2005), mientras que otros no encuentran asociación alguna (Farrerons y Calvo, 2008; Hidalgo y Díaz, 1994; Ríos y Godoy, 2007a, 2008b,f,g).

- Respecto a los turnos u **horario laboral**, tampoco existe unanimidad, mientras algunos investigadores afirman que el personal de enfermería es especialmente vulnerable a esta influencia (Mc. Cranie et al., 1987); Otros autores, sin embargo, expresan que la influencia de esta variable no es relevante (Farrerons y Calvo, 2008; García-Izquierdo et al., 2000; Gil-Monte y Peiró, 1997; Ríos y Godoy, 2007a; 2008b,f,g). Un estudio reciente de Embriaco et al. (2007) expresa la importancia de variables laborales tales como el *número de guardias al mes* y la calidad de las relaciones interpersonales con los compañeros como factores determinantes del síndrome de burnout entre los profesionales médicos de intensivos.

- Por otro lado, también han sido varios los estudios que han señalado diferencias en burnout según el **lugar de trabajo**. En este sentido, parecen ser que las salas quirúrgicas son las menos afectadas por el síndrome, mientras que los servicios generales, salas médicas o bloque de hospitalización son más vulnerables, especialmente las unidades de oncología y paliativos (Dorz et al., 2003; Fenga, Faranda, Aragona, Micali, Di Incola, Trimarchi, Crimi y Cacciola,

2007; Gillespie y Melby, 2003; Máximo et al., 2005; Parkes, 1980; Perezagua, Vidal y Del Río, 2004). Algunos trabajos señalan índices menores de burnout en las unidades de urgencias comparándolas con otras unidades del hospital (Gillespie y Melby, 2003; Perezagua et al., 2004), mientras otros autores encuentran niveles mayores en este servicio (Albadalejo et al., 2004; De los Ríos et al., 2007; Villanueva et al., 2008). Hay trabajos que, sin embargo, no señalan asociaciones significativas entre la unidad o servicio en el que se trabaja y la vulnerabilidad al síndrome (Haim et al., 2005; Ibáñez et al., 2004). Dentro de este punto, también se ha de mencionar los resultados obtenidos por numerosos estudios centrados en estudiar el nivel de burnout en las unidades de cuidados intensivos, obteniendo niveles moderados-altos, lo que se justifica por las especiales características de estas unidades sanitarias, que ya han sido previamente comentadas (Bakker et al., 2005; Cubrilo, Urea y Turek, 2006; Gillespie y Melby, 2003; Levy, 2004; Poncet et al., 2007; Solano et al., 2002). Los estudios comparativos entre diferentes unidades asistenciales son muy frecuentes en la literatura, con el fin de analizar la prevalencia y el perfil específico que el SQT adopta según el contexto laboral concreto estudiado (Muscatello, Bruno, Carroccio, Cedro, La Torre, Di Rosa, Zocali, Aragona, La Torre, Mattei, Angelote y Di Orio, 2006; Ríos y Godoy, 2008f; Sahraian, Fazelzadeh, Mehdizadeh y Toobae, 2008).

- Si nos referimos a la variable **tipo de contrato**, tampoco existe acuerdo en la literatura consultada y, si bien la mayoría de los estudios no dan relevancia asociativa a esta variable (Ibáñez et al., 2004; Solano et al., 2002), también existen algunos que obtienen que el personal interino o eventual puntúa menos en este síndrome que el personal con plaza en propiedad o contrato indefinido (García-Izquierdo et al., 2000; López-Soriano y Bernal, 2002; Ríos y Godoy, 2008f,g; Villanueva et al., 2008), ó también se encuentra la tendencia opuesta de que el personal interino obtiene mayores puntuaciones en la dimensión de cansancio emocional (Farrerons y Calvo, 2008).

2.2 Variables de personalidad

2.2.1 Autoeficacia y SQT

Desde los primeros momentos del estudio del síndrome se constató que mientras algunos sujetos son claramente vulnerables, otros mantienen una fuerte resistencia a los efectos del estrés. Tomando como referencia el denominado modelo salutogénico de salud, parece existir una tendencia consistente, en los últimos años, a vincular el burnout y las variables de personalidad activas y positivas que identifican un estilo de conducta ante los factores de estrés (Moreno, González y Garrosa, 2002). Entre estas variables, se encuentran las variables de personalidad del “self”: autoconfianza, autoestima y autoeficacia. Estas variables tienen un papel central para explicar la génesis del síndrome desde el modelo teórico de la “Teoría sociocognitiva del yo” (Gil-Monte y Peiró, 1997; Ortega y López, 2004). Harrison (1983) atribuye a la competencia percibida un papel clave en el desarrollo de este proceso: la disminución de los sentimientos de autoeficacia como consecuencia de la dificultad de conseguir los objetivos perseguidos, al surgir “factores barrera” (sobrecarga laboral, disfunción de rol, etc.) en el entorno laboral, conduciría a la génesis del burnout, en profesionales altamente motivados y altruistas. Así, pues, se asume que los individuos con más alta autoeficacia, superarán o afrontarán más eficazmente el estrés y, por tanto, serán menos vulnerables a padecer el síndrome.

La principal aportación teórica del concepto de autoeficacia la realiza Bandura (1997). Este autor define la autoeficacia percibida como el sentimiento de confianza en las propias capacidades para poder manejar de forma adecuada los distintos estresores vitales. Las personas se diferencian en sus creencias de competencia y éxito en las distintas facetas de sus vidas. Estas expectativas de autoeficacia implican, pues, la creencia en la propia capacidad para organizar y dirigir de forma adecuada los cursos de acción o comportamiento que llevarán a la consecución de determinados resultados u objetivos. De esta manera, las propias creencias de eficacia funcionan como un

determinante importante de la motivación, el afecto, el pensamiento y la acción (Bandura, 1992). Desde la “Teoría Social Cognitiva” de Bandura, el estrés queda conceptualizado como baja eficacia para ejercer el control sobre las situaciones estresantes. Las creencias de eficacia regulan el estrés y la ansiedad a través de su influencia sobre la conducta de manejo, de forma que a mayor sentimiento de autoeficacia, mayor tendencia a situaciones retadoras (más estresantes) y mayor será el éxito al afrontarlas eficazmente. La aplicación de esta teoría autorreferencial al estudio del burnout parte de dos hipótesis fundamentales (Montalbán, Durán y Bravo, 2000):

1. La persona puede ejercer influencia sobre sus propios actos y percepciones a través de estas creencias de autoeficacia.
2. Estas creencias del sujeto acerca de sus propias capacidades le permitirán autorregular su propia conducta para conseguir ciertos objetivos.

Otro autor, Leiter (1992), considera el burnout esencialmente como “crisis en la eficacia”. También Cherniss (1993) enfatiza el papel de la autoeficacia en la etiología del síndrome. En concreto, este autor nos habla de “autoeficacia profesional”, entendida como las creencias que los profesionales tienen sobre sus habilidades para desempeñar roles laborales. Además, esta “autoeficacia profesional” se expresa en 3 ámbitos diferentes: la propia tarea, las relaciones interpersonales y la organización. La autoeficacia consolidada en estos ámbitos facilita el afrontamiento exitoso ante situaciones estresantes, previniendo la aparición del burnout. Dentro de este contexto, un estudio de Salanova, Grau y Martínez (2005) confirma la hipótesis de que la autoeficacia profesional modula la relación entre las demandas que perciben los trabajadores y el tipo de conducta de afrontamiento que utilizan, de manera que se incrementa el afrontamiento activo centrado en el problema y disminuye el afrontamiento pasivo a medida que se incrementan los niveles de autoeficacia. Además, se postula el efecto de interacción entre demandas y autoeficacia profesional, de forma que los trabajadores con altos niveles de autoeficacia aumentan sus conductas de afrontamiento activas en situaciones de sobrecarga laboral.

Respecto a la evidencia empírica desarrollada en nuestro entorno sobre la relación de autoeficacia y burnout, Grau, Salanova y Peiró (2000) estudian el papel de la autoeficacia como variable moduladora entre el estrés y sus consecuencias. Sus resultados muestran que la autoeficacia modula las relaciones entre el estrés y el burnout, de forma que los trabajadores con menores niveles de autoeficacia están más quemados en su trabajo. No obstante, hay que matizar esta asociación, pues existe un efecto diferencial según sea el tipo de estresor, el nivel de generalidad de la autoeficacia y la consecuencia del estrés. En concreto, bajos niveles de autoeficacia generalizada se asocian a altos niveles de agotamiento emocional, mientras que el peso de la autoeficacia profesional es mayor en la modulación estrés-cinismo. Dentro de la misma línea de investigación, otros autores, Sánchez, Guillén y León (2006) estudiaron el efecto diferencial moderador de la autoeficacia sobre este síndrome teniendo en cuenta las condiciones de trabajo presentes, llegando a la conclusión de que bajo condiciones de sobrecarga laboral, la autoeficacia puede predecir disminuciones del cansancio emocional, mientras que bajo condiciones de ambigüedad de rol la autoeficacia predeciría un aumento de burnout. Por otro lado, un estudio de carácter longitudinal (Llorens, García y Salanova, 2005) también resaltó cómo la presencia de obstáculos generaba una falta de eficacia percibida, que a su vez generaba burnout. Este trabajo pone de manifiesto cómo este síndrome se asocia con una crisis de eficacia, resultando además que las relaciones recíprocas establecidas entre ambas variables, dan lugar a una espiral negativa. En otro estudio realizado con profesores y estudiantes universitarios (Salanova, Cifre, Grau, Llorens y Martínez, 2005), los autores intentan establecer un modelo causal de la autoeficacia. Según los resultados de estas autoras, la ineficacia se vería facilitada por elevados niveles del síndrome de burnout, que está asociado fundamentalmente con la percepción de obstáculos, mientras que el antecedente positivo de la autoeficacia sería el mecanismo motivador de la conducta (engagement), que está relacionado sobre todo con la percepción de facilitadores y percepciones de competencia.

Por otro lado, en el contexto sanitario, trabajos realizados con muestras de enfermería encuentran que la autoeficacia afecta a la génesis del burnout en las dimensiones de falta de realización personal y despersonalización (Montalbán, Durán y Bravo, 2000). Otro trabajo, realizado por Manzano y Ramos (2000) constata la importancia de la autoeficacia como variable determinante del grado de estrés crónico laboral asistencial. En concreto, estos autores afirman que los sujetos con baja autoeficacia, que se sienten indefensos, se implican menos en las tareas diarias, lo que lleva a bajos sentimientos de realización personal que, si se hacen crónicos frente a los estresores laborales, desembocarán en elevado agotamiento emocional y frustración, adoptando entonces actitudes de despersonalización como consecuencia. En otra investigación más reciente y de tipo longitudinal, Grau (2007) concluye que la variable de autoeficacia mantiene relaciones significativas con las tres dimensiones del SQT, destacando especialmente su asociación con la realización personal en el trabajo, con la que mantiene una relación bidireccional.

A estos resultados, se unen los obtenidos en otros estudios sobre competencia personal y estrés (Blasco, Fernández, Doval, Moix, Rovira y Sanz (1999). Estos autores concluyen que los sujetos con alta competencia personal (CP) perciben un menor nivel de estrés, muestran un menor nivel de reacciones de estrés, un estado de ánimo más positivo, y manifiestan una mayor autoeficacia, adoptando estrategias de afrontamiento más eficaces ante situaciones de estrés.

En otra investigación, Salanova, Bresó y Schaufeli (2005) ponen a prueba el modelo espiral de las creencias de eficacia en el estudio del burnout. Aunque este estudio no está realizado con personal sanitario, se confirma en él el papel desempeñado por la eficacia en el desarrollo de este síndrome. En concreto, se encuentra apoyo empírico tanto para el modelo del burnout como “crisis de eficacia” como para el modelo “hacia arriba” de la eficacia como motor del mecanismo automotivador de la conducta (engagement).

Basándonos en la literatura previa, queda pues bastante evidente la influencia de las creencias de la autoeficacia como variable personal que puede modular de forma importante la relación estrés-burnout. Estas creencias sobre la propia competencia para manejar los diferentes eventos vitales estresantes son el resultado de dos tipos de procesos de aprendizaje: los vinculados a las relaciones interpersonales (que pueden ser modificadas por aprendizaje vicario y mediante persuasión verbal), y aquellos derivados del éxito de la propia ejecución por parte de la persona. Finalmente, la percepción de eficacia resultante “constituye un fuerte motivador de conducta para los seres humanos, y cuando se ve frustrada aparecen altos niveles de estrés” (Gil-Monte, 2005), quedando claro, entonces, que tiene gran relevancia en la génesis y desarrollo del SQT.

2.2.2 Personalidad resistente y SQT

Entre los modelos salutogénicos, que enfatizan las variables personales del sujeto vinculadas al burnout, hay que destacar el modelo propuesto por Kobasa (1979). Esta autora define el modelo de personalidad denominado “**hardy personality** ó **hardiness**”, a partir de observar que algunas personas sometidas a altos niveles de estrés no desarrollan ningún tipo de trastorno de salud. Este modelo se origina en un marco teórico próximo al existencialismo. Concretamente, dos características de esta teoría resultaron fundamentales en la construcción del modelo: la conceptualización del hombre como alguien que de forma continua y dinámica va construyendo su personalidad a través de sus conductas, y la consideración de la vida como un inevitable cambio asociado a situaciones de estrés (Peñacoba y Moreno, 1998).

El concepto de “hardiness” surge a partir de la idea de “protección” frente a los estresores, y no puede entenderse, sino como resultado de la interacción individuo-medio, tratando de ser un concepto clave en la psicología social del estrés y la salud (Kobasa, 1979; Manganelli, 1998; Moreno et al., 2002; Peñacoba y Moreno, 1998). Este constructo está constituido por tres dimensiones (Kobasa, 1979): compromiso, control y reto.

1. El **compromiso** es la tendencia a desarrollar comportamientos caracterizados por la implicación personal en todas las actividades de la vida, y es una cualidad que es propuesta como moderadora de los efectos de estrés. Además, esta cualidad no se limita a un sentimiento de competencia personal, sino que incluye igualmente un sentimiento de comunidad y/o corporación (“existir con otros”), lo que implica también en el plano interpersonal la existencia de un sentimiento de implicación en la relación con otras personas (Peñacoba y Moreno, 1998).

2. La dimensión de **control** ha sido la más estudiada del modelo propuesto por Kobasa y hace referencia a la convicción que tiene el sujeto de poder intervenir en el curso de los acontecimientos. Esta capacidad de control permite al individuo percibir en muchos de los acontecimientos o situaciones estresantes consecuencias predecibles a su propia actividad, y en consecuencia, manejar los estímulos en su propio beneficio, atenuando así los efectos del estrés.

3. La dimensión de **reto** hace referencia a la creencia de que el cambio, frente a la estabilidad, es la característica habitual de la vida. Desde este punto de vista, un estímulo estresante se entendería como una oportunidad o un incentivo para el desarrollo personal, y no como una amenaza a la propia seguridad.

El conjunto de las tres dimensiones anteriores constituye la “personalidad resistente”. Esta debe considerarse como un constructo multidimensional, en el que los tres componentes están relacionados. La utilización de este modelo puede ayudar a comprender los procesos vinculados a la salud-enfermedad. La evidencia de este constructo como concepto saludable se ha puesto de manifiesto en numerosos estudios de Kobasa (Kobasa, 1979, 1982; Kobasa y Maddi, 1982). En general, se ha propuesto que la variable “hardiness” actuaría sobre la salud de dos formas diferentes: de forma indirecta, reduciendo el impacto de los eventos estresantes a través del empleo de estrategias de

afrontamiento positivas, y de forma directa, por la que los propios factores componentes del constructo, especialmente el “compromiso”, actuarían reduciendo la tensión psicológica asociada a la enfermedad.

Por otro lado, numerosos trabajos han tratado de estudiar la relación de este concepto con determinados aspectos de la salud, entre ellos el síndrome de burnout en el colectivo de enfermería (Boyle et al., 1991; Collins, 1996; Judkins, Reid y Furlow, 2006; Mc. Cranie, 1987; Topf, 1989; Williams, 1990).

Concretando la conceptualización de este constructo, es necesario diferenciarlo de otros conceptos próximos como el sentido de la coherencia (SC) de Antonovsky (1979) y el patrón de conducta tipo A. El primero se enmarca, al igual que “hardiness”, en el proyecto de una sociología de la salud. Comparte asimismo, con el concepto de Kobasa altas puntuaciones en compromiso y reto, pero se diferencia en las bajas puntuaciones en control. También este constructo de Antonovsky (1979) se ha estudiado como variable mediadora en los procesos de estrés y salud, encontrándose evidencia empírica de una relación inversa entre los niveles de sentido de coherencia (SC) y burnout (Moreno et al., 1997; Moreno et al., 2002). Así, Moreno et al. (1997) ponen en evidencia la elevada correlación entre estas dos variables, sentido de coherencia y personalidad resistente. Así mismo, concluyen en una influencia importante de ambas sobre la salud, si bien concretan que la influencia de la personalidad resistente tiene una mayor incidencia sobre los síntomas psíquicos y no tanto sobre la sintomatología física, mientras que el sentido de coherencia influye por igual en ambos tipos de sintomatología, física y psicológica.

Por lo que respecta al patrón de conducta tipo A, éste comparte con “hardiness” altas puntuaciones en control pero difiere de la misma por sus bajas puntuaciones en compromiso y reto (Peñacoba y Moreno, 1998).

Peñacoba y Moreno (1998) exponen las vías a través de las cuales la personalidad resistente ejerce un efecto mediador entre estresores y la aparición de enfermedades:

1. La personalidad resistente contribuye a modificar la percepción que el sujeto tiene sobre los estresores, haciéndolos menos amenazantes.
2. La personalidad resistente induce a la utilización de unas determinadas estrategias de afrontamiento: el “coping transformacional”, es decir, el afrontamiento de los estímulos potencialmente estresantes de forma activa y optimista bajo la idea de que se puede siempre aprender algo de ellos.
3. La personalidad puede afectar también a las estrategias de coping de forma indirecta a través de su influencia sobre el apoyo social.
4. La personalidad resistente actúa favoreciendo el cambio hacia estilos de vida saludables, que disminuyen el riesgo de enfermedad.

Tras su exposición, los autores concluyen que resulta difícil evaluar el apoyo empírico de las mencionadas hipótesis mediadoras, pues la gran mayoría de trabajos obtienen sus resultados mediante técnicas correlacionales que aportan poco al posible papel mediacional de las variables empleadas. A ello se une la variabilidad en las muestras empleadas, la diferente escala utilizada para evaluar el constructo de hardiness y la variedad en la metodología empleada que impide, a su vez, la generalización de los resultados. En este contexto, se puede ubicar la grave controversia que existe en la medición del constructo. Las primeras medidas se realizaron a través de escalas ya existentes, correspondientes a las diferentes dimensiones analizadas (Kobasa, 1979). Posteriormente, en 1982 se diseñaría la primera generación de escalas para la medida de este constructo. Es así como surge la denominada Unabridged Hardiness Scale (UHS) a partir de un estudio de Kobasa, 1982, pero ante la excesiva longitud de esta escala, la autora procede a la elaboración de dos nuevas escalas más breves para la medición global de “hardiness”: la Abridged Hardiness Scale (AHS) y la Revised Hardiness Scale (RHS), de 20 y 36 ítems respectivamente. A todas estas escalas se les critica el hecho de obtener la medida de un constructo saludable únicamente mediante indicadores negativos. Es a partir de dicha crítica que aparece la tercera generación de escalas: la Personal Views Survey (PVS, 1985) y la Dispositional Resilience Scale (DRS, 1989), de 40 y 45 ítems respectivamente,

y que proporcionan medidas separadas de las dimensiones de compromiso, reto y control, además de la medida global de personalidad resistente. Esta tercera generación de escalas, a pesar de tener mejores cualidades, no ha estado exenta de críticas (e.g. Beniseck, 1996; Greene y Nowack, 1995; Manganelli, 1998), entre ellas destacan: el hecho de que los ítems siguen siendo negativos y se cuestiona la multidimensionalidad del constructo, debido a la escasa fiabilidad de las dimensiones de hardiness por separado, frente a la alta fiabilidad del indicador global. Así, algunas críticas recomiendan incluso eliminar la escala de reto, al encontrar correlaciones más bajas de ésta con el resto de componentes del constructo. Este aspecto se ha mejorado, no obstante, en las últimas escalas y así, la PVS (Hardiness Institute, 1985) parece obtener correlaciones más altas de esta dimensión con las de compromiso y control (Peñacoba y Moreno, 1998). Benishek (1996) ya refiere que la utilización de este instrumento es más adecuada y hace una llamada de atención sobre el hecho de que la gran variedad de escalas de medida existente hace muy difícil interpretar los resultados de la investigación. Por otro lado, Greene y Nowack (1995) concluyen que considerar el constructo Hardiness como variable mediadora de la relación estrés-salud es algo “provocativo”, ó al menos tan sólo hipotético.

Otro aspecto que se critica en la evaluación de este constructo es su confusión con la variable neuroticismo. Algunos autores critican el hecho de que tanto el número de ítems negativos empleado en las escalas, como el propio contenido de las mismas induce a pensar que se está midiendo esta variable más que la propia variable de personalidad resistente. No obstante, existen trabajos que como el de Florian et al. (1995), neutralizan o controlan el efecto de esta variable, llegando a confirmar con sus resultados el modelo mediacional de las estrategias de afrontamiento, como vía de actuación de la personalidad resistente sobre la salud.

También investigadores españoles han hecho crítica del constructo de personalidad resistente y de su proceso de medida (Godoy y Godoy, 2002; Peñacoba y Moreno, 1998, 2000). Todas estas referencias ponen de manifiesto el dudoso papel ejercido por la dimensión de reto y se cuestionan la

tridimensionalidad del constructo a partir de los resultados obtenidos por los análisis factoriales. También aluden al efecto contaminador de la variable neuroticismo, planteando serias dudas a cerca de la validez de la medida que se está realizando con las escalas utilizadas. Godoy y Godoy (2002) hacen una revisión conceptual y de la investigación que este constructo ha generado desde que fuera formulado por Kobasa (1979). En su trabajo aporta dos sugerencias:

1. Utilizar la estrategia estadística de la obtención de modelos mediante ecuaciones estructurales.
2. Determinar el papel ejercido por la dimensión de reto respecto a la estructura del constructo de personalidad resistente y a sus efectos sobre la asociación estrés-salud/enfermedad.

En un estudio posterior, Godoy y Godoy (2004) realizaron un estudio exploratorio sobre las características psicométricas de la versión española de la escala original PVS (Hardiness Institute, 1985) para la evaluación de la personalidad resistente o dureza. Sus resultados reflejaron buenos índices de fiabilidad para la escala completa y para cada uno de sus componentes; las intercorrelaciones entre los diferentes ítems reflejan también la unidimensionalidad del constructo de la personalidad resistente. Los autores terminan concluyendo que la escala PVS puede ser considerada como una medida adecuada de éste, matizando que está constituido por tres características que funcionan mejor de forma conjunta que aislada, y que, por tanto, sería más adecuado utilizar la puntuación global de la escala como indicador de dureza, más que las tres puntuaciones aisladas de cada uno de sus componentes. No obstante, matizan que los componentes de reto y compromiso muestran un comportamiento anómalo, comparados con la dimensión de control en buena parte de los análisis realizados.

Por otro lado, también han surgido intentos de elaborar escalas alternativas a la PVS, que es la más utilizada actualmente según los estudios revisados. Así, Moreno et al. (2000) presentan una escala para la medida de este constructo, que está incluida como subescala de un cuestionario más

amplio destinado a evaluar el desgaste profesional de enfermería. En este trabajo de validación, los autores aportan índices de fiabilidad más elevados y una relación más estrecha entre las tres dimensiones, acercándose más al concepto teórico de personalidad resistente.

Como ya se ha comentado, el constructo de personalidad resistente ha estado ligado al campo de la salud desde su primera formulación. En este sentido, se ha planteado la personalidad resistente como protectora de la salud física y psicológica y del bienestar personal. Los estudios que validan estos supuestos son numerosos desde las primeras investigaciones realizadas por Kobasa y su equipo (Kobasa 1979, 1982; Kobasa y Maddi, 1982; Kobasa et al., 1983). Algunos de estos estudios enfatizan la relación de la personalidad resistente con aspectos concretos de la salud física, como el trabajo de Zorilla, DeRubeis, y Redei (1995) que vincula este concepto con los niveles de cortisol en sangre. Otros trabajos enfatizan la relación de la personalidad resistente con la salud o bienestar psíquico; entre ellos, destacar aquellos que la vinculan con el síndrome de burnout en el colectivo de enfermería: así, diferentes investigaciones destacan su importancia como variable moduladora de los efectos del burnout en este colectivo profesional (e.g. Boyle et al., 1991; Garrosa et al., 2008; Harrison et al., 2002; Judkins et al., 2006; Lambert et al., 2007; Mc. Cranie et al., 1987; Topf, 1989; Williams, 1990, 2002).

Concretamente, Topf (1989) trabajó con una muestra de 100 enfermeras encontrando correlaciones significativas entre el índice global de personalidad resistente con el síndrome de burnout, en concreto con la escala de realización personal en el trabajo del MBI. Esta autora concluye que la dimensión de compromiso fue la única escala del constructo de personalidad resistente que explicaba porcentajes significativos de varianza en las dimensiones de agotamiento emocional (12%) y realización personal (7%), no resultando significativa la varianza explicada en la dimensión de despersonalización. También el estudio de Boyle et al. (1991) encuentra resultados similares. Estudios más recientes como el realizado por Judkins et al. (2006) vinculan la personalidad resistente con la frecuencia de bajas por enfermedad entre los profesionales, llegando a la conclusión de que aquellos que poseen este tipo

de personalidad son más resistentes a los efectos del estrés y causan menores bajas por enfermedad. Los resultados de su estudio son concordantes con los obtenidos por Kenney y Bhattacharjee (2000), quienes encontraron niveles elevados de síntomas físicos de estrés cuando existían medidas bajas de este tipo de personalidad. En un contexto más cercano, Garrosa et al. (2008) concluyen en un estudio realizado con enfermeras, que se hace necesario un modelo integrativo del SQT que contemple, tanto las variables organizacionales como las variables de personalidad resistente, a la hora de establecer programas de prevención y tratamiento del síndrome en los contextos asistenciales.

Este constructo de personalidad resistente o “dureza” también ha sido asociado a otras variables laborales importantes para la organización, como la satisfacción laboral, el intento de abandono del puesto, el absentismo, o los estilos de afrontamiento (Larrabee, Janney, Ostrow, Withrow, Hobbs y Burant, 2003; Judkins, 2001; McNeese-Smith, 1999; Ruggiero, 2005; Simoni y Paterson, 1997). De acuerdo a los resultados de estos estudios, los hallazgos más relevantes indican que la personalidad resistente dotaría de un mayor control y habilidad para hacer frente a los estresores laborales de forma activa y no evitativa, disminuiría el abandono del puesto de trabajo y el absentismo, e incrementaría la satisfacción laboral.

Por otro lado, y dentro de este marco conceptual no faltan estudios que tratan de instaurar programas de intervención, con el objeto de fomentar o desarrollar este tipo de personalidad en los profesionales de enfermería (especialmente en los gestores de personal/supervisores), y así poder prevenir las consecuencias negativas que el estrés laboral crónico puede tener sobre la organización y la salud de los profesionales. Dichos estudios afirman que la personalidad “hardiness” puede ser aprendida (Judkins e Ingram, 2002; Judkins et al., 2006; Rowe, 1999; Tierney y Lavelle, 1997)). Así, por ejemplo, en un trabajo reciente desarrollado por Judkins et al. (2006) con supervisores de enfermería de distintas áreas, se somete a prueba la efectividad de un programa de entrenamiento en personalidad resistente. Estas autoras confirman la eficacia de este tipo de entrenamiento siempre que éste se

refuerce a lo largo del tiempo y como mínimo manteniendo ese refuerzo hasta los 18-24 meses. Dichos programas de entrenamiento se convierten en una herramienta útil para la organización, ya que los supervisores con niveles más altos en personalidad resistente son profesionales más comprometidos y con tendencia a crear un ambiente laboral más positivo y creativo. La consecuencia final de todo ello, es que estos programas pueden mejorar el entorno laboral, incrementando la satisfacción con el trabajo y reduciendo la frustración, el síndrome de burnout, el absentismo y el abandono del puesto laboral en los profesionales, así como mejorando la calidad de servicio ofrecido a los usuarios (resultados en el paciente). Gran parte de estos estudios se han realizado con supervisores de enfermería, pues éstos constituyen un eslabón intermedio en la organización y suponen la fuente de apoyo y de referencia para el personal de enfermería que trabaja a su orden. Se asume que son ellos los principales responsables en la creación y desarrollo de un ambiente laboral óptimo, al tiempo que son los responsables de tomar importantes decisiones y de promover la resolución de conflictos. Potenciar en ellos este tipo de personalidad puede contribuir a mejorar los aspectos laborales previamente citados (Judkins y Furlow 2003; Judkins et al., 2006; Lambert et al., 2004; McGoldrick, Menschner y Pollok, 2001; Shullanberger, 2000).

En España, son escasos los estudios realizados sobre las relaciones entre estrés, personalidad resistente y el síndrome de burnout en el colectivo de enfermería. La mayoría de los estudios encontrados se centran en el colectivo docente y encuentran la tendencia anteriormente comentada, en la que la dimensión de compromiso es la que más peso tiene en su relación con el síndrome de burnout (Gil-Monte y Peiró, 1997; Moreno et al., 2000). Concretamente, Moreno et al. (2000) parecen confirmar el modelo de personalidad resistente propuesto por Kobasa (1982) con los resultados obtenidos en su estudio: los profesores con puntuaciones más altas o intermedias en personalidad resistente mostraban índices menores de estrés de rol, agotamiento emocional, actitudes de despersonalización y falta de realización personal en su trabajo, que los profesores con puntuaciones más bajas en personalidad resistente. En este estudio, además, la característica de “control” parece tener una relevancia importante a la hora de predecir

globalmente el burnout y dos de sus dimensiones, el agotamiento emocional y la falta de realización personal en el trabajo. Por lo que respecta a las relaciones de la personalidad resistente-salud, este estudio obtiene relaciones significativas con la sintomatología psicológica y no con la física. También un estudio anterior de Moreno et al. (1997) obtenía este resultado, reflejando una asociación significativa de la personalidad resistente con la sintomatología psíquica, pero no con los síntomas físicos. Por su parte, el reciente estudio de Garrosa et al. (2008) realizado con 473 enfermeras y estudiantes de enfermería establece un modelo predictivo del SQT en el que los factores componentes de la personalidad resistente se relacionan de forma negativa con el mismo. Concretamente, estos autores obtienen que los factores de compromiso y control explican un 10% y un 9% de la varianza en agotamiento emocional y despersonalización, respectivamente, mientras que los factores de control y reto explican el 21% de la varianza de la falta de realización personal en el trabajo. En un trabajo previo ya Garrosa, Moreno, Rodríguez y Morante (2005) analizaron la importancia de los procesos emocionales de resistencia como factores predictores del SQT en personal de enfermería. En dicho estudio, no sólo incluyeron en el modelo el constructo de personalidad resistente, sino también otros factores personales de resistencia como la autoestima, el optimismo y la competencia emocional, llegando de nuevo a la conclusión que para poder comprender el fenómeno del SQT en el personal de enfermería es necesario incluir tanto los aspectos relativos a las condiciones laborales, como aquellos relativos a la vulnerabilidad o resistencia personales frente a las demandas laborales y situaciones estresantes que se puedan presentar en el contexto del trabajo. Se insiste aquí en la importancia de la competencia emocional y el sentimiento de autoeficacia personal como recursos importantes con los que los profesionales pueden amortiguar los efectos nocivos de los estresores en su entorno laboral.

Otro estudio realizado con terapeutas ocupacionales (Moreno et al, 2003) también demuestra la capacidad predictiva de la personalidad resistente sobre el síndrome de burnout a través de mecanismos directos e indirectos. En este trabajo los autores demuestran que la mayor asociación se da entre la personalidad resistente y la dimensión de agotamiento emocional, sobre todo a

través de la dimensión de compromiso. De este modo, los individuos más comprometidos son los que más evitan el distanciamiento y tienden a utilizar estrategias de coping más adaptativas, perciben las condiciones laborales menos amenazantes y, por tanto, reducen su vulnerabilidad al síndrome de quemarse por el trabajo. Estos autores concluyen también que el efecto de la personalidad resistente es diferente atendiendo a las dimensiones que la configuran: mientras que la dimensión de compromiso parece tener un efecto predictivo más directo, la de control posee un mayor efecto indirecto, y la dimensión de reto no se muestra asociada al síndrome.

Otro estudio realizado con profesorado de primaria (Moreno, Arcenillas, Morante y Garrosa, 2005) también analiza la influencia de las variables de optimismo y personalidad resistente en el desarrollo del síndrome de burnout. Este trabajo concluye afirmando que las variables de personalidad “optimismo” y la dimensión de “compromiso” del constructo personalidad resistente, son las que parecen desempeñar un papel modulador en el desarrollo del síndrome.

Otro trabajo realizado con bomberos (Moreno et al, 2006) también pone de manifiesto la influencia moduladora de la personalidad resistente sobre el síndrome de burnout. Concretamente, los autores describen que el componente de reto actúa como un factor, directo e indirecto, en la asociación de los estresores organizacionales con el síndrome, mientras que la dimensión de compromiso modularía la relación entre el burnout y la sintomatología asociada al mismo. Los resultados que obtienen indican, además que las puntuaciones elevadas en personalidad resistente se relacionan con una menor sintomatología asociada, siendo la dimensión de compromiso la única variable que influye de forma moderadora sobre dicha sintomatología.

Después de toda la revisión realizada, parece evidente la necesidad, como bien proponen Peñacoba y Moreno (1998), de investigaciones que traten de clarificar el concepto de personalidad resistente, con una mayor base empírica y utilizando para ello la metodología más adecuada. Por otro lado, ha de emplearse una única medida para la evaluación de este constructo, con el fin de interpretar mejor los resultados obtenidos en las investigaciones, además

de establecer un sistema de clasificación apropiado que sea coherente con su definición teórica.

Se requiere, en definitiva, un mayor rigor metodológico, a través del empleo de diseños longitudinales y experimentales, el control de variables confundidoras como el neuroticismo, el empleo de indicadores objetivos, escalas de medida fiables, así como la utilización de técnicas estadísticas apropiadas (path-analysis, regresión) que permitan clarificar los efectos mediacionales de este constructo en la relación estrés-salud/enfermedad (Godoy y Godoy, 2002; Peñacoba y Moreno, 1998).

2.2.3 Otras variables de personalidad y SQT

Entre las variables facilitadoras del síndrome de quemarse por el trabajo, se ubican las variables de personalidad. Dentro de éstas han sido numerosas las variables estudiadas en relación con el burnout: neuroticismo, patrón tipo A, autoconfianza, locus de control, etc. (Gil-Monte, 2005; Gil-Monte y Peiró, 1997; Moreno et al., 2002).

Desde el denominado enfoque salutogénico de salud, se ha enfatizado en los últimos años el estudio de las variables de personalidad tratando de vincularlas al síndrome de burnout. Entre ellas, son especialmente relevantes las variables personales activas y positivas que identifican un estilo de conducta ante los factores de estrés (Moreno et al., 2002).

Parece existir un cierto grado de consenso entre los investigadores al considerar que los profesionales más vulnerables a padecer el síndrome de burnout son sujetos empáticos, sensibles, humanos, altamente identificados con su trabajo, idealistas, altruistas, entusiastas, obsesivos y susceptibles de identificarse excesivamente con los demás (Gil-Monte y Peiró, 1997). Ya Freuberger (1974) describió unos perfiles de personalidad propios de las profesiones cuidadoras o de ayuda, que podían estar asociados a una mayor vulnerabilidad a los efectos del burnout; describió así tres perfiles básicos:

personas dedicadas y excesivamente implicadas con su trabajo, personas que usan el trabajo como centro de su vida al no disponer de una vida satisfactoria fuera de su entorno laboral, y personas autoritarias o sumamente controladoras, que se consideran imprescindibles en su trabajo. Con respecto a esta última característica, se puede comentar que esta pérdida de control sobre los distintos sucesos vitales estresantes a los que se enfrenta la persona en su desarrollo profesional, ha sido estrechamente ligada al síndrome de burnout a lo largo de la literatura revisada. En este sentido, estudios como el de Schmitz, Neuman y Opperman (2000) reflejan que las enfermeras que se percibían con escaso control sobre los sucesos vitales eran más vulnerables al estrés y burnout comparándolas con aquellas que se percibían con control personal sobre los acontecimientos de sus vidas. Otro estudio realizado por Escribá et al. (2006) reflejó que la probabilidad de encontrar mayores niveles de agotamiento emocional se daba en aquellos profesionales expuestos a elevadas demandas psicológicas y con una percepción de escaso control sobre su trabajo, además de un escaso apoyo social por parte de sus jefes/supervisores.

Por otro lado, la personalidad de los profesionales sanitarios en general, a menudo se describe como compulsiva y orientada a los logros, lo cual tendría unas consecuencias en el ámbito personal: dificultad para relajarse, para sacar tiempo libre que dedicar a la vida familiar, un excesivo sentido de responsabilidad por cosas que superan el propio control, etc... (Usha Rout, 2002).

Como ya se ha comentado, entre las variables de personalidad más estudiadas en relación con el síndrome del burnout, destacan: el patrón de conducta tipo A, el locus de control y los estilos de atribución, así como también los rasgos de ansiedad y neuroticismo. Por otro lado, las estrategias de afrontamiento pueden ser incluidas también dentro de las variables de tipo personal o individual que han sido bastante estudiadas con relación al desarrollo del síndrome de quemarse por el trabajo. Pasaré a continuación a comentar algunos de los hallazgos presentes en la literatura previa respecto a estas variables de personalidad y su relación con el SQT:

* El **patrón de personalidad tipo A** es el habitualmente asociado a una mayor vulnerabilidad a las enfermedades coronarias y alteraciones cardiovasculares. Dicho patrón describe a sujetos proclives a manifestar impaciencia, urgencia temporal, competitividad, agresividad, alta motivación de logro, habla y gestos bruscos, y un excesivo compromiso por el trabajo. En relación al síndrome de burnout, existe evidencia empírica de que los sujetos tipo A se sienten significativamente más quemados por el trabajo, concretamente puntúan más alto en agotamiento emocional y despersonalización según el MBI (Gil-Monte, 1997). Así, en un estudio de Hallberg, Johansson y Schaufeli (2007) llegaron a la conclusión que el aspecto del patrón de conducta tipo A que más estaba relacionado con la génesis del SQT era la irritabilidad y la impaciencia, mientras que el afán de logro típico de este patrón de conducta no constituía un factor “tóxico” para el desarrollo del síndrome y se relacionaba más estrechamente con el compromiso o la ilusión con el trabajo. Por otro lado, otro estudio de Hernández y Olmedo (2004), pone de manifiesto cómo las personas con patrón de conducta tipo A incrementan su probabilidad de exposición a estresores laborales y presentan más agotamiento emocional y más despersonalización, que las personas que no presentan dicho patrón de conducta.

* Cherniss (1980) señalaba ya inicialmente la importancia que podía tener un nivel alto de **ansiedad** en la aparición del síndrome de burnout. Así mismo, otros estudios más recientes como el de Dorz et al. (2003) llegan a la misma conclusión. Concretamente, estos autores concluyeron que la ansiedad estaba asociada a menores niveles de realización personal en el trabajo.

* Con respecto a la variable **neuroticismo**, y de acuerdo con las líneas teóricas mayormente argumentadas que defienden una mayor propensión al estrés y al síndrome de burnout en aquellos sujetos con más rasgos de neuroticismo (e.g. Cherniss, 1980; Maslach, 1982), encontramos estudios, como el de Kokkinos (2007), que encuentran que dicha variable de personalidad es un predictor común de todas las dimensiones que constituyen el SQT. No obstante, también existen trabajos que llegan a conclusiones opuestas, como el estudio de Hernández y Olmedo (2004), cuyos resultados

reflejaron que las personas que puntuaban alto en neuroticismo eran aquellas que presentaban menor cansancio emocional y menor despersonalización.

* Cuando nos referimos a la **depresión ó rasgos personales depresivos**, como variable de tipo personal relacionada con el síndrome de burnout, los resultados también son poco concluyentes. Autores como Zaft, Seifert, Schumutte, Mertini y Holz (2001) demostraban que algunas características propias de los sujetos “depresivos” (emociones negativas, disonancia emocional, etc) correlacionaban positivamente con el agotamiento emocional y la despersonalización, destacando la relevancia de esta última dimensión en la asociación burnout-depresión. Otros estudios, sin embargo, sostienen que las relaciones se establecen entre el agotamiento emocional y la depresión, descartando las relaciones con la dimensión de despersonalización.

En nuestro contexto sociocultural, son escasos los trabajos centrados en el estudio de estas variables. Un estudio de Hernández, Olmedo e Ibáñez (2004) concluyó que las personas con mayores actitudes de despersonalización eran aquellas que presentaban mayor nerviosismo y ansiedad, y más apatía y bajo rendimiento, con respecto a los síntomas de depresión. Sin embargo, los resultados obtenidos para la dimensión de agotamiento emocional son poco esclarecedores, ya que encontraron que las características de personalidad que diferenciaban a las personas que mayor agotamiento emocional obtenían con respecto a los factores de depresión eran, que sentían menos nerviosismo y ansiedad; resultado sorprendente que iba en contra de sus supuestos teóricos de partida.

* El **locus de control** es otra variable que se asocia de forma significativa con el síndrome de burnout. Esta variable hace referencia a la creencia generalizada que posee la persona de que los eventos de la vida y sus consecuencias son controlados por sus propias decisiones y acciones (locus interno). En relación con el SQT, existe evidencia empírica que sostiene que las personas con locus de control externo son más vulnerables a padecer el síndrome. En concreto, cuando éste es medido a través del MBI, el locus de control se asocia especialmente a la dimensión de realización personal en el

trabajo, de forma que los sujetos con locus de control externo experimentan más frecuentemente bajos sentimientos de realización personal en el trabajo que aquellos que poseen un locus de control interno (Gil-Monte y Peiró, 1997; 2005). En este sentido, Boyle, Grap, Younger y Thornby (1991) ya afirmaron que las personas con baja autoconfianza, un locus de control externo y un patrón de conducta tipo A, eran más propensos a experimentar sentimientos relacionados con el síndrome de estar quemado por el trabajo.

Por otro lado, y ya centrándonos en nuestro contexto sociocultural, un estudio realizado por Buendía y Riquelme (1995) encuentra esta tendencia, señalando que en las personas que presentan un locus de control externo, existe una mayor percepción de estrés, si bien ésta se asocia estrechamente con sentimientos de agotamiento emocional. Otro estudio más reciente de Hernández y Olmedo (2004) también encontró relaciones positivas entre la dimensión de despersonalización del síndrome y el factor de locus de control externo, reflejando que en el plano profesional los “externos” presentan más estrés, mayor nivel de despersonalización y “se queman más”.

* Los “**estilos de atribución**” denotan un constructo parecido al de locus de control. En este caso, los sujetos “internos” frente a los “externos” perciben que tienen más control de las situaciones estresantes, lo que influye a su vez sobre las estrategias de afrontamiento adoptadas, que resultan ser más eficaces (afrontamiento activo y centrado en el problema). En cambio, los “externos” son más proclives a la indefensión, empleando estrategias de afrontamiento de estilo pasivo/evitativo o centrado en la emoción (Gil-Monte y Peiró, 1997). Dentro de este contexto, un estudio desarrollado con profesorado (Massanero, García, Torren, Ramis, Vázquez y Ferrer, 2005) llegó a asociar distintas dimensiones causales de los fenómenos estresantes con las tres dimensiones del burnout. En concreto, concluyeron en su estudio que a mayor agotamiento emocional y despersonalización, los sujetos presentaban percepciones de causas más estables, globales e intencionales con respecto a los sucesos o situaciones estresantes, mientras que la mayor realización personal se correspondía con percepciones de causas más inestables, más específicas y más controlables.

* Las **estrategias de afrontamiento** desde el modelo transaccional del estrés (Lazarus y Folkman, 1986) son concebidas como un proceso dinámico del “yo” más que meramente como un “estilo o rasgo” de personalidad. Desde este enfoque se asume que el individuo percibe, interpreta y actúa dentro de un contexto específico. Estos autores definen el afrontamiento como *proceso* caracterizado por tres aspectos principales: a) hace referencia a las observaciones y valoraciones relacionadas con lo que el individuo piensa o hace, b) lo que el sujeto piensa o hace, es analizado dentro de un contexto específico, y c) hablar de *proceso* significa hablar de un cambio en los pensamientos y actos a medida que la interacción sujeto-entorno va desarrollándose, siendo dicho cambio consecuencia de las continuas evaluaciones y reevaluaciones de la cambiante relación individuo-entorno. Desde este modelo, pues, se destaca la importancia de la evaluación cognitiva como mediador esencial de las reacciones de estrés a los estímulos potencialmente estresantes.

Han sido numerosos los autores que han tratado de estudiar estas estrategias o estilos de afrontamiento, relacionándolas con la génesis y desarrollo del SQT. En general, la tendencia teórica asumida por la mayor parte de los investigadores propone que las estrategias de afrontamiento modularán buena parte de las respuestas que el sujeto dé ante las situaciones amenazantes o estresantes, de manera que los sujetos con mayor tendencia a estrategias centradas en la emoción serán aquellos que presenten mayor vulnerabilidad al síndrome de quemarse por el trabajo, frente a aquellos sujetos que utilicen más estrategias de afrontamiento centradas en el problema.

Algunos trabajos, como el de Dorz et al. (2003), reflejan que dichas estrategias de afrontamiento son factores predictivos de las dimensiones que configuran el síndrome. Concretamente, estos autores aluden al uso de “humor negro” como una estrategia de afrontamiento inadecuada asociada a una mayor presencia de agotamiento emocional y despersonalización. Otro estudio realizado en el ámbito de la educación (Pinto, Lima y Silva, 2005), mostraba el papel mediador o moderador de las estrategias de afrontamiento en la relación

estrés-burnout, y además concluía que la dimensión de despersonalización del síndrome de burnout venía a representar una forma de coping/afrontamiento disfuncional, mientras la dimensión de agotamiento emocional aparecía como una reacción al estrés, en los análisis de regresión realizados. También otro estudio de Narumoto, Nakamura, Kitabayashi, Shibata, Nadamae y Fujui (2008) llega a la conclusión que la personalidad influye en el desarrollo del SQT a través de las estrategias de afrontamiento adoptadas por los profesionales cuidadores. Concretamente, en su estudio encontraron que la estrategia de afrontamiento centrada en la emoción y la puntuación obtenida en el cuestionario de salud GHQ-30 eran predictores significativos de los niveles obtenidos en el agotamiento emocional, mientras que el factor del neuroticismo y la edad eran predictores significativos de los niveles obtenidos en la dimensión de despersonalización. Por tanto, según los datos obtenidos en esta investigación, un elevado neuroticismo y un mayor uso de estrategias centradas en la emoción se asocian a unos mayores niveles de SQT. Sin embargo, no todos los estudios llegan a resultados tan concluyentes; así, un estudio realizado con personal sanitario (Hernández et al., 2004) indicaba pocas relaciones y de escasa magnitud entre ambas variables. Concretamente, estos autores encontraron relaciones positivas entre algunas dimensiones del síndrome de burnout y estrategias de afrontamiento centrado en la emoción: escape-evitación (mayores niveles de agotamiento emocional) y distanciamiento y confrontación (mayores niveles de despersonalización). Además, pudieron comprobar cómo los sujetos “altamente quemados” tendían a utilizar como estrategias centradas en la emoción, mientras que los “poco quemados” tendían a la utilización de estrategias centradas en el problema. Si bien se daba esta tendencia general, los autores al dividir la muestra en grupos extremos, concluyen que no todos los resultados encontrados siguen la línea de lo esperado, porque si bien sobre la base del constructo general (burnout total) se cumple el marco teórico de partida, cuando se pasan a considerar por separado las dimensiones que configuran el síndrome, los resultados llegan a ser contradictorios a dichos supuestos teóricos.

En general y de forma sintética, se puede decir que existe evidencia empírica de que los sujetos con un patrón de personalidad tipo A, un locus de

control externo y una baja autoconfianza son, con más frecuencia, vulnerables para experimentar emociones y actitudes del síndrome de quemarse por el trabajo.

En otra línea de investigación diferente, también encontramos estudios que tratan de relacionar determinados perfiles de personalidad con la vulnerabilidad a experimentar el SQT. Tal es el caso de los trabajos, que han intentado relacionar el síndrome de burnout con los factores de personalidad correspondientes al modelo de los “Big Five”. Este modelo constituye un intento para resolver la cuestión de cuántas y cuáles son las dimensiones o factores básicos que constituyen las diferencias sobre la manera en que las personas sienten, piensan y se comportan. Desde este marco, se proponen finalmente cinco factores básicos de personalidad: extraversión, afabilidad, tesón, apertura mental y neuroticismo o inestabilidad emocional. Partiendo de este modelo, Bakker, Van der Zee, Lewing y Dollard (2006) llegaron a la conclusión de que la personalidad puede ayudar a proteger a los profesionales de servicios humanos de los factores de riesgo conocidos para experimentar el SQT. Concretamente, la personalidad moderaría los efectos de las experiencias negativas estresantes. En su estudio, se observó que el factor de Inestabilidad Emocional constituía un factor de personalidad clave, pues se relacionaba de forma significativa con las tres dimensiones del SQT. También otro trabajo de Langelaan, Bakker, van Doornen y Schaufeli (2006) mostró diferencias en rasgos de personalidad y temperamento entre profesionales “quemados” y “no-quemados”, y aquellos “comprometidos” y “no-comprometidos” con su trabajo. Estos autores llegaron a la conclusión que un alto neuroticismo constituía el núcleo del SQT, mientras que el compromiso o la ilusión hacia el trabajo estaba caracterizado por un bajo neuroticismo y un alto nivel de extraversión y apertura o adaptabilidad hacia los cambios.

Además de estas variables de personalidad típicas que se han comentado, resulta relevante un nuevo constructo de personalidad desarrollado por Denollet en 1995. Este autor acuña el término de personalidad tipo D, para hacer referencia a una estructura de personalidad relativamente estable que implica la presencia de una amplia variedad de emociones negativas (disforia,

ansiedad, visión negativa de sí mismo, irritabilidad, etc), así como una falta de expresión de las mismas (sujetos tensos, inhibidos, inseguros en la relación con otros). Afectividad Negativa e Inhibición Social serían las dos dimensiones centrales que configuran este tipo de personalidad. Este tipo de personalidad guarda aspectos similares con el patrón de conducta tipo C, y sobre todo con dos rasgos de personalidad básicos: neuroticismo e introversión (Juczynski y Oginska-Bulik 2004; Oginska-Bulik y Juczynski 2004). Desde que surgiera este constructo, son varios los estudios que ponen de manifiesto que este tipo de personalidad constituye un factor de riesgo importante para ciertas enfermedades, especialmente los trastornos cardiovasculares (Denollet, 1998, 2005.). Según este modelo, se asume que los sujetos con este tipo de personalidad perciben su entorno laboral de modo más estresante y, por tanto, experimentarán un mayor número de consecuencias negativas del estrés, tales como el síndrome de burnout y trastornos en su salud psíquica (Oginska-Bulik, 2006). Esta autora encontró que las dos dimensiones citadas, que constituyen el constructo “type D” de personalidad, son predictoras del estado general de salud, y que la afectividad negativa o tendencia a experimentar emociones negativas, es la dimensión que más contribuye al desarrollo del síndrome de burnout, afectando de forma específica al agotamiento emocional y a la falta de realización personal en el trabajo. Se concluye con este estudio que este tipo de personalidad juega un papel importante en la percepción que los profesionales tienen de los estresores laborales, y en el desarrollo de distintas consecuencias negativas para su salud. Muy relacionado también con el manejo emocional, con la identificación y el control de las emociones, existen estudios, como el de Mattila, Ahola, Salminen, Huhtala y Joukamaa (2007), que relacionan el desarrollo del SQT con el rasgo de alexitimia como un factor de riesgo independiente, y una vez controlado el efecto de otras variables confundidoras como la depresión.

Por otro lado, también se ha estudiado la relación del SQT con el concepto de Inteligencia Emocional Percibida (IEP), definido por Mayer y Salovey (1997) como “el resultado de una interacción adaptativa entre emoción y cognición que incluye la habilidad para percibir, asimilar, entender y manejar las emociones propias y la capacidad para detectar e interpretar las emociones

de los demás” (Citado en Augusto, Berrios, López y Aguilar, 2006). Algunos estudios, como el de Augusto et al. (2006), ponen de manifiesto que esta variable personal y variables de personalidad como el afecto positivo y negativo se relacionan positivamente con la salud y la satisfacción laboral, y negativamente con el estrés y/o el síndrome de burnout.

Dentro del contexto sanitario y en nuestro entorno sociocultural, tampoco han faltado los estudios que han tratado de delimitar las variables de personalidad vinculadas al desarrollo del burnout. Alguno de ellos, como el realizado por Reig y Caruana (1990), se opone a la tendencia anteriormente señalada respecto al patrón tipo A, al no encontrar asociación alguna entre este estilo personal de conducta y el estrés laboral medido en su estudio.

Cebria, Segura, Corbella, Comas, García, Rodríguez, Pardo y Pérez (2001) encontraron en su estudio asociaciones significativas entre algunos rasgos de personalidad (inestabilidad emocional, elevada tensión y ansiedad) y puntuaciones altas en burnout, dentro del colectivo médico.

Por lo que respecta al colectivo de enfermería, también existen numerosos estudios que vinculan las variables de personalidad al desarrollo de este síndrome (e.g. Bencomo, Paz y Liebster, 2004; Mc.Cranie et al., 1987; Novoa, Nieto, Forero, Caicedo, Palma, Montealegre, Bayona y Sánchez, 2005; Oginska-Bulik, 2006; Olmedo, 1996; Riding y Wheeler, 1995; Williams, 1990).

En general, estos trabajos analizan estas variables personales no como desencadenantes del síndrome, sino como moduladoras de las respuestas al estrés laboral. Así, por ejemplo, Bencomo et al. (2004) señalan en su trabajo que el síndrome de agotamiento no se relaciona con una “personalidad tipo”. Estos autores asocian determinados rasgos de personalidad (medidos con el MMPI) con la capacidad de ajuste psicológico de un sujeto. En concreto, señalan que los “sujetos agotados” presentan rasgos de personalidad como: sensibilidad a la crítica, desconfianza hacia los demás y dificultad para establecer contactos sociales. Los “no agotados” presentan rasgos como: optimismo, perspectiva realista ante acontecimientos y capacidad para

establecer contactos interpersonales. Otro estudio que analiza la relación entre perfiles de personalidad y los efectos del estrés asistencial es el estudio realizado por Novoa et al. (2005). Estos autores encontraron en su trabajo que los factores de personalidad “prudente-impulsivo”, “confiado-celoso” y “sumiso-dominante” (evaluados mediante el 16 PF de Catell) eran predictores del desempeño ocupacional. Además, encontraron correlaciones significativas entre la dimensión de despersonalización del MBI y los factores de personalidad “sumiso-dominante”, “prudente-impulsivo”, “confiado-celoso”, “práctico-soñador” y “seguro-inseguro”. Así mismo, encontraron correlaciones significativas para la dimensión de realización personal del MBI con los factores de personalidad “sumiso-dominante” y “prudente-impulsivo”. Los autores concluyen, de esta manera, en la escasa influencia de los factores de personalidad estudiados sobre la dimensión de agotamiento emocional, siendo la dimensión de despersonalización la más asociada con los perfiles valorados, destacando que las personas con patrones conductuales impulsivos y dominantes tienen una menor predisposición al abandono de su realización personal.

El estudio de las variables de personalidad ligadas al desarrollo del síndrome de quemarse por el trabajo queda justificado por el papel desempeñado por éstas como moderadoras de la relación entre estrés y sus consecuencias sobre la salud (Cohen, 1989) y sobre la organización. Delimitar cuáles son las variables de personalidad que puedan ser “protectoras” frente a los efectos adversos del estrés laboral, puede ayudar posteriormente a iniciar programas de prevención/intervención, en los que el moldeamiento de estas variables contribuya a reducir la prevalencia del síndrome de burnout en las organizaciones de la salud.

CAPITULO 3

CONSECUENCIAS DEL SQT

3.1 SQT y satisfacción laboral

Entre las consecuencias que se asocian al estrés laboral en las organizaciones de servicios, destacan la disminución de la satisfacción laboral, el absentismo laboral elevado, la propensión al abandono del puesto de trabajo y/o de la organización, además del deterioro de la calidad de servicio que la organización ofrece (Gil-Monte y Peiró, 1997; Gil-Monte, 2005). Estas consecuencias del estrés laboral repercuten sobre los objetivos y resultados de las organizaciones, afectando al grado de calidad y eficacia de los servicios prestados (Del Ríos Moro et al., 2005).

La satisfacción laboral constituye uno de los indicadores más clásicos a los que se recurre cuando se persigue conocer la actitud general de las personas hacia su vida laboral, ya que es un aspecto que puede influir tanto sobre la cantidad y calidad del trabajo que los individuos desarrollan, como sobre otras variables laborales tales como el absentismo y la propensión a abandonar la organización.

En general, existe bastante consenso en considerar la satisfacción laboral como una actitud compuesta por elementos afectivos, cognitivos y conductuales, que tiene una persona hacia su trabajo (Sáez, 1999). Una de las definiciones más citadas es la de Locke (1976), quien define la satisfacción como “un estado emocional positivo ó placentero resultante de una percepción subjetiva de las experiencias laborales de la persona” (citado en Sáez, 1999, pág. 131).

A lo largo del siglo XX han sido numerosos los trabajos que se han centrado en este tema, ofreciendo enfoques teóricos muy diferentes. Entre las primeras aportaciones, Frank Taylor (1911) asumía que la satisfacción laboral dependía totalmente del salario recibido (refuerzo extrínseco o recompensa), mientras que otros teóricos como Elton Mayo (1945) defendían que la interacción del individuo con el grupo era el determinante más importante de la satisfacción en el trabajo (Citado en Del Ríos, Perezagua, Villalta y Sánchez, 2005).

De acuerdo a la exposición que hace Sáez (1999), siguiendo a Bravo et al. (1996), se pueden destacar cuatro enfoques teóricos sobre la satisfacción laboral:

1. *Enfoque bifactorial*

Es el propio de la teoría de los dos factores de Herzberg et al. (1959). Esta teoría, basada en el modelo de Maslow (1954), distingue dos grupos de factores asociados a la satisfacción laboral: los factores de contexto (extrínsecos) y los de contenido (motivadores, intrínsecos). En este sentido, la teoría propone que los segundos (asociados a las necesidades superiores en la jerarquía de Maslow) serían los que determinan la satisfacción laboral, mientras que los primeros (asociados a las necesidades más básicas) si no están cubiertos debidamente condicionan la insatisfacción con el trabajo.

2. *Teorías basadas en el concepto de discrepancia*

En éstas, la satisfacción laboral es el resultado de procesos de comparación intrapersonal (teoría del ajuste en el trabajo y teoría de la discrepancia), interpersonal (teoría del grupo de referencia), o ambos (modelo de satisfacción de facetas).

3. *Modelos situacionales*

Se trata de enfoques que enfatizan la consideración de factores situacionales como el contexto social en el que la persona se desenvuelve, a la hora de investigar sobre esta variable laboral.

4. *Enfoque dinámico*

Mientras lo modelos anteriores (estáticos) primaban los aspectos cuantitativos de la satisfacción, desde este enfoque, la satisfacción laboral se entiende como el resultado de un proceso de interacción entre el individuo y su situación de trabajo, donde el “control” desempeña un papel importante (como mecanismo regulador de dicha interacción) y, como consecuencia, puede influir en la situación laboral. En este sentido, la cantidad y calidad de la satisfacción laboral vendrá determinada por la congruencia entre el “valor real” o grado en

el que las características están en la situación de trabajo, y el “valor nominal” o criterio establecido por la propia persona respecto a las características de trabajo que desea encontrar.

Por lo que respecta a la evaluación de esta variable, no siempre queda claro lo que se está midiendo. Existe bastante confusión conceptual en muchos de los instrumentos de medida y, por otro lado, la forma de evaluar este fenómeno varía en función de la perspectiva teórica adoptada (Sáez, 1999). En general, las escalas constituyen el método más frecuentemente utilizado, y entre ellas, existen instrumentos de medida de satisfacción laboral global (los primeros desarrollados), instrumentos que miden facetas de la satisfacción laboral de máxima generalidad (p. ej. El cuestionario de satisfacción laboral S10/12 de Meliá y Peiró, 1989), e instrumentos que evalúan la satisfacción laboral para ocupaciones específicas (p. ej. El cuestionario Modular de satisfacción laboral de profesionales de la salud [BOP], de Bravo et al., 1991). Entre estos últimos, ubicamos también el cuestionario “Font Roja” (1988), muy utilizado en el ámbito hospitalario, como instrumento de medida de esta variable, desde el marco de la implantación de un modelo de Calidad Total dentro de los contextos u organizaciones sanitarios (e.g. Fernández, Omínelo, Villanueva, Andrade, Rivera, Gómez y Parrilla, 2000; Fernández, Villagrasa, Gamo, Vázquez, Cañas, Aguirre y Andradas, 1995; Mira, Vitaller, Buil, Aranaz y Rodríguez, 1994; Varella, Ferreiro, Fontao y Martínez, 2004).

Numerosas variables parecen estar relacionadas de forma significativa con la satisfacción laboral. En general, las podemos agrupar en variables antecedentes (personales y condiciones de trabajo), consecuencias (absentismo, intención de rotación y rotación propiamente dicha) y otras variables (rendimiento, burnout y compromiso organizacional), que no presentan patrones consistentes en la dirección de la relación establecida con la satisfacción laboral (Sáez, 1999):

a) Características personales

Existen estudios que se centran en investigar en qué medida las diferencias en satisfacción laboral pueden ser atribuidas a variables de personalidad. Se resalta aquí la importancia de los constructos afectivos y rasgos de personalidad como antecedentes de la satisfacción laboral.

Los factores personales estudiados han sido la afectividad negativa (temor, timidez, suspicacia, insatisfacción) y la afectividad positiva (entusiasmo, optimismo, sentimiento de gratificación). Parece ser que las personas con alta afectividad negativa son más introspectivas y tienen una perspectiva más negativa de la vida y de sí mismos, por lo que es más probable que experimenten estrés e insatisfacción, que los sujetos con una mayor afectividad positiva. Recientes estudios, como el de López, Osca y Peiró (2007) aluden a nuevas variables moduladoras de índole personal que pueden influir en la percepción del estrés y la satisfacción laboral. Estos autores hablan del constructo modulador de “implicación con el trabajo”, que se compone de tres dimensiones: identificación psicológica hacia el trabajo, contingencias-desempeño-autoestima, y sentimientos de deber y obligación hacia el trabajo. En su estudio concluyen que cuando la primera y la tercera de estas dimensiones son elevadas, el estrés por los logros conseguidos y el desarrollo de la carrera profesional, y por las relaciones sociales, no influye sobre la satisfacción laboral. De aquí se deduce que la implicación con el trabajo amortigua la relación entre el estrés por dichas fuentes de presión y la satisfacción laboral, funcionando entonces a modo de estrategia para hacer frente al estrés. Estos resultados podrían tener una repercusión importante de cara a la elaboración y puesta en marcha de programas de intervención y prevención que contemplaran dicha variable como elemento diferenciador a tener en cuenta a la hora de valorar a las personas con mayor vulnerabilidad al estrés laboral.

En cuanto a las variables sociodemográficas, no parece existir acuerdo entre los diferentes estudios, sobre el hecho de que puedan existir diferencias significativas en satisfacción laboral basándose en diferencias de

género, edad y estado civil. Con referencia a éste último, autores como García-Izquierdo (1991) sugieren que la relación con la satisfacción laboral puede ser mejor explicada por otras variables afines como la calidad de la relación con la pareja y la existencia de hijos.

b) Condiciones de trabajo

Aquí el énfasis se pone en el grupo de variables del medio ambiente laboral, a la hora de explicar las diferencias en satisfacción laboral encontradas. Se incluyen aquí aspectos tan variados como las características y el diseño del puesto, el conflicto de rol, el control personal sobre el trabajo, el salario o sistema de recompensas, la participación en la toma de decisiones y el liderazgo, entre otros. Los instrumentos que tratan de evaluar la satisfacción laboral de los profesionales suelen centrarse mayormente en la satisfacción con las condiciones laborales.

c) Otras variables: La relación SQT-satisfacción laboral

La relación entre ambas variables es significativa de forma consistente en la literatura revisada. Los valores de correlación entre ambas variables oscilan entre $r = -.42$ y $r = -.64$ (Gil-Monte y Peiró, 1997). En concreto, si se utiliza el MBI, la satisfacción laboral está negativamente relacionada con los sentimientos de agotamiento emocional y despersonalización, y positivamente con la realización personal en el trabajo, siendo la correlación más intensa la que se establece con el agotamiento emocional (García, 1995; Piko, 2006; Sáez, 1997). No obstante, la relación causal entre estas variables ha sido objeto de controversia, pues establecer la direccionalidad de los efectos entre ambas parece constituir todo un problema. Para algunos autores, el burnout es antecedente de la satisfacción laboral, mientras otros encuentran lo contrario (Gil-Monte y Peiró, 1997; Piko, 2006; Sáez, 1999). En este sentido, Sáez (1997) dentro del ámbito sanitario, concluye que el clima laboral precede a la satisfacción y al burnout, mientras que la segunda precede al burnout. También Piko (2006) sugiere que la satisfacción laboral es un predictor negativo de cada una de las dimensiones que constituyen el MBI, pero sobre todo del

agotamiento emocional. Por el contrario, otros autores encuentran la dirección opuesta, sugiriendo que la satisfacción laboral es una consecuencia del burnout (Gil-Monte, 2005; Gil-Monte y Peiró, 1997). Grau (2007) concluye que es probable que la satisfacción laboral mantenga una relación bidireccional con el SQT, influyéndose ambos de forma recíproca. A esta problemática de direccionalidad en su relación puede estar contribuyendo un cierto solapamiento conceptual entre ambas variables, pues algunos de los ítems de la escala de realización personal en el trabajo del MBI denotan actitudes del sujeto hacia su trabajo, que pueden inducir a pensar que se está evaluando satisfacción laboral. De ahí la dificultad para ubicar la direccionalidad en la relación entre ambas variables (Gil-Monte y Peiró, 1997; Sáez, 1999).

En el ámbito sanitario, son muchos los estudios que se realizan para evaluar la satisfacción laboral de los profesionales de la salud. La importancia de estos estudios viene enmarcada en la relevancia actual de los modelos de Calidad Total dentro del contexto sanitario asistencial. Desde este marco, se entiende que la medida de la satisfacción laboral es un indicador de la calidad de la organización y de los servicios prestados (Fernández et al., 1995; Fernández et al., 2000; Mira et al., 1994; Molina y Ávalos, 2007; Varella-Centelles et al., 2004;). La mayoría de los estudios revisados en este contexto laboral, se centran en la medición del nivel de satisfacción laboral existente y en el análisis de sus componentes, además de relacionar los resultados con variables sociodemográficas de las muestras estudiadas. Algunos estudios, también relacionan la satisfacción laboral con el síndrome de burnout (Albadalejo et al., 2004; Boada et al., 2004; García et al., 2000; Haim et al., 2005; Jiménez et al., 2002; Lomeña et al., 2004; Molina y Ávalos, 2007; Piko, 2006; Piko, Jenaro, Flores y Arias, 2007; Ríos y Godoy, 2008b). Por otro lado, varias tesis doctorales de nuestro entorno también se han centrado en analizar la influencia de estas variables dentro de este contexto laboral (Fernández, 1998; Sáez, 1997; Grau, 2007). Así, Sáez (1997) especifica la direccionalidad de la relación entre ambas variables y concreta que existen diferencias en satisfacción laboral según el género (las mujeres puntúan más alto que los varones) y según la experiencia profesional (a más experiencia menor satisfacción laboral), de acuerdo con los resultados de su investigación. Por

otra parte, Fernández (1998) concluye en su estudio, que la satisfacción laboral de los profesionales sanitarios se asocia con una mejor salud mental y ausencia de síntomas de burnout. En concreto, especifica que la satisfacción con los aspectos intrínsecos del trabajo disminuye el burnout y que la satisfacción con los compañeros y los superiores protege del agotamiento emocional. Grau (2007), que ha realizado un estudio de tipo longitudinal con personal de enfermería, llega a la conclusión que las tres dimensiones del MBI medidas en un primer tiempo son antecedentes significativos de la satisfacción laboral que se mide en un segundo tiempo, aunque finalmente tras los análisis de regresión realizados esta autora propone que posiblemente la relación entre ambas variables pueda ser de tipo bidireccional, más que unidireccional. Por su parte, el estudio de Molina y Ávalos (2007) concluye que el 69,4% de la satisfacción laboral global podía ser explicada por el burnout y por variables sociodemográficas y laborales. Concretamente, estos autores describen que bajos niveles de satisfacción laboral se relacionaban con puntuaciones elevadas en las dimensiones de agotamiento emocional y despersonalización, y con bajas puntuaciones de realización personal en el trabajo. Destacan con su estudio, que el agotamiento emocional, la falta de realización personal y el área o bloque de trabajo influyen de forma determinante en la satisfacción laboral.

De forma parecida a como pasa con el burnout, los niveles de satisfacción que encontramos en la literatura consultada son, en su mayoría, moderados (Del Ríos et al., 2005; Fernández et al., 2000; García-Izquierdo et al., 2000; Lomeña et al., 2004; Molina y Ávalos, 2007; Ríos y Godoy, 2008b); Varella et al., 2004). En algunos de estos estudios, se ponen de manifiesto diferencias significativas de satisfacción laboral en función de determinadas variables. De esta manera, Fernández et al. (1995) encuentran que la satisfacción laboral es mayor en atención primaria que en el ámbito hospitalario y en los profesionales eventuales que entre los que tienen plaza en propiedad, no encontrando diferencias significativas respecto a otras variables como edad, género o antigüedad laboral. En esta misma línea, otro estudio realizado con el colectivo sanitario de enfermería por García et al. (2000) también pone de manifiesto la relación existente entre burnout, satisfacción y bienestar, destacando las

diferencias en satisfacción encontradas según numerosas variables: la experiencia profesional (a mayor experiencia menor satisfacción), el estado civil (mayor satisfacción en solteros y casados que en separados o viudos), el tipo de contrato (satisfacción mayor en eventuales o contratados frente a los que tienen la plaza en propiedad), el turno de trabajo (mayor satisfacción en el turno fijo de mañanas) y según el estamento profesional valorado (mayor satisfacción en los estamentos más cualificados: médicos y psicólogos, frente al resto de personal sanitario). Varella et al. (2004), en cambio, no encuentran diferencias significativas en satisfacción laboral según el sexo, o los años de ejercicio, si bien en su estudio concluye que la satisfacción laboral varía con la edad, estableciéndose una relación de tipo curvilíneo. Por otro lado, existen estudios en otros países, como el realizado por Piko (2006), que registra en su trabajo que la satisfacción laboral se encuentra influida por variables como el género y el nivel educativo, observando que las mujeres y los trabajadores con un mayor nivel educacional referían mayores niveles de satisfacción laboral.

En cuanto a las dimensiones de la satisfacción laboral analizadas (cuando se utiliza como instrumento de evaluación el cuestionario Font Roja), parece haber un consenso considerable en la literatura revisada, que concluye que las dimensiones de tensión laboral y de promoción profesional son las peor valoradas por los profesionales sanitarios, mientras que las dimensiones más valoradas son la competencia profesional y las relaciones con los compañeros (e.g. Fernández et al., 2000; Fernández et al., 1995; Helguera, Mozota y Zubieta, 1995; Jiménez et al., 2002; López-Soriano et al., 2001; Molina y Ávalos, 2007; Peñalver et al., 2007; Pérez y Díaz, 2007; Ríos y Godoy, 2008a,b,c,e). Si tenemos en cuenta específicamente al colectivo de enfermería, los resultados de los estudios parecen seguir esta misma dirección especificada. Un trabajo de revisión teórica realizado por Del Ríos et al. (2005) confirma esta tendencia: Lo que más satisface al colectivo enfermero es la competencia profesional (factor motivacional intrínseco) y las relaciones interpersonales en su lugar de trabajo, mientras que los motivos de mayor insatisfacción son la escasa posibilidad de promoción profesional, la falta de reconocimiento profesional y el salario. Estos autores, además concretan que la satisfacción en este colectivo suele ir asociada a una menor edad, y que

existe una mayor satisfacción en la enfermería de primaria que en la de atención especializada. Por otro lado, los estudios realizados en otros países también suelen seguir esta misma dirección en los resultados obtenidos. Así, un estudio reciente de Kluger y Bryant (2008) indicaba que los factores de insatisfacción laboral más relevantes estaban relacionados con la falta de reconocimiento y posibilidades de promoción en la carrera profesional. También el trabajo realizado por Kovner, Brewer, Ying Cheng y Suzuki (2006) resaltaba la importancia de determinados factores laborales relacionados con la satisfacción laboral: apoyo del supervisor, cohesión grupal, autonomía, variedad en el trabajo y oportunidad de promoción profesional, entre otros. En otro trabajo realizado por Keeton, Fenner, Jonson y Hayward (2007) llegaban a la conclusión que el SQT era un importante predictor de la satisfacción con la carrera profesional, mientras que en la investigación realizada por Lu, Chang y Wu (2007) concluían que el compromiso profesional hacia el trabajo juega un importante papel como antecedente de la satisfacción laboral y el estrés laboral percibido por las enfermeras.

Dentro de nuestro contexto sociocultural más próximo, también existen otros estudios que tratan de introducir otras variables relacionadas con el SQT, el bienestar psíquico y la satisfacción laboral. Así, un reciente estudio realizado con personal de enfermería (Farreons y Calvo, 2008) pone de manifiesto que una mayor satisfacción con el puesto de trabajo y el carácter estimulante o “motivador” de éste se asocian a una menor intensidad en los niveles de sintomatología del SQT. En otra línea de investigación algo diferente, otro estudio realizado con personal de enfermería analiza las relaciones existentes entre el constructo de inteligencia emocional y los niveles de satisfacción laboral y bienestar psíquico (Augusto et al., 2006).

3.2 SQT y salud

Como ya se ha comentado previamente en la introducción, desde una perspectiva individual, las consecuencias del estrés crónico asistencial producen un deterioro de la salud o bienestar de los profesionales (e.g.

Escribá, Mas, Cárdenas, Burguete y Fernández, 2000; Fernández, 2000; García-Izquierdo, 1993, 1999; García-Izquierdo et al., 2000; Gil-Monte y Peiró, 1997; Gil-Monte, 2005; Laria et al., 1995). El grueso de la literatura revisada se centra en las relaciones entre el SQT y los síntomas de malestar psíquico (síntomas psicósomáticos, ansiedad, insomnio, síntomas depresivos etc.), y es menor el número de estudios que se centra en las relaciones entre la patología física y el SQT.

Dos grupos de trabajos relacionan el burnout con los síntomas psicósomáticos: el más numeroso relaciona las puntuaciones obtenidas en el MBI y diversos síntomas somáticos evaluados por distintas escalas. El segundo grupo, menos numeroso, trata de relacionar los niveles de estrés/burnout con variables cuantitativas fisiológicas (recuento linfocitario, pruebas neuroendocrinas como el nivel de cortisol, valores de frecuencia cardiaca, etc.). Dentro de este segundo grupo de trabajos, se pueden citar algunos estudios recientes como el de Bellingrath et al. (2008); Estos autores llegaron a la conclusión que una alteración en la regulación de los niveles de cortisol a cargo del eje adrenal-hipotálamo-hipofisario estaba relacionada con el SQT y el agotamiento vital. Dentro de este marco que evalúa indicadores psicofisiológicos, también se puede citar otro estudio realizado por Moya-Albiol, Serrano, González, Rodríguez y Salvador (2005). Estos autores obtuvieron que la respuesta psicofisiológica a estresores difería en función de las demandas ambientales (comparando una jornada laboral con una de descanso). Concretamente, durante la jornada laboral había mayor percepción de estrés, un estado de ánimo negativo incrementado y una mayor frecuencia cardiaca que durante la jornada de descanso. Además, se concluía en una asociación directa entre burnout y estado de ánimo negativo destacando que a mayor cinismo se daba una mayor percepción de estrés en el trabajo y un menor estado de ánimo positivo durante la jornada de descanso. Por otro lado, también García y Leza (2008) resaltan el papel que puede desempeñar el estrés a través de mecanismos inflamatorios que pueden alterar negativamente procesos patológicos, tales como la isquemia cerebral, enfermedad de Alzheimer, etc. En este contexto, el estudio realizado por Mommersteeg, Heijnen, Kavelaars y Van Doornen (2006) ya puso de manifiesto que este

proceso inflamatorio se produce en el organismo ante situaciones de estrés, y que los individuos con SQT muestran un mayor incremento de la sustancia antiinflamatoria denominada citocina IL-10 producida por los monocitos. Otro estudio longitudinal de este mismo equipo (2006) mostraba cómo los niveles de cortisol varían en función de los cambios que se producían al reducir la sintomatología del SQT tras un tratamiento. Sin embargo, también existen otros estudios que como el de Langelaan, Bakker, Schaufeli, Van Rhenen y Van Doornen (2007), ponen de manifiesto la dificultad de dilucidar los mecanismos fisiológicos a través de los cuales el SQT pueda estar vinculado con la salud física. Por lo que respecta a ésta, existen trabajos que insisten en enfatizar la relación del estrés y el SQT con determinados procesos patológicos como los problemas músculo-esqueléticos, los trastornos cardiovasculares, etc. Dentro de este grupo, cabe citar los estudios de Honkonen et al. (2006) y Melamed et al. (2006). Concretamente, los primeros llegaron a la conclusión de una estrecha relación entre la patología física de tipo osteo-muscular y cardiovascular con las tres dimensiones del SQT, si bien aluden a la necesidad de estudios prospectivos que indaguen en los mecanismos subyacentes a la conexión entre ambas variables (patología física-SQT). Por su parte, Melamed et al. (2006) exponen una serie de mecanismos que pueden relacionar el SQT con una salud pobre: el síndrome metabólico, la alteración en la regulación del eje adrenal-hipotalamo-hipofisario a lo largo de la activación del sistema nervioso simpático, las alteraciones del sueño, la inflamación sistémica, la debilidad en el sistema inmunitario, la coagulación sanguínea y la fibrinólisis, así como la adopción de conductas poco saludables (abuso de fármacos, tabaquismo, sedentarismo, etc.). También dentro del contexto de la salud física o correlatos fisiológicos, cabe citar el estudio de Toppinen et al. (2005), en el que muestran que el SQT se relaciona con el aumento de riesgo de enfermedades futuras. En concreto, de las dimensiones del MBI, el agotamiento emocional estuvo muy relacionado con enfermedades futuras del sistema circulatorio, mientras que el cinismo estuvo muy relacionado con enfermedades futuras del sistema digestivo.

Uno de los estudios pioneros en la investigación de la relación burnout-salud ha sido el realizado por Golembiewski, Munzenrider y Stevenson (1986). Estos autores encontraron, empleando el MBI, asociaciones significativas entre las tres dimensiones del burnout (aunque más intensamente la de agotamiento emocional) y la falta de salud evaluada con una lista de 19 síntomas agrupados en 4 factores definidos como:

1. Agitación y debilitamiento
2. Problemas de tipo cardiovascular
3. Dolores de otra naturaleza
4. Trastornos del sueño

Los trabajos realizados en nuestro entorno sociocultural más próximo, parecen seguir la misma tendencia de encontrar relaciones significativas entre el síndrome de burnout y los problemas psicosomáticos o la falta de salud, con independencia de los instrumentos utilizados o el tipo de muestra ocupacional (e.g. Boada et al., 2004; Escribá et al., 2000; Fernández, 1998; García, 1991; García et al., 2000; Gil-Monte, 1996a; Laria et al., 1995; Ríos y Godoy, 2007a; 2008g; Santamaría y Soto, 2005).

Hace ya más de una década, autores como Gil-Monte et al. (1996a y García-Izquierdo et al. (1991, 2000) trabajaron con muestras profesionales del sector sanitario. Ambos autores encontraron correlaciones significativas entre el burnout y la falta de salud. Concretamente, Gil-Monte (1996) utilizando el MBI, señala que la dimensión de agotamiento emocional es la escala que muestra correlaciones más intensas con la falta de salud, y dentro de ésta, son los síntomas cardiorrespiratorios (cortes de respiración, palpitaciones, pinchazos en el pecho, etc.) los más relevantes, seguidos de las jaquecas y el insomnio. García-Izquierdo et al. (2000) concluyen en su estudio que todos los componentes del bienestar analizados (mediante el GHQ-28): problemas somáticos de origen psicológico, ansiedad, disfunción social y depresión, se asocian positivamente con el burnout. También Escribá et al. (2000) relacionaron la presencia de estresores laborales con una mayor vulnerabilidad psicológica (evaluada con el GHQ-28 de Goldberg) en una muestra de

profesionales de enfermería hospitalaria. Concretamente, encontraron que un 21% de los profesionales se manifestaban como “caso probable” de malestar psicológico. En la misma línea de investigación, destacan otros estudios previos de otros países, que analizan los efectos del estrés en el personal de enfermería, encontrando correlaciones positivas significativas entre ansiedad rasgo y la presencia de estresores laborales (Gray-Tof y Anderson, 1981), y entre síntomas depresivos y estrés profesional (Revicky y May, 1989). También el estudio de MacGrath, Refd y Boore (1989), en su contexto socio-cultural, encontró que al menos la tercera parte de las enfermeras presentaban síntomas leves de morbilidad psiquiátrica.

Estudios más recientes (Boada et al., 2004; Escribá et al., 2004; Marín, Esteban, Palma, Vega, Mestre y Fornés, 2005; Toppinen-Tanner et al., 2005; Yegler, Diez, Gómez, Carrasco, Miralles y Gómez, 2003b) continúan mostrando la relevancia de la asociación estrés-burnout-salud. Marín et al. (2005) analizando una muestra de personal sanitario, concluyen que los profesionales aquejados de burnout tienden al uso de estrategias de afrontamiento negativas, tienen una percepción de un peor estado de salud y presentan correlatos comportamentales asociados a cuadros de ansiedad, insomnio y síntomas somáticos (medias más altas en las subescalas B y A del GHQ-28). También Yegler et al. (2003b) encontraba una asociación significativa entre la presencia malestar psíquico percibido y la percepción de estresores laborales en una muestra de enfermería de urgencias hospitalarias. Otro estudio realizado con una muestra de enfermeras de un hospital general (Alarcón et al., 2004) encontraron que dos factores explicaban el 57,07% de la varianza al analizar el malestar psicopatológico con relación al burnout. Concretamente, el primer factor (45,14% de la varianza) asociaba el malestar psicológico con la dimensión de agotamiento emocional, mientras que el segundo factor (11,93% de la varianza) asociaba las variables de clima social/laboral con una mejor sensación de eficacia profesional y una disminución del cansancio emocional. También Grau (2007) encontró en su estudio longitudinal que los niveles de las tres dimensiones del MBI eran antecedentes significativos de problemas de salud, siendo especialmente intensa la relación con el agotamiento emocional. Por su parte, Santamaría y Soto (2005) al trabajar con una muestra de

enfermería de atención primaria encontró que un 28,8% de los profesionales encuestados se manifestaba como posible caso psiquiátrico a través de la evaluación con el GHQ-28 de Golberg, estando clasificados en un nivel moderado-alto de SQT el 66,4% de los participantes en el estudio.

Así mismo, la revisión de la literatura reciente en otros países o contextos socioculturales pone de manifiesto la actual relevancia otorgada a la salud y bienestar psíquico de los profesionales sanitarios con relación al estrés crónico asistencial (e.g. Borritz, Rugulies, Christensen, Villadsen y Kristensen, 2006; De Raeve, Vasse, Cansen, vanden Brandt y Kant, 2007; Lambert et al., 2007; Leiter, 2005; Peterson et al, 2008; Sonnenschein, Sorbi, Van Doornen, Schaufeli y Maas, 2007; Weyers, Meter, Boggild, Jeppesen y Siegrist, 2006). Algunos de estos estudios enfatizan la conexión entre determinados estresores psicosociales del entorno laboral (sobrecarga laboral, conflicto de roles, autonomía o control, abuso verbal, etc.) con la presencia de malestar físico y/o psicológico en los profesionales (De Raeve et al., 2007; Lambert et al., 2007). Otros estudios hacen referencia a aspectos concretos de sintomatología que se asocian al SQT, como puede ser la alteración en la calidad del sueño y descanso de los profesionales que experimenta este síndrome (Sonnenschein et al., 2007; Vela et al., 2008). Además, existen otros trabajos que, como ya se comentó en la introducción, hacen referencia a las bajas por enfermedad y/o tasas de absentismo por baja médica asociadas al SQT (Ahola et al., 2008; Borritz et al., 2006; Judkins, Massey y Huff, 2006; Rahuala et al., 2007).

En otra línea de investigación algo diferente, existen autores que van introduciendo nuevas variables de tipo personal en el estudio de la relación estrés-SQT-Salud. Además de los estudios previamente comentados sobre la influencia moderadora o mediadora de la personalidad resistente, también hay estudios que, como el realizado por Augusto et al. (2006), introduce el más reciente constructo personal denominado Inteligencia Emocional. Estos autores, con su trabajo, confirman la influencia del constructo de Inteligencia Emocional Percibida (IEP) sobre las dimensiones del burnout, y sobre el bienestar psíquico y la satisfacción laboral. En su estudio, concluyen que una adecuada atención a los sentimientos, claridad de los mismos y reparación

emocional (factores de IEP) predecirán una buena salud mental en los profesionales, al tiempo que menores niveles de burnout y una mayor satisfacción laboral.

Desde una perspectiva algo diferente que enfatiza las variables organizacionales, Boada et al. (2004) tratan de analizar las relaciones entre las variables del modelo de las características del puesto (MCP) y el clima organizacional (como variables independientes), y los niveles de burnout y síntomas psicósomáticos en el trabajo (como variables criterio). Su estudio constituye una evidencia empírica de que existe una relación entre las variables consideradas: por un lado, las características del puesto son predictoras de las dimensiones del burnout y se constata que la satisfacción laboral y el burnout tienen una correlación negativa, y, por otro lado, los aspectos psicósomáticos parecen ser anticipados por la gran mayoría de las variables del MCP consideradas. En este sentido, destacan por su importancia asociativa, las jaquecas, las crisis asmáticas, el dolor precordial, los pinchazos en el pecho y las ausencias y/o vértigos. En cuanto al clima organizacional, parece ser poco predictor de las somatizaciones, presentándose más bien como predictor del burnout. También el estudio realizado por Piko (2006) muestra una elevada relación entre el síndrome de estar quemado por el trabajo y los síntomas psicósomáticos, si bien el mayor poder predictivo respecto a éstos, se centraba en la dimensión de agotamiento emocional, junto a otras variables como el conflicto de rol y el número de años de experiencia laboral asistencial.

No obstante, no faltan autores que hacen crítica, a pesar de la evidencia empírica mostrada, hacia la consistencia y especificidad de esta relación entre burnout y problemas de salud. Por un lado, Gil-Monte et al. (1997) ya aluden a la gran dispersión de datos en cuanto a espectro sintomático considerado y relaciones establecidas con las escalas del MBI. Además, comentan un resultado interesante: la asociación entre el síndrome de burnout y la falta de salud no resulta significativa cuando ésta última se mide a través del diagnóstico médico de enfermedad (criterio objetivo), mientras que sí resulta serlo por lo que a experiencia de sintomatología se refiere (criterio subjetivo). Tal vez la metodología con la que se realizan los estudios, casi siempre

centrada en investigar la percepción de síntomas que tienen los individuos justifique esta crítica que realizan estos autores, ya que resultan escasos los estudios que indagan sobre el estado de salud partiendo de diagnósticos médicos de enfermedad.

Por otra parte, Fernández (2000) cuestiona que la sintomatología asociada a burnout carece de la suficiente especificidad como para poder relacionarla con alguno de los tres factores del MBI, pudiendo expresarse de igual forma en situaciones de ansiedad o como respuesta a cualquier tipo de estrés. Esta autora, en su estudio, refleja los resultados obtenidos con una muestra de profesionales sanitarios, utilizando el MBI y el GHQ-28 como instrumentos de medida. Dicho trabajo concluyó en una alta relación de las cuatro subescalas del GHQ-28 con las puntuaciones de las tres dimensiones del MBI, pero más intensamente con la de agotamiento emocional. Fernández (2000) opina que esta dimensión del burnout supone una "carga en nuestra vida afectiva que va a expresarse con síntomas de la esfera psicopatológica más que de la esfera somática", conclusión que se podría comparar a los resultados que encuentran otros autores (Moreno et al., 2000) al relacionar la variable hardiness o personalidad resistente también con síntomas psicológicos pero no con los físicos.

**SEGUNDA PARTE:
ESTUDIO EMPÍRICO**

CAPITULO 4
OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

4.1 Objetivos e hipótesis de investigación

El **objetivo general** de este estudio es analizar, de forma empírica, las relaciones existentes entre el síndrome de estar quemado por el trabajo o síndrome de burnout y variables individuales de personalidad, satisfacción laboral y salud percibida, en una muestra de profesionales de enfermería de cuidados críticos y urgencias.

Partiendo de un enfoque esencialmente clínico, se asume un modelo hipotético en el que se consideran las variables de tipo sociodemográfico y laboral, las variables personales (autoeficacia, rasgos de personalidad y personalidad resistente) así como las tres dimensiones que configuran el síndrome de burnout, como variables predictoras que anteceden y tienen influencia sobre la satisfacción laboral y el estado general de salud percibida en esta población de profesionales.

Se plantean como **objetivos principales** los siguientes:

1º. Analizar la relación entre el constructo de “dureza/personalidad resistente” y los distintos perfiles de rasgos de personalidad y la autoeficacia generalizada.

2º Determinar si las variables personales consideradas (autoeficacia, personalidad resistente y perfiles de rasgos de personalidad), se relacionan con distintos niveles en las tres dimensiones que configuran el síndrome de burnout (agotamiento emocional, despersonalización y falta de realización personal en el trabajo).

3º Determinar si las dimensiones del burnout se relacionan con la satisfacción laboral y salud percibidos.

4º Analizar la influencia de las variables personales (autoeficacia, personalidad resistente y rasgos de personalidad) y del síndrome de “burnout”,

sobre la salud percibida y la satisfacción laboral, una vez controlado el efecto de las variables sociodemográficas y laborales.

• **Objetivos complementarios:**

1º. Determinar la prevalencia del síndrome de burnout en la muestra de enfermería considerada, y su posible relación las variables sociodemográficas y laborales valoradas (sexo, edad, estado civil, estudios, unidad, tipo de contrato, turno, etc).

2º. Evaluar el grado de salud general percibida y el nivel de satisfacción laboral, analizando sus diferentes dimensiones y examinando su posible relación con las variables sociodemográficas y laborales registradas.

3º. Describir los perfiles de rasgos de personalidad, y las puntuaciones de autoeficacia generalizada y “personalidad resistente/dureza” obtenidas en la muestra estudiada, analizando si existen diferencias significativas al valorar las variables sociodemográficas y laborales estudiadas.

HIPÓTESIS

Con respecto a los **objetivos principales**, se plantean las siguientes hipótesis:

Hip. 1. La autoeficacia y los rasgos de personalidad están estadísticamente asociados a la “personalidad resistente” y a las dimensiones que configuran este constructo.

Hip. 2. Las variables personales consideradas están estadísticamente asociadas al burnout.

Hip. 3. Existe una asociación inversa entre el nivel de burnout y la satisfacción laboral y bienestar o salud percibida, así como que estas variables consecuentes se asocian de forma directa entre ellas.

Hip. 4. Los profesionales con puntuaciones más elevadas en personalidad resistente y autoeficacia presentan puntuaciones más bajas en dos de las dimensiones que configuran el síndrome de burnout (agotamiento emocional y despersonalización) y puntuaciones más altas en la tercera dimensión (realización personal). Este perfil global de puntuaciones constituye un buen predictor de la salud percibida y de la satisfacción laboral con el trabajo.

Con respecto a los **objetivos complementarios**, se plantea la siguiente hipótesis:

Hip. 5. La prevalencia del síndrome de estar quemado por el trabajo está estadísticamente asociada a las siguientes variables sociodemográficas y laborales: género, edad, tipo de turno, unidad/servicio, categoría profesional y años de experiencia.

4.2 Diseño del estudio

Se parte de un paradigma asociativo o relacional, en el que al no existir manipulación de variables independientes, se opta entonces por un diseño correlacional de corte transversal, con el fin de alcanzar los objetivos planteados y verificar las hipótesis expuestas.

El conjunto de variables que se han medido se pueden clasificar en cuatro grupos:

1. Variables Sociodemográficas y laborales. Estas variables incluyen tanto variables cuantitativas como variables cualitativas y se pueden observar en el apartado de descripción de la muestra.
2. Variables de tipo personal: Autoeficacia, personalidad resistente y rasgos de personalidad.
3. Dimensiones que configuran el síndrome de quemarse por el trabajo.
4. Estado general de salud percibida y satisfacción laboral.

La definición operacional de las distintas variables se describe en el apartado 4.4, al exponer los distintos instrumentos de medida utilizados.

4.3 Descripción de la muestra

La población objeto de estudio la constituye el personal de enfermería que se encarga de atender las unidades y servicios hospitalarios de Críticos y Urgencias. Para poder disponer de una muestra representativa de esta población, mediante un muestreo intencional no probabilístico, se accedió al personal de enfermería de dos unidades o servicios de un hospital general universitario de tercer nivel ubicado en Murcia Capital: el Hospital Morales Meseguer. El personal de enfermería de dichas unidades está compuesto por 125 profesionales, que se distribuyen, a su vez, en dos subpoblaciones o muestras independientes:

1. El personal de enfermería del servicio de *Urgencias*, formada por un total de 69 personas y que incluye dos niveles profesionales: enfermería y auxiliar de enfermería.
2. El personal de enfermería del servicio de *UCI*, formada por un total de 56 personas y que incluye los mismos niveles profesionales citados en el apartado anterior.

Nuestra pretensión era poder contar con la totalidad de profesionales pertenecientes a ambos servicios. No obstante, dado el carácter voluntario de respuesta a los cuestionarios, se obtuvo una tasa de participación global del 77,6% (N= 97), siendo los porcentajes de participación por unidades muy similares: contestaron de forma válida a los cuestionarios un 79,7% de los profesionales de Urgencias (N= 55) y un 75% de los profesionales de Cuidados Intensivos (N= 42).

Por tanto, la muestra estuvo compuesta por *97 profesionales* de enfermería que participaron en el estudio de forma voluntaria. El perfil de los profesionales que contestaron a los cuestionarios se puede observar en las tablas 1.1, 1.2 y 1.3.

Así, la muestra presenta una edad media de 36,1 años (DT = 7,9), con un amplio rango de edades que va desde los 24 a los 59 años. La antigüedad laboral en su actual unidad de trabajo es de 44,8 meses en promedio (DT = 37,7). Predomina el género femenino con un 74,2% de la muestra. Destaca el hecho de que un 58,8% de la muestra no tiene hijos frente a un 41,2% que manifiesta tenerlos. En cuanto al estado civil, predominan las personas casadas o emparejadas (53,6%), frente a las solteras (39,2%), si bien también se registran un 5,2% de separados y un 2,1% de viudos. Respecto al nivel de estudios, predominan las diplomaturas con un 72,2% de la muestra, sobre los estudios de formación profesional (FP) con un 20,6% de la muestra; también se registra un 7,2% de profesionales que manifiestan tener grado de licenciatura.

En cuanto al perfil de características laborales, un 43,3% de los profesionales pertenecen al servicio de Intensivos y un 56,7% pertenecen al servicio de Urgencias. Predomina la categoría profesional de enfermería (74,2%) sobre la de auxiliares de enfermería (25,8%) y según la variable tipo de contrato, se registran un 46,4% de interinos, un 28,9% de personal contratado y un 24,7% de profesionales con plaza en propiedad. La mayor parte de los profesionales (un 79,4%) manifiestan seguir un turno rodado con noches, frente a una minoría (un 18,6%) que expresa trabajar en un turno fijo. En cuanto a los años de experiencia profesional, un 14,4% de los profesionales son noveles (0-5 años de experiencia), un 74,2% tienen entre 6 y 15 años de experiencia y tan sólo un 11,3% tiene más de 15 años de experiencia. Por otro lado, un 73,2% de la muestra expresa no realizar “dobletes” o jornadas adicionales frente a un 26,8% de la muestra que manifiesta desarrollarlas. También un 61,9% de la muestra recibe formación académica extra o desarrolla estudios adicionales de algún tipo, frente a un 38,1% de los profesionales que manifiestan no recibirla.

**Tabla 1.1 Características sociodemográficas y laborales
(variables cuantitativas) (N=97)**

	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
EDAD	24	59	36,13	7,98
Antigüedad laboral en meses	2	135	44,82	37,69

Tabla 1.2 Características sociodemográficas de la muestra

		Recuento	Porcentaje
Sexo	varón	25	25,8%
	mujer	72	74,2%
Estadocivil	solteros	38	39,2%
	casados,parejas	52	53,6%
	viudos	2	2%
	separados,divorciados	5	5,2%
Estudios	primarios	0	,0%
	bachiller, FP	20	20,6%
	diplomaturas	70	72,2%
	licenciados	7	7,2%
Convivencia	domicilio familiar	50	51,5%
	compartido,pareja	31	32,0%
	sólo	16	16,5%
Hijos	1	17	17,5%
	2	18	18,6%
	3	4	4,1%
	5	1	1,0%
	0	57	58,8%

Tabla 1.3 Características laborales de la muestra

		Recuento	Porcentaje
Unidad	UCI	42	43,3%
	Urgencias	55	56,7%
Categoría profesional	auxiliar enfermería	25	25,8%
	enfermería	72	74,2%
Experiencia profesional (años)	0-5	14	14,4%
	6-15	72	74,2%
	16-40	11	11,3%
Trabaja el conyuge?	No contestan	34	35,1%
	si	61	62,9%
	no	2	2,1%
Tipo contrato	plantilla	24	24,7%
	interino	45	46,4%
	contratado	28	28,9%
Trabajo o jornada adicional	si	26	26,8%
	no	71	73,2%
Tipo turno	fijo	18	18,6%
	rodado con noches	77	79,4%
	rodado sin noches	2	2,1%
Estudios o formación extra	si	60	61,9%
	no	37	38,1%

4.4 Instrumentos de evaluación

Se pasaron seis cuestionarios validados y un cuestionario de variables sociodemográficas y laborales diseñado ad-hoc para esta investigación. A continuación se describen brevemente los instrumentos utilizados.

4.4.1 Cuestionario de variables sociodemográficas y laborales

Se trata de un cuestionario en el que se incluyen 15 variables sociodemográficas (que se pueden observar en el apartado de descripción de la muestra: tablas 1.1, 1.2 y 1.3), la mayoría de las cuales ya han sido estudiadas y relacionadas, por otros estudios, con algunas de las variables relevantes de esta investigación. El objeto, pues, del cuestionario, no es otro que confirmar o corroborar si dichas relaciones se dan ó no de forma significativa en nuestra muestra, comparando nuestros resultados con los de otros estudios previos y poder profundizar así en el conocimiento de algunas de las condiciones sociodemográficas y laborales que pueden estar relacionadas con el estrés laboral y sus consecuencias. Las variables sociodemográficas incluidas en la encuesta son: edad, sexo, estado civil, nivel de estudios, si la persona vive sola o convive con alguien y número de hijos. Las variables laborales registradas son: antigüedad laboral en su servicio actual (en meses), unidad de trabajo, categoría profesional, experiencia profesional (en años), si trabaja o no el cónyuge, tipo de contrato, tipo de turno, si el profesional desarrolla dobletes y si recibe formación académica o realiza estudios extralaboralmente (Ver Anexos numerados).

4.4.2 Escala de autoeficacia generalizada

Se trata de una escala breve, compuesta por 10 ítems tipo Likert de 4 puntos, de acuerdo al formato de respuesta original propuesto por Baessler y Schwarzer en 1996. La comparación con los datos normativos para la población española se ha realizado con el estudio de adaptación para la

población española realizado por Sanjuán, Pérez y Bermúdez (2000), si bien estos autores introdujeron un cambio al modificar el formato de respuesta original a una escala Likert de 10 puntos en vez de cuatro. Por este motivo, se ha tenido que recurrir a la transformación estadística de la puntuación obtenida en nuestra muestra, con el fin de interpretar los resultados y compararlos con los normativos propuestos por Sanjuán et al. (2000) para la población española.

Esta escala mide el nivel de autoeficacia general, entendida ésta como un constructo global que hace referencia a la creencia estable de las personas sobre su capacidad para manejar adecuadamente una amplia gama de estresores de la vida cotidiana (Bandura, 1992). Esta escala ha mostrado una consistencia interna considerable (entre 0.79 y 0.93) en diversos estudios realizados con muestras de distintas nacionalidades (Schwarzer, 1999). La adaptación española (Sanjuán et al., 2000) obtuvo una buena consistencia interna de 0.87, así como una capacidad predictiva considerable.

4.4.3 Inventario de Burnout de Maslach

Este cuestionario mide la frecuencia e intensidad del “burnout” o síndrome de quemarse por el trabajo y fue construido y adaptado por Maslach y Jackson (1986). Para este estudio se ha utilizado la versión comercial adaptada para la población española de TEA ediciones (1997). El inventario consta de 22 ítems, y en él se pueden diferenciar tres subescalas que miden, a su vez, las tres dimensiones que conforman el síndrome:

1. Agotamiento emocional (AE). Esta subescala está formada por 9 ítems que describen sentimientos de estar abrumado y agotado emocionalmente por el trabajo.

2. Despersonalización (DP). Esta subescala está formada por 5 ítems que describen una respuesta impersonal y falta de sentimientos hacia los sujetos objeto de atención.

3. Realización personal en el trabajo (RP). Compuesta por ítems que describen sentimientos de competencia y realización exitosa en el trabajo hacia los demás.

Estos 22 ítems se valoran con una escala tipo Likert, en la que el sujeto puntúa la frecuencia con la que experimenta los sentimientos que configuran el síndrome. El rango de frecuencia está formado por 7 adjetivos que van de “nunca” (0) a “todos los días” (6). Se ha de destacar que las dimensiones de agotamiento o cansancio emocional y despersonalización se hallan representadas por enunciados cuya puntuación en frecuencia ascendente (de 0 a 6) denota un mayor burnout, mientras que la escala de realización personal en el trabajo funciona de modo inverso, de manera que a mayor puntuación obtenida en dicha escala, más realizada está la persona en su trabajo, y las posibilidades de experimentar el síndrome de burnout son menores.

Este instrumento es el que más se ha empleado para evaluar el síndrome de quemarse por el trabajo, siendo elaborado en su forma inicial para profesionales que trabajan en los servicios de salud. La relación entre la puntuación obtenida y el grado de burnout es dimensional, por tanto, no existe un punto de corte que indique si existe o no tal entidad. Lo que se ha hecho es distribuir los rangos de las puntuaciones totales de cada dimensión o subescala en tres tramos que definen un nivel de burnout experimentado como bajo, medio o alto. Estos tramos se han elaborado mediante una distribución normativa de las puntuaciones obtenidas en grupos de sujetos pertenecientes a diversas profesiones y/o poblaciones.

De las distintas versiones del MBI, se ha administrado la versión clásica para profesionales de “servicios humanos” (MBI-HSS, 1986), teniendo en cuenta para su corrección los diferentes baremos establecidos por sexo de acuerdo con la versión comercial española del test (Manual del Inventario Burnout de Maslach, en: Seisdedos, TEA, 1997), que establece los siguientes valores medios de referencia para interpretar cada una de las dimensiones:

1. CE: 20,86
2. DP: 7,62
3. RP: 35,71

Además de estas puntuaciones medias, el manual establece los puntos de corte anteriormente citados (alto, medio y bajo) para cada una de las dimensiones.

Por otro lado, para una más específica interpretación de los resultados obtenidos, también se han utilizado los datos normativos aportados por Gil-Monte y Peiró (2000) en un amplio estudio realizado con población española para obtener criterios normativos de referencia con el objeto de diagnosticar el síndrome.

Dicho estudio se realizó sobre una muestra de 1188 sujetos, 568 de los cuales eran profesionales de enfermería, con lo que se cuenta con valores de referencia más específicos para poder interpretar las puntuaciones obtenidas en nuestra investigación.

Por lo que respecta a las características psicométricas del test, son numerosísimos los trabajos que las han estudiado, no poniéndose de acuerdo, en muchas ocasiones, respecto a su consistencia interna y su validez factorial. A esto se añade que el tipo de ocupación/profesión establece diferencias significativas para las puntuaciones de las tres dimensiones del MBI-HSS, poniendo de manifiesto la necesidad de generar normas y puntos de corte específicos para cada ocupación. En general, la escala tiene una consistencia interna del orden de 0.75 a 0.90, y se puede decir que las subescalas de realización personal y agotamiento emocional son las que alcanzan valores de consistencia interna más aceptables, mientras que la subescala de despersonalización presenta cierta debilidad psicométrica (Gil-Monte, 1999; Gil-Monte y Peiró, 2000).

4.4.4 Cuestionario General de Salud

La versión original de este cuestionario fue diseñada por Goldberg en 1970. Este cuestionario general de salud fue concebido como método de identificación de pacientes con trastornos psíquicos en el ámbito clínico de los no especialistas en psiquiatría. En su formato original constaba de 93 ítems. A partir de éste, se han ido generando versiones más cortas. Entre ellas, la más difundida en nuestro país ha sido el GHQ-28, adaptado y validado por Lobo et al. (1986), que es la versión que se ha utilizado en este estudio.

El GHQ-28 consta de 28 ítems agrupados en 4 subescalas de 7 ítems cada una:

1. Subescala A: síntomas somáticos de origen psicológico, como cansancio, fatiga, dolores de cabeza, malestar general, etc.

2. Subescala B: síntomas relacionados con la ansiedad tales como problemas para conciliar el sueño, despertares frecuentes, irritabilidad, tensión psíquica, etc.

3. Subescala C: síntomas relacionados con la “disfunción social” tales como capacidad para tomar decisiones, desarrollo organizado del trabajo, etc.

4. Subescala D: síntomas que se relacionan con el estado de ánimo, evaluando de esta manera rasgos depresivos. Se trata de una escala que pregunta sobre distintos síntomas depresivos graves que incluyen hasta la ideación suicida.

Cada ítem tiene cuatro posibles respuestas (puntuación de 0 a 3, de menor a mayor frecuencia de sintomatología). Según el formato de puntuación Likert, el rango de puntuaciones de cada escala puede oscilar entre 0 y 21, mientras que la escala total puede oscilar entre 0 y 84 puntos, presentando la puntuación 0 ausencia de sintomatología y la puntuación 84 la máxima frecuencia de síntomas. El sujeto debe subrayar la respuesta elegida, siendo esencial que se limite a su situación de salud en las últimas semanas y no en su pasado. El objetivo, pues, de este test es detectar cambios en la función normal de la persona, teniendo dos aplicaciones principales: estimar la

prevalencia de la enfermedad psiquiátrica en una determinada población y captar casos de patología psiquiátrica en contextos o consultas no especializados. Es, por tanto, un buen instrumento de cribado si bien no sirve para establecer un diagnóstico clínico.

Por lo que respecta a su puntuación, entre los 3 métodos existentes (puntuación Likert, puntuación GHQ y puntuación CGHQ), se han elegido los dos primeros. La puntuación Likert (0-1-2-3) nos permite graduar la frecuencia de los síntomas que presenta el individuo, mientras que el formato de puntuación GHQ (0-0-1-1) nos permite la identificación de casos, es decir, discrimina entre la presencia o ausencia de sintomatología sin hacer referencia alguna a la frecuencia de sintomatología que presenta el sujeto valorado.

En cuanto a las propiedades psicométricas, los estudios de validación son numerosos y en conjunto, los datos disponibles han mostrado una elevada fiabilidad test-retest ($r=0.90$). Por otro lado, Lobo et al. (1986) obtuvieron datos sobre su validez predictiva:

- Para un punto de corte (5/6), una sensibilidad del 84,6% y especificidad del 82%.
- Para un punto de corte (6/7) una sensibilidad del 76,9% y una especificidad del 90,2%.

En la presente investigación, y al tratarse de una muestra no clínica, se ha preferido tomar como referencia el punto de corte 6/7 (6 no caso/7 caso) por su mayor especificidad y menor tasa de mal clasificados, si bien el presente estudio no pretende detectar “casos” como fin último, sino simplemente realizar una aproximación al nivel de salud o bienestar psicológico percibido por la muestra a estudio.

Por otro lado, un estudio posterior de Godoy-Izquierdo et al. (2002) analizó las características psicométricas del GHQ-28 en una muestra de universitarios españoles. Aunque dicho estudio utilizó una muestra algo restrictiva en cuanto a tamaño y composición (analizó exclusivamente estudiantes universitarios), se cuentan con datos normativos de referencia (de

población española) más actualizados, para poder comparar las puntuaciones obtenidas con nuestra muestra. Dicho trabajo obtuvo una buena fiabilidad de la escala completa y de sus subescalas, además de confirmar su estructura cuatri-factorial ampliamente documentada en la literatura previa.

4.4.5 Cuestionario de Satisfacción Laboral Font Roja

Este cuestionario de Aranaz y Mira (1988) es un instrumento de medida de la satisfacción laboral en el medio hospitalario muy difundido y ampliamente utilizado por numerosos estudios realizados en este entorno (e.g. Fernández et al., 1995; López-Soriano et al., 2001; Varella-Centelles et al., 2004; Del Ríos et al., 2005).

Consta de 24 ítems, que exploran los distintos factores relacionados con la satisfacción laboral de los profesionales sanitarios. Los ítems son valorados mediante escala Likert, que puntúa desde el valor 1 (mínima satisfacción) al valor 5 (satisfacción máxima). Estos 24 ítems se agrupan factorialmente en nueve factores o dimensiones, que determinan la satisfacción de los profesionales con distintas facetas de su labor profesional:

1. *Satisfacción por el trabajo* (4 ítems): este factor mide el grado de satisfacción que el individuo experimenta condicionado por su puesto laboral.
2. *Tensión laboral* (5 ítems): este factor evalúa aspectos relacionados con la responsabilidad percibida, grado de fatiga o agotamiento y estrés laboral percibido por la persona, que le ocasionan cierto grado de tensión laboral.
3. *Competencia profesional* (3 ítems): esta dimensión mide el grado en que la persona percibe que su preparación profesional es adecuada a las demandas de su puesto de trabajo.
4. *Presión laboral* (2 ítems): esta dimensión mide el grado en que la persona percibe una carga de trabajo para sí mismo.
5. *Promoción profesional* (3 ítems): este factor mide el grado en que la persona percibe que puede mejorar su nivel profesional, así como el reconocimiento por su trabajo.

6. *Relación interpersonal con sus jefes/as* (2 ítems): este factor evalúa el grado en que la persona considera que conoce las expectativas de sus superiores en cuanto al desarrollo de su trabajo.

7. *Relación interpersonal con los compañeros* (1 ítem): esta dimensión mide el grado de satisfacción que tiene el individuo con las relaciones interpersonales con sus compañeros de trabajo.

8. *Estatus profesional* (2 ítems): esta dimensión mide la satisfacción de la persona con el reconocimiento laboral, tanto a nivel retributivo como a nivel de estatus, independencia, autonomía y desempeño en el desarrollo de su trabajo.

9. *Monotonía laboral* (2 ítems): este factor mide el grado en que la persona se ve afectada por la rutina en las relaciones con los compañeros y la escasez en la variedad del trabajo que desarrolla.

La satisfacción media global se obtiene por recuento de las puntuaciones de los 24 ítems y el cálculo de su media. Del mismo modo, se obtienen los valores medios para cada factor o dimensión (a través del cálculo de la media aritmética de los ítems que componen cada dimensión), tal y como han realizado estudios precedentes (e.g. Fernández et al., 1995; Fernández et al., 2000; Varella et al., 2004).

Por otro lado, se ha de comentar que este cuestionario carece de baremos de puntuaciones de referencia, por lo que la interpretación y comparabilidad de los resultados obtenidos se realiza teniendo en cuenta los datos aportados por los estudios previos que lo han utilizado.

4.4.6 Cuestionario de “Personalidad Resistente”

Este cuestionario constituye una subescala aplicada de un cuestionario más amplio: el cuestionario de desgaste profesional de enfermería (CDPE) validado por Moreno et al. (2000). Como comentan los autores de dicho cuestionario, dicha subescala se puede aplicar de forma independiente al resto del test, según sean los propósitos de la investigación.

La escala CPR está diseñada para medir la personalidad resistente (hardiness) como variable personal que modula la relación entre el estrés y sus resultados o consecuencias. Siguiendo el modelo propuesto originalmente por Kobasa (1979), la personalidad resistente queda operativizada en 3 dimensiones:

1. *Compromiso* (8 ítems): tendencia a desarrollar comportamientos caracterizados por la implicación personal en todas las actividades de la vida, incluyendo también en el plano interpersonal la existencia de un sentimiento de implicación en la relación con otras personas.
2. *Control* (6 ítems): hace referencia a la convicción que tiene el sujeto de poder intervenir en el curso de los acontecimientos. Esta capacidad de control permite al individuo percibir en muchos de los acontecimientos o situaciones estresantes consecuencias predecibles a su propia actividad, y en consecuencia, manejar los estímulos en su propio beneficio, atenuando así los efectos del estrés.
3. *Reto* (7 ítems): hace referencia a la creencia de que el cambio, frente a la estabilidad, es la característica habitual de la vida. Se asume, entonces, que los acontecimientos estresores pueden percibirse como una oportunidad de desarrollo personal y no como una amenaza a la propia seguridad.

Estas tres dimensiones constituyen los 3 factores que componen la escala, que consta de 21 ítems en su totalidad. Cada ítem se puntúa según una escala tipo Likert de 1 a 4 puntos, de tal forma que cada una de las dimensiones o factores de la personalidad resistente también obtiene este mismo rango de puntuaciones, que en sentido ascendente representan una mayor personalidad resistente para ese factor o dimensión concreta. Así mismo, es posible obtener una medida o índice global de personalidad resistente a partir de la media de las tres dimensiones que componen el constructo, cuyo rango de puntuaciones también oscilaría entre los valores 1 y 4.

En el estudio de validación del CDPE (Moreno et al., 2000), los autores proporcionan las características psicométricas resultantes de la factorización del test y de cada una de las subescalas que lo componen. En el caso de la subescala CPR, destaca su elevada consistencia interna de 0.86, en comparación con la ofrecida por otros instrumentos actualmente en uso para la medición de este constructo de “personalidad resistente”, como por ejemplo la Personal View Survey (PVS, Hardiness Institute, 1985), que parece resentirse en cuanto a la consistencia interna de sus escalas, sobre todo en la referente al componente de reto.

Por otro lado, en dicho estudio de validación también se aportan los descriptivos básicos, que nos sirven de referencia para la interpretación de los resultados que se obtengan en la muestra de la presente investigación.

4.4.7 Inventario de Adjetivos para la Evaluación de los Trastornos de Personalidad

Este instrumento de autoinforme, diseñado y adaptado por Tous y Muiños (2005), está compuesto por 146 ítems-adjetivos distribuidos en igual número en cada una de las 9 subescalas que constituyen la prueba. El objetivo de dicho listado de adjetivos es evaluar y predecir la vulnerabilidad o predisposición hacia nueve tipos de trastornos de personalidad descritos en el eje II del DSM-IV y coherentes con los rasgos de personalidad normales. La prueba está fundamentalmente dirigida a la evaluación de sujetos psicológicamente sanos y que no estén recibiendo ningún tipo de tratamiento psicológico ni psiquiátrico.

Las nueve escalas de que se compone el instrumento son las siguientes:

Escala 1: Personalidad Introversa

Las puntuaciones altas en esta subescala caracterizan una naturaleza reservada, introversa y solitaria, distanciamiento y compromiso limitado hacia los demás, timidez y retraimiento, pasividad y discreción.

Escala 2: Personalidad Inhibida

Las puntuaciones altas en esta subescala también denotan tendencia al retraimiento social pero gran sensibilidad hacia los sentimientos de los demás. Tendencia a la inquietud, la tensión y temor ante la crítica y rechazo de los que le rodean. También amabilidad, empatía personal y se trata de sujetos que prefieren los entornos tranquilos y trabajar solos o con compañeros escogidos.

Escala 3: Personalidad Cooperativa

Las puntuaciones altas identifican sujetos que buscan constantemente aprobación y afecto de los demás. Se trata de sujetos dóciles, prudentes, que trabajan muy a gusto en situaciones de grupo, siendo muy buenos cooperadores y trabajadores.

Escala 4: Personalidad Sociable

Las puntuaciones altas en esta escala denotan sujetos espontáneos y alegres, agudos y entusiastas en sus relaciones sociales, con estilo de conducta extravertido e incluso a veces teatral y/o pintoresco. Hábiles en las relaciones sociales, aunque se muestran inconstantes en sus deseos y necesidades, cambiando fácilmente de opinión respecto a éstos.

Escala 5: Personalidad Confiada

Los confiados se caracterizan por ser personas reservadas, pacíficas, y con un tipo de conducta ególatra. Tienden a sobresalir socialmente pues son personas atrevidas que necesitan el reconocimiento y la atención de los demás. Su autoconfianza a menudo esconde una gran inseguridad y una gran sensibilidad a la autocrítica y al rechazo social, sin embargo, dada su agudeza y su estilo socialmente atrevido, a menudo suelen ocupar posiciones de liderazgo en nuestra sociedad.

Escala 6: Personalidad Convincente

Los sujetos que puntúan alto en esta escala se caracterizan por un estilo fuerte y tenaz en su manera de pensar, tienden a ser personas obstinadas, ambiciosas y competitivas. Suelen tener malhumor y ser insensibles en el trato con los demás, y profesionalmente suelen sobresalir como líderes y en trabajos

de dirección.

Escala 7: Personalidad Respetuosa

Los respetuosos se muestran como personas responsables, correctas, trabajadoras y respetuosas con cualquier forma de autoridad, suelen ser personas convencionales en sus necesidades, intereses y deseos. A menudo considerados como inflexibles, perfeccionistas y demasiado formales, otras veces pueden parecer personas frías y calculadoras, severas e inaccesibles, indecisas y poco hábiles para soportar demasiadas cargas sociales.

Escala 8: Personalidad Sensible

Los sujetos sensibles se caracterizan por una tendencia a la ambivalencia de intereses y deseos. Suelen ser personas caprichosas y cambiantes, nada convencionales, tienden a la indecisión y son fluctuantes en sus actitudes e intereses. Suelen ser espontáneos en sus relaciones sociales, creativos y dispuestos a convencer a los demás de aquello en lo que creen. Estas cualidades les llevan a ocupaciones poco habituales, con cierta independencia y autonomía, lejos de ser supervisados.

Escala 9: Personalidad Impulsiva

Las personas que puntúan alto en esta escala presentan arranques de impulsividad y descontrol, conductas de insatisfacción hacia ellos mismos y los demás, con comportamientos amenazadores y explosiones de violencia, sobre todo cuando se sienten criticados. Suelen ser inestables, vulnerables, muy sensibles y excesivamente dependientes de los demás, lo que les provoca ansiedad por separación, con conductas conflictivas y de ira dirigidas hacia los demás.

Este test se fundamenta sobre la base de la presuposición de un continuo entre la personalidad normal y el trastorno de la personalidad, siguiendo el modelo propuesto por Millon (1969, 1983) (citado en Manual IATP, Tous y Muiños, 2005).

Este instrumento puede aplicarse como autoinforme, tanto de forma individual como de forma colectiva. Permite una aplicación rápida, que consiste en que el sujeto señale los adjetivos que considera descriptivos de su propia forma de ser y deje en blanco aquellos considerados poco o nada descriptivos de sí mismo. Cada adjetivo escogido puntúa 1 punto, y ello permite obtener una puntuación bruta, que será transformada en una puntuación directa y posteriormente será tipificada y convertida en puntuación T. La forma de corrección es informatizada a través de internet, obteniendo los perfiles directamente tras la introducción de los adjetivos señalados por el sujeto en una plantilla mecanizada.

Para la interpretación del perfil, los autores proponen un esquema que relaciona los valores T cuantitativos obtenidos por el sujeto en cada dimensión, con cinco categorías cualitativas, que van desde $T < 29$ (muy bajo) a $T > 70$ (muy alto).

Por lo que respecta a las características psicométricas de la prueba, se mencionan sus elevados coeficientes de fiabilidad, que en la muestra adulta van desde 0.75 a 0.65 en los varones y de 0.72 a 0.60 en las mujeres. La fiabilidad test-retest también demuestra ser elevada en las muestras adultas. Por otro lado, en el manual de la prueba, también se aportan los datos relativos a la validez de constructo, factorial y externa.

4.5 Procedimiento

En primer lugar, se convocó una reunión con los supervisores de ambas unidades hospitalarias, con el objeto de informarles del estudio que se quería realizar y averiguar si se disponía de su conformidad y autorización para poder desarrollarlo. Una vez obtenida dicha autorización y aprovechando dos reuniones del personal de enfermería (que fueron convocadas con otros fines por los supervisores de cada unidad), se informó públicamente de la investigación así como se solicitó la participación voluntaria del mayor número de personas posible con el fin de que ésta fuera representativa de la población que se pretendía estudiar.

Como instrumentos de evaluación se presentaron un total de seis cuestionarios validados y un cuestionario de variables socio-demográficas y laborales diseñado ad-hoc para este estudio. Este conjunto de cuestionarios se les entregaba a los sujetos en sobre cerrado, en el que también se incluía una hoja de presentación exponiendo de forma general (sin aludir específicamente a las variables objeto de estudio) que se trataba de un estudio sobre variables laborales, de personalidad y salud. Del mismo modo, se agradecía en dicha carta de presentación la colaboración por parte de los profesionales, asegurándoles un feedback de información sobre los resultados una vez que finalizase el estudio. El sobre fue entregado a todo el personal que figuraba en la plantilla de ambos servicios. La participación fue voluntaria y en todo momento se aseguró el anonimato y la confidencialidad de los datos recogidos. Cada sobre iba asignado con un número y se entregaba de forma aleatoria a cada participante. La recogida de cuestionarios fue llevada a cabo a través de la colaboración de los supervisores de cada unidad durante los meses de marzo y abril de 2006.

4.6 Análisis Estadísticos

Se han llevado a cabo diferentes análisis estadísticos con el fin de alcanzar los objetivos y poner a prueba las hipótesis planteadas. Para ello, se ha utilizado el paquete informático estadístico SPSS (Statistical Package for Social Sciences) versión 15.0 para Windows.

En primer lugar, se procedió a un depurado de los datos, eliminando a aquellos participantes que no habían contestado adecuadamente a los cuestionarios. Posteriormente, se procedió a realizar un análisis de frecuencias para comprobar el intervalo de respuesta de los sujetos participantes, así como también se sometieron a las pruebas de normalidad las distintas variables cuantitativas incluidas en el estudio.

Se describen a continuación los análisis realizados respecto a cada uno de los objetivos planteados. Siguiendo un orden creciente de complejidad analítica se expondrán primero los análisis referidos a los *objetivos complementarios*:

- En primer lugar, se procedió a la obtención de los estadísticos descriptivos de cada una de las variables principales del estudio: variables personales (autoeficacia generalizada, personalidad resistente y perfiles de rasgos de personalidad), dimensiones del síndrome de quemarse por el trabajo, y estado general de salud percibido y satisfacción laboral. Posteriormente, se procedió a analizar la relación de las variables sociodemográficas y laborales consideradas con cada una de las variables principales del estudio: se realizaron pruebas Chi^2 para analizar la relación entre variables cualitativas, y pruebas t y ANOVA para el contraste de variables cuantitativas con cualitativas. También se utilizó una prueba t para comparar los valores obtenidos en cada una de las dimensiones del síndrome de burnout con el baremo referencia del manual del MBI y un estudio realizado por Gil-Monte y Peiró (2000) con población española.

Por lo que respecta a los *objetivos principales* de la presente investigación, se procedió a los siguientes análisis:

- Respecto del *primer objetivo*, se obtuvo la matriz de correlaciones de Pearson con el fin de analizar la asociación entre las variables personales consideradas en el estudio (autoeficacia y rasgos de personalidad) y el constructo de personalidad resistente.

- Respecto del *segundo objetivo*, se obtuvo una nueva matriz de correlaciones de Pearson para analizar la relación entre las dimensiones que configuran el síndrome de estrés crónico asistencial y las diferentes variables de tipo personal incluidas en la investigación (autoeficacia, personalidad resistente y rasgos de personalidad). Como segundo paso y complementario, se procedió a desarrollar análisis de regresión múltiples considerando como variables predictoras las distintas variables de tipo personal mencionadas y las

principales variables sociodemográficas que habían resultado significativas en los análisis previos. En dichos análisis se tomó como variable dependiente cada una de las dimensiones del MBI por separado.

- En cuanto al *tercer objetivo*, el análisis se desglosó en dos apartados diferentes: una matriz de correlaciones que analizaba tanto la relación de cada una de las dimensiones del síndrome de burnout con el estado general de salud percibido, como la relación entre dichas dimensiones con la satisfacción laboral de los profesionales. En un segundo apartado, se procedió a desarrollar una segunda matriz de correlaciones que analizaba la asociación mutua entre ambas variables, estado general de salud percibido y satisfacción laboral, entre sí.

- Por último, para poner a prueba la hipótesis relativa al *cuarto objetivo* se realizaron análisis de regresión múltiples por pasos (stepwise) tomando como variable dependiente las puntuaciones obtenidas para el estado general de salud y la satisfacción laboral, y considerando como variables predictoras tanto las puntuaciones relativas a las variables personales analizadas (autoeficacia, personalidad resistente y perfiles de rasgos de personalidad) como los valores en cada una de las dimensiones que configuran el síndrome de burnout. Con el fin de controlar el efecto de las variables sociodemográficas y laborales, también se incluyeron como predictoras aquellas que habían resultado ser más significativas en los análisis previos, siempre considerando el límite impuesto por el número de sujetos de la muestra.

CAPITULO 5
RESULTADOS

En este capítulo se exponen los resultados obtenidos en los análisis estadísticos realizados con el objeto de lograr los objetivos propuestos y comprobar las hipótesis que se han presentado en el capítulo anterior.

Se realizará la exposición de los resultados comenzando por un análisis descriptivo de las variables principales objeto del estudio y su relación con las variables sociodemográficas y laborales de la muestra (objetivos complementarios). Posteriormente, se expondrán los resultados procedentes de los análisis estadísticos referidos a los objetivos específicos y sus respectivas hipótesis.

5.1 Objetivos complementarios

5.1.1 Síndrome de quemarse por el trabajo (SQT)

Se presentan los resultados descriptivos referidos a esta variable, y a continuación también se exponen los análisis referidos a su relación con las variables sociodemográficas y laborales consideradas.

5.1.1.1 Prevalencia del SQT

El primer objetivo complementario de esta investigación era estimar la prevalencia del síndrome de quemarse por el trabajo (SQT) en los profesionales de enfermería que constituían la población diana.

Se considera la prevalencia como el número/porcentaje de profesionales que pueden ser considerados como casos de SQT de acuerdo a los baremos y puntos de corte establecidos por el manual del MBI (TEA, 1997) para la población española. Posteriormente, y para un análisis más específico, también se procederá a una comparación de los valores obtenidos en el estudio con las puntuaciones medias ofrecidas por Gil-Monte y Peiró (2000) sobre una muestra española (N=1188), de la cual 568 sujetos eran profesionales de enfermería.

En la tabla 5.1 se pueden observar los puntos de corte de referencia para la clasificación de los sujetos y en la tabla 5.2 se exponen las puntuaciones medias obtenidas por Gil-Monte y Peiró (2000) en su estudio para la muestra ocupacional específica de profesionales de enfermería. Por lo que respecta al presente estudio, en la tabla 5.3 se pueden observar los estadísticos descriptivos obtenidos en las tres dimensiones que configuran el síndrome.

Tabla 5.1 Puntuaciones de referencia para establecer la prevalencia del síndrome de estrés crónico asistencial (SQT)

Puntos de corte	MBI (TEA, 1997) (N=1138)			Estudio Gil-Monte y Peiró (2000)(N=1188)		
	CE	DP	RP	CE	DP	RP
Alto	≥25	≥10	≤32	≥25	≥9	≤35
Medio	24-15	9-4	39-33	24-16	8-4	39-34
Bajo	≤14	≤3	≥40	≤15	≤3	≥40
Media	20.86	7.62	35.71	20.39	6.36	36.02
Dt	11.30	5.81	8.08	11.03	5.34	7.27

Nota. CE: cansancio emocional, DP: despersonalización, RP: realización personal en el trabajo; Dt: desviación típica.

Tabla 5.2 Puntuaciones medias de referencia para la población ocupacional específica de enfermería (Estudio de Gil-Monte y Peiró, 2000)

Muestra ocupacional de enfermería (N=568)			
	CE	DP	RP
Media	22.58	6.08	36.30
Dt	11.04	4.95	6.48

Nota. CE: cansancio emocional, DP: despersonalización, RP: realización personal en el trabajo; Dt: desviación típica.

Tabla 5.3 Estadísticos descriptivos obtenidos en las dimensiones del MBI (muestra total, N= 97)

	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
Cansancio emocional	1	54	23.55	11.130
Despersonalización	0	21	7.59	5.440
Realización personal en el trabajo	10	48	36.76	7.708

De acuerdo a las puntuaciones medias obtenidas, podemos clasificar a los profesionales en tres niveles (bajo, medio y alto) en cada una de las dimensiones que configuran el SQT. Tomando como referencia las puntuaciones de corte establecidas por el manual del MBI en su versión española, en el gráfico 5.1 se puede observar la distribución muestral obtenida para cada nivel y en cada una de las dimensiones. Como se puede observar en dicho gráfico, un 41,2% de los profesionales estudiados presenta altos niveles de agotamiento emocional, mientras que un 32% y un 22.7% obtienen niveles altos de actitudes de despersonalización y sentimientos de falta de realización personal en el trabajo, respectivamente. Si se consideran las tres dimensiones conjuntamente, los datos obtenidos indican una *prevalencia del SQT que se sitúa en un 5,15% del total de la muestra estudiada.*

Por otro lado, cuando comparamos las puntuaciones medias obtenidas en la muestra con las ofrecidas por el manual del MBI y el estudio de Gil-Monte et al (2000), se observan diferencias significativas en dos sentidos: se registra una puntuación más alta en cansancio emocional si la comparamos con respecto al manual MBI ($t=2,377$; $p<0,05$) y una puntuación más elevada en la dimensión de despersonalización comparada con la puntuación media ofrecida en el estudio de Gil-Monte ($t=2,736$; $p<0,010$).

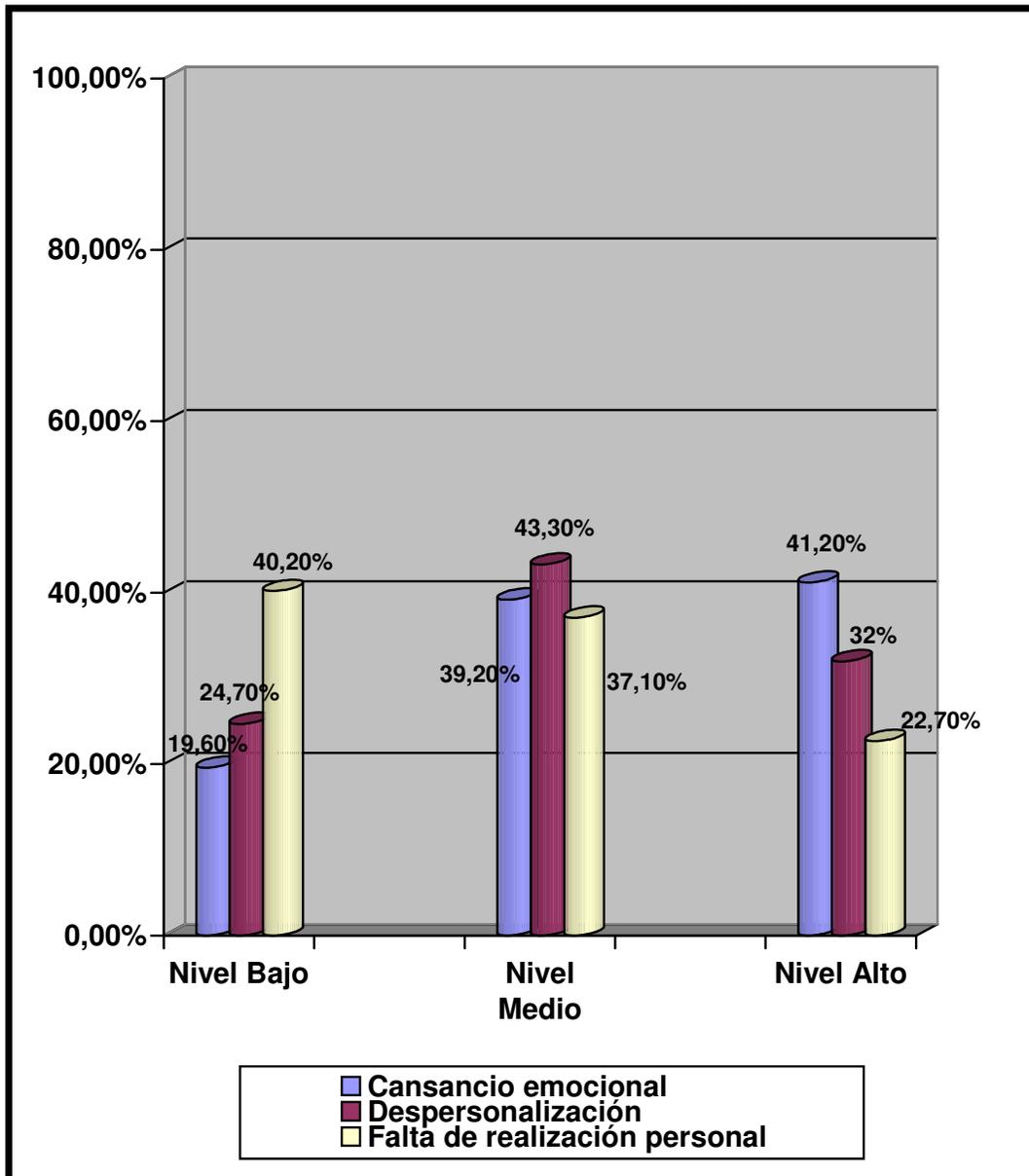
Si analizamos cada unidad de trabajo por separado (ver tabla 5.4), los datos indican la no existencia de diferencias significativas entre las puntuaciones de referencia mencionadas y las obtenidas para la muestra de Urgencias. En cambio, la muestra de Intensivos obtiene puntuaciones más elevadas en cansancio emocional ($t=3,006$; $p<0,010$) comparadas con el manual del MBI, y también puntuaciones más elevadas en cansancio emocional y despersonalización ($t= 2,838$; $p<0,010$) comparadas con la puntuación media ofrecida por el estudio de Gil-Monte et al. (2000) para la muestra ocupacional de enfermería ($t=2,047$; $p<0,50$).

Tabla 5.4 Comparación de las dimensiones del SQT obtenidas en nuestra muestra con las obtenidas en el estudio de Gil-Monte y Peiró (2000)

Muestra / Dimensión	Nuestra muestra			MBI	Gil-Monte y Peiró (2000)	MBI		Gil-Monte y Peiró (2000)	
	N	Media	DT	Media	Media	t	p	t	p
Muestra total:									
CE	97	23.55	11.130	20.86	22.58	2.377	<.05	0.855	0.39
DP	97	7.59	5.440	7.62	6.08	-0.05	<.05	2.736	<.01
RP	97	36.76	7.708	35.71	36.30	1.34	0.18	0.591	0.556
Subm. Urgencias:									
CE	55	21.53	10.96	20.86	22.58	0.451	0.65	-0.712	0.48
DP	55	7.02	5.64	7.62	6.08	-.792	0.43	1.235	0.22
RP	55	37.49	7.84	35.71	36.30	1.683	0.10	1.126	0.26
Subm. Intensivos:									
CE	42	26.19	10.91	20.86	22.58	3.006	<.01	2.047	<.05
DP	42	8.33	5.14	7.62	6.08	0.899	0.37	2.838	<.01
RP	42	35.81	7.51	35.71	36.30	0.086	0.93	-0.423	0.67

Nota: CE: cansancio emocional; DP: despersonalización; RP: realización personal en el trabajo

Gráfico 5.1 Niveles obtenidos en las tres dimensiones del MBI. Datos de prevalencia del síndrome SQT en la muestra total de profesionales



5.1.1.2 SQT y variables sociodemográficas y laborales

Al analizar el perfil epidemiológico del síndrome, es decir, su relación con las variables sociodemográficas y laborales consideradas en el estudio, nos encontramos con varias diferencias significativas según las variables: *género, presencia/ausencia de hijos, unidad, desarrollo de jornadas adicionales,*

antigüedad laboral en el servicio actual y experiencia profesional. Observando las diferencias encontradas (tablas 5.6 y 5.10), los varones parecen ser más propensos a adoptar actitudes de despersonalización que las mujeres ($p < 0.01$), mientras que los profesionales que no tienen hijos manifiestan más actitudes de despersonalización que aquellos profesionales que sí tienen hijos ($p < 0.05$).

Por lo que respecta a las variables laborales, los datos indican puntuaciones más altas en cansancio emocional en el servicio de Intensivos que en el de Urgencias ($p < .05$) (Tabla 5.11). Estas diferencias no pueden deberse a diferencias en las variables sociopersonales de los dos servicios, según los resultados de las comparaciones que realizamos mediante pruebas t de diferencias entre medias y pruebas chi-cuadrado. La única excepción fue la presencia de una mayor frecuencia del turno fijo en el servicio de Urgencias en comparación con el de Intensivos ($p < .05$).

Tabla 5.6 Comparación de las dimensiones del SQT según el sexo

Dimensión	Varones			Mujeres			<i>t</i>	<i>p</i>
	N	M	DT	N	M	DT		
CE	25	23.52	9.86	72	23.56	11.60	-0.014	.99
DP	25	10.12	5.38	72	6.71	5.21	2.80	.006
RP	25	35.40	8.69	72	37.24	7.34	-1.03	.30

Nota. CE: Cansancio emocional, DP: Despersonalización, RP: Realización personal en el trabajo. M: media. DT: Desviación típica.

Tabla 5.7 Comparación de las dimensiones del SQT según el estado civil

Dimensión	Solteros		Casados		Viudos		Separados		<i>F</i>	<i>p</i>
	<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>M</i>	<i>DT</i>		
CE	23.05	10.16	23.56	11.53	28.50	28.99	21.00	9.41	0.26	.085
DP	8.923	5.37	6.94	5.51	4.00	4.24	5.60	4.22	1.54	.21
RP	5.13	8.65	37.50	7.23	40.50	4.95	40.00	2.91	1.18	.32

Nota. CE: Cansancio emocional, DP: Despersonalización, RP: Realización personal en el trabajo. M: media. DT: Desviación típica

Tabla 5.8 Comparación de las dimensiones del SQT según el nivel de estudios

Dimensión	FP		Diplomaturas		Licenciaturas		<i>F</i>	<i>p</i>
	<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>M</i>	<i>DT</i>		
CE	23.20	10.46	23.99	11.53	20.14	9.58	0.39	.68
DP	7.05	4.85	7.86	5.77	6.43	3.50	0.34	.71
RP	37.70	7.50	35.96	7.79	42.14	5.43	2.30	.11

Nota. CE: Cansancio emocional, DP: Despersonalización, RP: Realización personal en el trabajo. M: media. DT: Desviación típica

Tabla 5.9 Comparación de las dimensiones del SQT según estado de convivencia

Dimensión	Domicilio familiar			Compartido/con pareja			Vive sólo			F	p
	N	M	DT	N	M	DT	N	M	DT		
CE	50	22.98	10.16	31	24.97	13.25	16	22.56	9.90	0.375	.69
DP	50	6.78	5.21	31	7.55	5.35	16	10.19	5.83	2.451	.09
RP	50	36.80	7.71	31	36.03	8.32	16	38.06	6.68	0.362	.70

Nota. CE: Cansancio emocional, DP: Despersonalización, RP: Realización personal en el trabajo. M: media. DT: Desviación típica

Tabla 5.10 Comparación de las dimensiones del SQT según que tenga o no hijos

Dimensión	Con hijos			Sin hijos			t	p
	N	M	DT	N	M	DT		
CE	40	22.30	10.92	57	24.42	11.29	-0.923	.358
DP	40	6.03	5.29	57	8.68	5.32	-2.429	.017
RP	40	38.03	7.22	57	35.88	7.98	1.357	.18

Nota. CE: Cansancio emocional, DP: Despersonalización, RP: Realización personal en el trabajo. M: media. DT: Desviación típica.

Tabla 5.11 Comparación de las dimensiones del SQT según la unidad de trabajo

Dimensión	UCI			URGENCIAS			t	p
	N	M	DT	N	M	DT		
CE	42	26.19	10.91	55	21.53	10.97	-2.080	.040
DP	42	8.33	5.14	55	7.02	5.64	-1.182	.24
RP	42	35.81	7.51	55	37.49	7.85	1.065	.29

Nota. CE: Cansancio emocional, DP: Despersonalización, RP: Realización personal en el trabajo. M: media. DT: Desviación típica.

Tabla 5.12 Comparación de las dimensiones del SQT según Categoría profesional

Dimensión	Auxiliar de enfermería			Enfermería			t	p
	N	M	DT	N	M	DT		
CE	25	25.16	11.45	72	22.99	11.04	0.840	.40
DP	25	6.36	4.95	72	8.01	5.5	-1.314	.19
RP	25	37.44	7.84	72	36.53	7.70	0.508	.61

Nota. CE: Cansancio emocional, DP: Despersonalización, RP: Realización personal en el trabajo. M: media. DT: Desviación típica.

Tabla 5.13 Comparación de las dimensiones del SQT según la experiencia profesional

Dimensión	Baja (0-5 años)			Media (6-15 años)			Alta (>15 años)			F	p
	N	M	DT	N	M	DT	N	M	DT		
CE	14	20.79	10.16	72	22.86	10.60	11	31.55	13.14	3.592	.031
DP	14	7.71	5.12	72	7.93	5.63	11	5.18	4.17	1.228	.30
RP	14	35.64	7.30	72	37.08	7.34	11	36.09	10.74	0.248	.78

Nota. CE: Cansancio emocional, DP: Despersonalización, RP: Realización personal en el trabajo. M: media. DT: Desviación típica.

Tabla 5.14 Comparación de las dimensiones del SQT según trabajo o no el cónyuge

Dimensión	Sí trabaja			No trabaja			<i>t</i>	<i>p</i>
	N	M	DT	N	M	DT		
CE	61	23.57	11.70	2	18.50	7.78	0.606	.55
DP	61	7.20	5.46	2	2.00	1.41	1.335	.19
RP	61	37.05	7.78	2	35.50	10.60	0.275	.78

Nota. CE: Cansancio emocional, DP: Despersonalización, RP: Realización personal en el trabajo. M: media. DT: Desviación típica.

Tabla 5.15 Comparación de las dimensiones del SQT según tipo de contrato

Dimensión	Plantilla			Interino			Contratado			<i>F</i>	<i>p</i>
	N	M	DT	N	M	DT	N	M	DT		
CE	24	24.33	11.79	45	24.96	11.55	28	20.61	9.60	1.409	.25
DP	24	6.92	5.19	45	8.44	5.66	28	6.79	5.2	1.046	.35
RP	24	35.08	8.85	45	36.73	7.61	28	38.25	6.73	1.093	.34

Nota. CE: Cansancio emocional, DP: Despersonalización, RP: Realización personal en el trabajo. M: media. DT: Desviación típica

Tabla 5.16 Comparación de las dimensiones del SQT según que tenga o no jornada adicional

Dimensión	Con jornada adicional.			Sin jornada adicional.			<i>t</i>	<i>p</i>
	N	M	DT	N	M	DT		
CE	26	18.08	10.06	71	25.55	10.89	-3.05	.003
DP	26	6.08	5.28	71	8.14	5.43	-1.670	.10
RP	26	37.42	8.00	71	36.52	7.64	0.509	.61

Nota. CE: Cansancio emocional, DP: Despersonalización, RP: Realización personal en el trabajo. M: media. DT: Desviación típica

Tabla 5.17 Comparación de las dimensiones del SQT según tipo de turno

Dimensión	Fijo			Rodado con noches			Rodado sin noches			<i>F</i>	<i>p</i>
	N	M	DT	N	M	DT	N	M	DT		
CE	18	22.39	12.33	77	23.56	10.93	2	33.50	2.12	0.895	.41
DP	18	5.83	5.99	77	7.99	5.29	2	8.00	5.66	1.153	.32
RP	18	34.56	10.99	77	37.47	6.56	2	29.50	12.02	1.988	.14

Nota. CE: Cansancio emocional, DP: Despersonalización, RP: Realización personal en el trabajo. M: media. DT: Desviación típica

Tabla 5.18 Comparación de las dimensiones del SQT según formación académica extralaboral

Dimensión	Sí formación			No formación			<i>t</i>	<i>p</i>
	N	M	DT	N	M	DT		
CE	60	23.57	11.07	37	23.51	11.37	0.023	.98
DP	60	7.35	5.25	37	7.97	5.78	-0.546	.59
RP	60	37.60	7.68	37	35.41	7.66	1.368	.17

Nota. CE: Cansancio emocional, DP: Despersonalización, RP: Realización personal en el trabajo. M: media. DT: Desviación típica

Tabla 5.19 Correlaciones de Pearson entre las dimensiones del SQT y la antigüedad laboral en el servicio

Dimensión	<i>r</i>	<i>p</i>
Cansancio emocional	0.122	.23
Despersonalización	0.097	.34
Realización personal en el trabajo	-0,230	.023

Nota: *r*: coeficiente de correlación de Pearson. *p*: nivel crítico de probabilidad.

Tabla 5.20 Correlaciones de Pearson entre las dimensiones del SQT y la edad

Dimensión	<i>r</i>	<i>p</i>
Cansancio emocional	0.182	.075
Despersonalización	-0.060	.56
Realización personal en el trabajo	0.068	.51

Nota: *r*: coeficiente de correlación de Pearson. *p*: nivel crítico de probabilidad

Otra variable laboral que resultó significativa para la muestra total fueron los *años de experiencia laboral* (tabla 5.13), en el sentido de encontrar puntuaciones más altas en cansancio emocional en el grupo de profesionales de más de 15 años de experiencia profesional ($p < .05$). También son más propensos al agotamiento emocional aquellos profesionales que no desarrollan otro trabajo/jornada adicional a su jornada ordinaria de trabajo ($p < 0.05$) (tabla 5.16). Por otro lado, el análisis de las variables cuantitativas nos muestra una correlación significativa, de forma que los profesionales con más antigüedad laboral en el servicio muestran una menor realización personal en el trabajo ($p < 0.05$) (tabla 5.19).

5.1.2 Estado general de salud percibida y satisfacción laboral

A continuación se exponen los análisis descriptivos de ambas variables, analizando también su relación con el perfil sociodemográfico y laboral de los profesionales.

5.1.2.1 Estado general de salud percibida

a) Análisis descriptivo

En la tabla 5.21 se pueden observar los estadísticos descriptivos obtenidos en la medición a través del GHQ-28 siguiendo un formato de puntuación de escala Likert que gradúa de 0 a 3 la frecuencia de los síntomas en cada escala.

Como se puede observar en dicha tabla, la escala que registra una media más elevada en la muestra total de profesionales es la escala C (disfunción social), seguida de una puntuación muy próxima por la escala A (síntomas psicósomáticos).

En la tabla 5.22 se pueden observar los estadísticos descriptivos obtenidos siguiendo la tradicional escala de puntuación GHQ que determina el número de síntomas presente (ausencia/presencia de síntomas). Siguiendo este tipo de puntuación la escala que presenta un mayor número de “casos” o presencia de sintomatología es la escala referida a los síntomas “físicos” o psicósomáticos (escala A).

Tabla 5.21 Estadísticos descriptivos Estado General de Salud Percibida medida a través del cuestionario GHQ-28 (Puntuación tipo Likert) (N=97)

	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
GHQ TOTAL	4	61	22.45	11.04
GHQ_A	0	18	7.06	4.23
GHQ_B	0	19	6.45	4.39
GHQ_C	2	18	7.36	2.41
GHQ_D	0	16	1.60	2.89

Nota: GHQ-total: puntuación global estado de salud general; GHQ-A: escala de síntomas psicósomáticos; GHQ-B: escala de síntomas de ansiedad-insomnio; GHQ-C: escala de disfunción social; GHQ-D: escala de síntomas depresivos.

Tabla 5.22 Estadísticos descriptivos GHQ-28 (Puntuación GHQ) (N=97)

	<i>Mínimo</i>	<i>Máximo</i>	<i>Media</i>	<i>Desv. típ.</i>
GHQ TOTAL	0	25	5.15	5.80
GHQA	0	7	2.06	2.33
GHQB	0	7	1.79	2.20
GHQC	0	7	0.97	1.56
GHQD	0	7	0.33	1.10

Nota: *GHQ-total: puntuación global estado de salud general; GHQ-A: escala de síntomas psicósomáticos; GHQ-B: escala de síntomas de ansiedad-insomnio; GHQ-C: escala de disfunción social; GHQ-D: escala de síntomas depresivos.*

Las puntuaciones obtenidas nos indican que nos encontramos con una muestra que refiere un estado general de salud bastante elevado, aunque la subescala de “disfunción social” o también denominada de “bienestar cotidiano” por el estudio de validación española de Godoy, Godoy, López y Sánchez (2002) es la que obtiene puntuaciones medias más elevadas (mayor frecuencia de sintomatología o vulnerabilidad psíquica), de forma similar a lo que estos autores encontraron en su estudio realizado con estudiantes universitarios, si bien estos autores utilizaron el formato de puntuación Likert en sentido inverso a como en el presente estudio se ha realizado, es decir, a mayor puntuación obtenida en cada escala mejor salud o bienestar psíquico.

Por otro lado, si nos centramos en el formato de puntuación GHQ, que nos permite discriminar entre posibles casos de “vulnerabilidad psíquica” dentro de una determinada población o muestra, y tomamos como punto de corte la puntuación 6/7 (6=no caso y 7=caso) al igual que han realizado otros estudios anteriormente (García et al, 2000; Lobo, Pérez y Artal, 1986; Santamaría y Soto, 2005), los datos muestran una prevalencia del 33% en cuanto a vulnerabilidad psíquica en la muestra de profesionales estudiados, no existiendo diferencias significativas entre las unidades de trabajo analizadas.

b) Análisis de la relación entre el Estado General de Salud percibido y las variables sociodemográficas y laborales

El desarrollo de este análisis estadístico únicamente ha mostrado diferencias significativas para la variable presencia/ausencia de hijos ($t=-2,11$; $p<0.05$) (tabla 5.27) con respecto a la subescala de “disfunción social”, en el sentido que los profesionales con hijos muestran una menor frecuencia de síntomas que los profesionales que no tienen hijos. Por otro lado, también ha resultado significativa la variable edad con respecto a las subescalas de síntomas de ansiedad y depresión (subescalas B y D del GHQ-28) (ver tabla 5.37). En este sentido, a medida que se incrementa la edad, los profesionales expresan una mayor frecuencia de síntomas de ansiedad ($r=0,218$; $p<0.05$) y de depresión ($r=0,231$; $p<0.05$).

Tabla 5.23 Comparación del estado general de salud según el sexo

Dimensión	Varones			Mujeres			<i>t</i>	<i>p</i>
	N	M	DT	N	M	DT		
GHQT	25	24.04	14.38	72	21.90	9.68	0.691	.49
GHQA	25	7.36	4.13	72	6.96	4.28	0.408	.68
GHQB	25	6.52	5.29	72	6.43	4.08	0.087	.93
GHQC	25	8.16	3.25	72	7.08	2.00	1.558	.13
GHQD	25	2.00	3.93	72	1.46	2.45	0.805	.43

Nota. GHQ-total: puntuación global estado de salud general; GHQ-A: escala de síntomas psicósomáticos; GHQ-B: escala de síntomas de ansiedad-insomnio; GHQ-C: escala de disfunción social; GHQ-D: escala de síntomas depresivos. M: media. DT: Desviación típica.

Tabla 5.24 Comparación del estado general de salud según el estado civil

Dimensión	Solteros		Casados		Viudos		Separados		<i>F</i>	<i>p</i>
	<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>M</i>	<i>DT</i>		
GHQT	24.08	12.56	21.44	10.17	23.50	16.26	20.20	6.14	0.488	.69
GHQA	7.42	3.88	7.00	4.65	5.00	1.41	5.80	2.77	0.395	.76
GHQB	6.29	4.32	6.46	4.46	9.50	9.19	6.40	3.43	0.332	.80
GHQC	7.71	3.00	7.10	1.84	8.00	4.24	7.20	2.49	0.521	.67
GHQD	2.66	3.96	0.92	1.69	1.00	1.41	0.80	1.09	2.972	.04

Nota. GHQ-total: puntuación global estado de salud general; GHQ-A: escala de síntomas psicósomáticos; GHQ-B: escala de síntomas de ansiedad-insomnio; GHQ-C: escala de disfunción social; GHQ-D: escala de síntomas depresivos. M: media. DT: Desviación típica

Tabla 5.25 Comparación del estado general de salud según el nivel de estudios

Dimensión	FP		Diplomaturas		Licenciaturas		F	p
	M	DT	M	DT	M	DT		
GHQT	22.40	11.27	23.06	11.13	16.57	8.89	1.101	.34
GHQA	6.75	4.95	7.39	4.04	4.71	3.55	1.349	.26
GHQB	6.15	3.39	6.73	4.72	4.57	3.21	0.825	.44
GHQC	7.00	1.95	7.47	2.52	7.29	2.69	0.296	.74
GHQD	2.50	3.56	1.50	2.76	0.00	0.00	2.129	.12

Nota. GHQ-total: puntuación global estado de salud general; GHQ-A: escala de síntomas psicossomáticos; GHQ-B: escala de síntomas de ansiedad-insomnio; GHQ-C: escala de disfunción social; GHQ-D: escala de síntomas depresivos. M: media. DT: Desviación típica

Tabla 5.26 Comparación del estado general de salud según estado de convivencia

Dimensión	Domicilio familiar			Compartido/con pareja			Vive sólo			F	p
	N	M	DT	N	M	DT	N	M	DT		
GHQT	50	21.16	9.28	31	22.94	11.13	16	25.56	15.31	1.007	.37
GHQA	50	7.10	4.04	31	6.74	4.55	16	7.56	4.38	0.200	.82
GHQB	50	6.00	4.15	31	7.00	4.68	16	6.81	4.69	0.555	.58
GHQC	50	6.88	1.78	31	7.74	2.54	16	8.13	3.50	2.240	.11
GHQD	50	1.18	1.85	31	1.52	2.91	16	3.06	4.75	2.675	.07

Nota. GHQ-total: puntuación global estado de salud general; GHQ-A: escala de síntomas psicossomáticos; GHQ-B: escala de síntomas de ansiedad-insomnio; GHQ-C: escala de disfunción social; GHQ-D: escala de síntomas depresivos. M: media. DT: Desviación típica

Tabla 5.27 Comparación del estado general de salud según que tenga o no hijos

Dimensión	Con hijos			Sin hijos			t	p
	N	M	DT	N	M	DT		
GHQT	40	20.90	9.83	57	23.54	11.78	-1.163	.25
GHQA	40	6.98	4.07	57	7.12	4.37	-0.169	.87
GHQB	40	6.15	4.38	57	6.67	4.43	-0.568	.57
GHQC	40	6.80	1.67	57	7.75	2.77	-2.114	.04
GHQD	40	1.02	1.66	57	2.00	3.47	-1.843	.07

Nota. GHQ-total: puntuación global estado de salud general; GHQ-A: escala de síntomas psicossomáticos; GHQ-B: escala de síntomas de ansiedad-insomnio; GHQ-C: escala de disfunción social; GHQ-D: escala de síntomas depresivos. M: media. DT: Desviación típica

Tabla 5.28 Comparación del estado general de salud según la unidad de trabajo

Dimensión	UCI			URGENCIAS			t	p
	N	M	DT	N	M	DT		
GHQT	42	23.36	11.86	55	21.76	10.43	-0.703	.48
GHQA	42	7.19	4.32	55	6.96	4.19	-0.261	.79
GHQB	42	6.71	4.78	55	6.25	4.11	-0.509	.61
GHQC	42	7.67	2.42	55	7.13	2.40	-1.093	.28
GHQD	42	1.79	3.39	55	1.45	2.47	-0.557	.58

Nota. GHQ-total: puntuación global estado de salud general; GHQ-A: escala de síntomas psicossomáticos; GHQ-B: escala de síntomas de ansiedad-insomnio; GHQ-C: escala de disfunción social; GHQ-D: escala de síntomas depresivos. M: media. DT: Desviación típica

Tabla 5.29 Comparación del estado general de salud según categoría profesional

Dimensión	Auxiliar de enfermería			Enfermería			<i>t</i>	<i>p</i>
	N	M	DT	N	M	DT		
GHQT	25	23.88	10.86	72	21.96	11.13	0.748	.46
GHQA	25	7.52	5.07	72	6.90	3.92	0.554	.58
GHQB	25	6.92	3.67	72	6.29	4.63	0.614	.54
GHQC	25	7.24	2.35	72	7.40	2.45	-0.289	.77
GHQD	25	2.20	3.27	72	1.39	2.74	1.211	.23

Nota. GHQ-total: puntuación global estado de salud general; GHQ-A: escala de síntomas psicossomáticos; GHQ-B: escala de síntomas de ansiedad-insomnio; GHQ-C: escala de disfunción social; GHQ-D: escala de síntomas depresivos. M: media. DT: Desviación típica

Tabla 5.30 Comparación del estado general de salud según la experiencia profesional

Dimensión	Baja (0-5 años)			Media (6-15 años)			Alta (>15 años)			<i>F</i>	<i>p</i>
	N	M	DT	N	M	DT	N	M	DT		
GHQT	14	24.93	12.19	72	21.99	11.15	11	22.36	9.16	0.412	.66
GHQA	14	8.21	3.96	72	6.86	4.25	11	6.91	4.53	0.604	.55
GHQB	14	6.50	4.80	72	6.31	4.27	11	7.36	4.96	0.274	.76
GHQC	14	7.93	1.94	72	7.31	2.61	11	7.00	1.41	0.525	.59
GHQD	14	2.29	4.12	72	1.51	2.78	11	1.27	1.55	0.490	.61

Nota. GHQ-total: puntuación global estado de salud general; GHQ-A: escala de síntomas psicossomáticos; GHQ-B: escala de síntomas de ansiedad-insomnio; GHQ-C: escala de disfunción social; GHQ-D: escala de síntomas depresivos. M: media. DT: Desviación típica

Tabla 5.31 Comparación del estado general de salud según trabajo o no el cónyuge

Dimensión	Sí trabaja			No trabaja			<i>t</i>	<i>p</i>
	N	M	DT	N	M	DT		
GHQT	61	21.31	9.82	2	21.00	14.14	0.044	.96
GHQA	61	6.93	4.32	2	5.50	3.54	0.463	.64
GHQB	61	6.16	4.44	2	7.50	6.36	-0,415	.68
GHQC	61	7.26	1.98	2	6.50	2.12	0.534	.59
GHQD	61	0.98	1.67	2	1.50	2.12	-0.429	.67

Nota. GHQ-total: puntuación global estado de salud general; GHQ-A: escala de síntomas psicossomáticos; GHQ-B: escala de síntomas de ansiedad-insomnio; GHQ-C: escala de disfunción social; GHQ-D: escala de síntomas depresivos. M: media. DT: Desviación típica

Tabla 5.32 Comparación del estado general de salud según tipo de contrato

Dimensión	Plantilla			Interino			Contratado			<i>F</i>	<i>p</i>
	N	M	DT	N	M	DT	N	M	DT		
GHQT	24	21.96	11.91	45	22.58	10.92	28	22.68	10.86	0.032	.97
GHQA	24	6.63	4.39	45	7.51	4.29	28	6.71	4.05	0.472	.62
GHQB	24	6.42	4.59	45	6.51	4.56	28	6.39	4.10	0.007	.99
GHQC	24	6.92	2.62	45	7.29	2.33	28	7.86	2.35	1.020	.36
GHQD	24	2.08	3.26	45	1.27	2.38	28	1.71	3.33	0.651	.52

Nota. GHQ-total: puntuación global estado de salud general; GHQ-A: escala de síntomas psicossomáticos; GHQ-B: escala de síntomas de ansiedad-insomnio; GHQ-C: escala de disfunción social; GHQ-D: escala de síntomas depresivos. M: media. DT: Desviación típica

Tabla 5.33 Comparación del estado general de salud según que tenga o no jornada adicional

Dimensión	Con jornada adicional.			Sin jornada adicional.			<i>t</i>	<i>p</i>
	N	M	DT	N	M	DT		
GHQT	26	21.38	10.68	71	22.85	11.22	-0.575	.57
GHQA	26	6.73	3.85	71	7.18	4.38	-0.465	.64
GHQB	26	5.81	3.91	71	6.69	4.56	-0.875	.38
GHQC	26	7.42	2.39	71	7.34	2.44	0.153	.88
GHQD	26	1.42	3.29	71	1.66	2.76	-0.359	.72

Nota. GHQ-total: puntuación global estado de salud general; GHQ-A: escala de síntomas psicossomáticos; GHQ-B: escala de síntomas de ansiedad-insomnio; GHQ-C: escala de disfunción social; GHQ-D: escala de síntomas depresivos. M: media. DT: Desviación típica

Tabla 5.34 Comparación del estado general de salud según tipo de turno

Dimensión	Fijo			Rodado con noches			Rodado sin noches			<i>F</i>	<i>p</i>
	N	M	DT	N	M	DT	N	M	DT		
GHQT	18	19.56	10.79	77	23.38	10.98	2	13.00	12.73	1.644	.20
GHQA	18	6.33	4.85	77	7.31	4.06	2	4.00	5.66	0.925	.40
GHQB	18	5.89	4.07	77	6.65	4.50	2	4.00	2.83	0.532	.59
GHQC	18	6.50	1.58	77	7.62	2.48	2	5.00	4.24	2.649	.08
GHQD	18	0.94	1.89	77	1.79	3.09	2	0.00	0.00	0.937	.39

Nota. GHQ-total: puntuación global estado de salud general; GHQ-A: escala de síntomas psicossomáticos; GHQ-B: escala de síntomas de ansiedad-insomnio; GHQ-C: escala de disfunción social; GHQ-D: escala de síntomas depresivos. M: media. DT: Desviación típica

Tabla 5.35 Comparación del estado general de salud según formación académica extralaboral

Dimensión	Sí formación			No formación			<i>t</i>	<i>p</i>
	N	M	DT	N	M	DT		
GHQT	60	20.88	10.12	37	25.00	12.09	-1.805	.07
GHQA	60	6.48	3.85	37	8.00	4.68	-1.734	.09
GHQB	60	5.77	3.94	37	7.57	4.89	-1.992	.05
GHQC	60	7.15	2.36	37	7.70	2.49	-1.098	.27
GHQD	60	1.48	2.45	37	1.78	3.52	-0.495	.62

Nota. GHQ-total: puntuación global estado de salud general; GHQ-A: escala de síntomas psicossomáticos; GHQ-B: escala de síntomas de ansiedad-insomnio; GHQ-C: escala de disfunción social; GHQ-D: escala de síntomas depresivos. M: media. DT: Desviación típica

Tabla 5.36 Correlaciones de Pearson entre el estado general de salud y la edad

Factores del GHQ-28	<i>r</i>	<i>p</i>
GHQT	0.190	.06
GHQA	0.080	.44
GHQB	0.218	.03
GHQC	0.067	.52
GHQD	0.231	.02

Nota. GHQ-total: puntuación global estado de salud general; GHQ-A: escala de síntomas psicossomáticos; GHQ-B: escala de síntomas de ansiedad-insomnio; GHQ-C: escala de disfunción social; GHQ-D: escala de síntomas depresivos; *r*: coeficiente de correlación de Pearson. *p*: nivel crítico de probabilidad

Tabla 5.37 Correlaciones de Pearson entre el estado general de salud y la antigüedad laboral en el servicio

Factores del GHQ-28	<i>r</i>	<i>p</i>
GHQT	0.017	.87
GHQA	0.047	.65
GHQB	-0.021	.83
GHQC	-0.034	.74
GHQD	0.063	.54

Nota. GHQ-total: puntuación global estado de salud general; GHQ-A: escala de síntomas psicósomáticos; GHQ-B: escala de síntomas de ansiedad-insomnio; GHQ-C: escala de disfunción social; GHQ-D: escala de síntomas depresivos; *r*: coeficiente de correlación de Pearson. *p*: nivel crítico de probabilidad

5.1.2.2 Satisfacción laboral

a) Análisis descriptivo

En la tabla 5.38 se pueden observar los estadísticos descriptivos referidos a la satisfacción laboral y sus diferentes dimensiones evaluadas a través del cuestionario Font Roja (1988). Teniendo en cuenta la escala de puntuación que se ha utilizado (tipo Likert de 1 a 5 puntos), se obtienen unos valores moderados en satisfacción laboral global. Como se puede observar, la dimensión laboral con la que los profesionales se encuentran más satisfechos es la relación con los compañeros del trabajo, mientras que el factor que refleja una puntuación media menor en satisfacción es el reconocimiento profesional (características extrínsecas de status).

Tabla 5.38 Estadísticos descriptivos satisfacción laboral medida a través del cuestionario Font Roja (1988) (N= 97)

	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
SATISFACCION LABORAL GLOBAL	2.33	4.49	3.29	0.405
Satisfacción laboral	1.50	5.00	3.78	0.610
Tensión laboral	1.60	4.20	2.80	0.597
Competencia profesional	1.33	5.00	3.79	0.649
Presión laboral	1.00	5.00	2.84	0.888
Promoción profesional	1.00	5.00	2.99	0.792
Relación con jefes	1.00	5.00	3.55	0.826
Relación con compañeros	1.00	5.00	4.00	0.736
Características extrínsecas/ estatus	1.00	4.00	2.60	0.710
Monotonía laboral	1.50	4.50	3.18	0.722

b) Análisis de la relación entre satisfacción laboral global y variables sociodemográficas y laborales

El desarrollo de este análisis nos muestra cuatro variables que han resultado significativas: las variables *género*, *unidad*, desarrollo de *jornadas adicionales* y la *antigüedad laboral* en el servicio de trabajo. Concretamente, los resultados muestran que las mujeres (tabla 5.39) obtienen puntuaciones más elevadas de satisfacción laboral ($t=-2,009$; $p<0.05$), y que los profesionales de Urgencias se encuentran más satisfechos con su trabajo que los profesionales de Intensivos ($t=2,63$; $p\leq 0.10$). Dichas diferencias según la unidad de trabajo se pueden observar en la tabla 5.44.

Por otro lado, los profesionales que realizan jornadas adicionales expresan mayor satisfacción laboral que aquellos que no las realizan ($t=2,29$; $p<0.05$) (tabla 5.49) y también, conforme se incrementa la antigüedad en su actual servicio de trabajo existe un descenso en las puntuaciones medias de satisfacción laboral global ($r=-0,204$; $p<0.05$) (tabla 5.52).

Tabla 5.39 Comparación de los factores de satisfacción laboral según el sexo

Factor	Varones			Mujeres			<i>t</i>	<i>p</i>
	N	M	DT	N	M	DT		
Satisfacción Global	25	3.15	0.42	72	3.33	0.39	-2.009	.05
FR1	25	3.37	0.74	72	3.92	0.49	-3.474	.00
FR2	25	2.98	0.61	72	2.74	0.58	1.718	.09
FR3	25	3.76	0.61	72	3.80	0.66	-0.300	.76
FR4	25	2.82	0.92	72	2.85	0.88	-0.165	.87
FR5	25	2.73	0.86	72	3.08	0.75	-1.928	.06
FR6	25	3.12	1.07	72	3.69	0.67	-2.512	.02
FR7	25	3.88	0.72	72	4.04	0.74	-0.946	.35
FR8	25	2.46	0.73	72	2.65	0.70	-1.171	.24
FR9	25	3.00	0.75	72	3.24	0.71	-1.416	.16

Nota. FR1: satisfacción laboral con el puesto; FR2: tensión laboral; FR3: competencia profesional; FR4: presión laboral; FR5: promoción profesional; FR6: relación con los jefes; FR7: relación con los compañeros; FR8: características extrínsecas/estatus laboral; FR9: monotonía laboral

Tabla 5.40 Comparación de los factores de satisfacción laboral según el estado civil

Factor	Solteros		Casados		Viudos		Separados		F	p
	M	DT	M	DT	M	DT	M	DT		
Satisfacción Global	3.22	0.44	3.33	0.37	3.15	0.98	3.46	0.23	,919	.43
FR1	3.67	0.70	3.83	0.52	4.00	1.06	4.00	0.59	0.826	.48
FR2	2.88	0.50	2.77	0.66	2.40	0.28	2.72	0.67	0.595	.62
FR3	3.73	0.70	3.84	0.62	3.83	1.18	3.73	0.55	0.252	.86
FR4	2.92	0.94	2.80	0.86	3.00	1.41	2.70	0.76	0.201	.89
FR5	2.89	0.71	3.05	0.83	2.67	1.41	3.33	0.85	0.738	.53
FR6	3.35	0.97	3.63	0.71	3.50	0.00	4.10	0.55	1.659	.18
FR7	3.97	0.75	4.00	0.74	3.50	0.71	4.40	0.55	0.811	.49
FR8	2.50	0.72	2.65	0.70	2.50	0.71	2.90	0.74	0.653	.58
FR9	3.08	0.72	3.24	0.70	3.00	2.12	3.30	0.27	0.448	.71

Nota. FR1: satisfacción laboral con el puesto; FR2: tensión laboral; FR3: competencia profesional; FR4: presión laboral; FR5: promoción profesional; FR6: relación con los jefes; FR7: relación con los compañeros; FR8: características extrínsecas/estatus laboral; FR9: monotonía laboral

Tabla 5.41 Comparación de los factores de satisfacción laboral según el nivel de estudios

Factor	FP		Diplomaturas		Licenciaturas		F	p
	M	DT	M	DT	M	DT		
Satisfacción Global	3.24	0.36	3.30	0.41	3.33	0.46	0.210	.81
FR1	3.87	0.60	3.76	0.57	3.68	1.04	0.357	.70
FR2	2.63	0.51	2.83	0.63	2.97	0.48	1.211	.30
FR3	3.95	0.58	3.74	0.64	3.86	0.90	0.845	.43
FR4	2.65	0.78	2.86	0.92	3.21	0.75	1.107	.33
FR5	3.02	0.78	2.99	0.82	2.90	0.57	0.051	.95
FR6	3.82	0.71	3.50	0.82	3.21	1.03	1.845	.16
FR7	3.75	0.97	4.08	0.67	3.86	0.38	1.789	.17
FR8	2.47	0.68	2.61	0.74	2.86	0.47	0.777	.46
FR9	2.97	0.66	3.21	0.74	3.43	0.67	1.276	.28

Nota. FR1: satisfacción laboral con el puesto; FR2: tensión laboral; FR3: competencia profesional; FR4: presión laboral; FR5: promoción profesional; FR6: relación con los jefes; FR7: relación con los compañeros; FR8: características extrínsecas/estatus laboral; FR9: monotonía laboral

Tabla 5.42 Comparación de los factores de satisfacción laboral según estado de convivencia

Factor	Domicilio familiar			Compartido/con pareja			Vive sólo			F	p
	N	M	DT	N	M	DT	N	M	DT		
Satisfacción Global	50	3.36	0.38	31	3.22	0.46	16	3.16	0.35	2.096	.13
FR1	50	3.83	0.54	31	3.77	0.66	16	3.62	0.73	0.716	.49
FR2	50	2.78	0.60	31	2.77	0.65	16	2.92	0.49	0.408	.67
FR3	50	3.79	0.63	31	3.78	0.73	16	3.81	0.57	0.009	.99
FR4	50	3.01	0.80	31	2.48	0.93	16	3.03	0.88	4.017	.02
FR5	50	3.16	0.74	31	2.76	0.89	16	2.92	0.67	2.569	.08
FR6	50	3.62	0.75	31	3.52	0.85	16	3.37	1.02	0.558	.57
FR7	50	3.98	0.71	31	4.19	0.65	16	3.69	0.87	2.618	.08
FR8	50	2.71	0.60	31	2.66	0.86	16	2.16	0.57	4.080	.02
FR9	50	3.28	0.67	31	3.10	0.79	16	3.00	0.73	1.186	.31

Nota. FR1: satisfacción laboral con el puesto; FR2: tensión laboral; FR3: competencia profesional; FR4: presión laboral; FR5: promoción profesional; FR6: relación con los jefes; FR7: relación con los compañeros; FR8: características extrínsecas/estatus laboral; FR9: monotonía laboral

Tabla 5.43 Comparación de los factores de satisfacción laboral según que tenga o no hijos

Factor	Con hijos			Sin hijos			t	p
	N	M	DT	N	M	DT		
Satisfacción Global	40	3.34	0.34	57	3.25	0.44	1.191	.24
FR1	40	3.89	0.41	57	3.70	0.71	1.680	.10
FR2	40	2.79	0.68	57	2.81	0.53	-0.117	.91
FR3	40	3.77	0.56	57	3.80	0.71	-0.246	.81
FR4	40	2.86	0.84	57	2.83	0.93	0.158	.87
FR5	40	3.11	0.81	57	2.91	0.77	1.200	.23
FR6	40	3.72	0.66	57	3.42	0.91	1.907	.06
FR7	40	3.95	0.75	57	4.03	0.73	-0.558	.58
FR8	40	2.62	0.67	57	2.59	0.74	0.253	.80
FR9	40	3.22	0.66	57	3.14	0.77	0.567	.57

Nota. FR1: satisfacción laboral con el puesto; FR2: tensión laboral; FR3: competencia profesional; FR4: presión laboral; FR5: promoción profesional; FR6: relación con los jefes; FR7: relación con los compañeros; FR8: características extrínsecas/estatus laboral; FR9: monotonía laboral

Tabla 5.44 Comparación de los factores de satisfacción laboral según la unidad de trabajo

Factor	UCI			URGENCIAS			<i>t</i>	<i>p</i>
	N	M	DT	N	M	DT		
Satisfacción Global	42	3.16	0.455	55	3.38	0.330	2.635	.01
FR1	42	3.65	0.720	55	3.88	0.495	1.798	.08
FR2	42	2.74	0.581	55	2.85	0.609	0.907	.37
FR3	42	3.59	0.706	55	3.94	0.561	2.741	.00
FR4	42	2.43	0.934	55	3.16	0.707	4.411	.00
FR5	42	2.90	0.874	55	3.06	0.723	0.960	.34
FR6	42	3.40	0.878	55	3.65	0.775	1.484	.14
FR7	42	4.05	0.731	55	3.96	0.744	-0.555	.58
FR8	42	2.62	0.763	55	2.59	0.674	-0.192	.85
FR9	42	3.13	0.812	55	3.21	0.650	0.526	.60

Nota. FR1: satisfacción laboral con el puesto; FR2: tensión laboral; FR3: competencia profesional; FR4: presión laboral; FR5: promoción profesional; FR6: relación con los jefes; FR7: relación con los compañeros; FR8: características extrínsecas/estatus laboral; FR9: monotonía laboral

Tabla 5.45 Comparación de los factores de satisfacción laboral según categoría profesional

Factor	Auxiliar de enfermería			Enfermería			<i>t</i>	<i>p</i>
	N	M	DT	N	M	DT		
Satisfacción Global	25	3.18	0.39	72	3.32	0.41	-1.589	.11
FR1	25	3.68	0.74	72	3.82	0.56	-0.959	.34
FR2	25	2.51	0.53	72	2.90	0.59	-2.918	.00
FR3	25	3.92	0.62	72	3.75	0.65	1.141	.26
FR4	25	2.70	0.83	72	2.89	0.91	-0.950	.34
FR5	25	2.93	0.73	72	3.01	0.81	-0.434	.66
FR6	25	3.70	0.92	72	3.49	0.79	1.080	.28
FR7	25	3.76	0.92	72	4.08	0.64	-1.616	.12
FR8	25	2.46	0.69	72	2.65	0.71	-1.171	.24
FR9	25	2.94	0.63	72	3.26	0.74	-1.918	.06

Nota. FR1: satisfacción laboral con el puesto; FR2: tensión laboral; FR3: competencia profesional; FR4: presión laboral; FR5: promoción profesional; FR6: relación con los jefes; FR7: relación con los compañeros; FR8: características extrínsecas/estatus laboral; FR9: monotonía laboral

Tabla 5.46 Comparación de los factores de satisfacción laboral según la experiencia profesional

Factor	Baja (0-5 años)			Media (6-15 años)			Alta (>15 años)			F	p
	N	M	DT	N	M	DT	N	M	DT		
Satisfacción Global	14	3.30	0.45	72	3.30	0.40	11	3.19	0.40	0.367	.69
FR1	14	3.70	0.78	72	3.80	0.60	11	3.77	0.42	0.162	.85
FR2	14	2.76	0.41	72	2.81	0.60	11	2.77	0.78	0.066	.94
FR3	14	3.52	0.68	72	3.82	0.65	11	3.94	0.57	1.582	.21
FR4	14	2.96	0.93	72	2.76	0.88	11	3.23	0.82	1.460	.24
FR5	14	3.31	0.62	72	2.96	0.82	11	2.82	0.75	1.474	.23
FR6	14	3.14	1.10	72	3.62	0.77	11	3.59	0.73	1.997	.14
FR7	14	4.00	0.68	72	4.08	0.69	11	3.45	0.93	3.677	.03
FR8	14	3.10	0.62	72	2.55	0.71	11	2.32	0.56	5.004	.00
FR9	14	3.18	0.72	72	3.23	0.70	11	2.82	0.84	1.565	.21

Nota. FR1: satisfacción laboral con el puesto; FR2: tensión laboral; FR3: competencia profesional; FR4: presión laboral; FR5: promoción profesional; FR6: relación con los jefes; FR7: relación con los compañeros; FR8: características extrínsecas/estatus laboral; FR9: monotonía laboral

Tabla 5.47 Comparación de los factores de satisfacción laboral según trabaje o no el cónyuge

Factor	Sí trabaja			No trabaja			t	p
	N	M	DT	N	M	DT		
Satisfacción Global	61	3.31	0.40	2	3.57	0.13	-0.926	.36
FR1	61	3.83	0.53	2	4.00	0.71	-0,435	.66
FR2	61	2.75	0.66	2	2.90	0.14	-0,307	.76
FR3	61	3.79	0.68	2	4.00	0.00	-0.429	.67
FR4	61	2.76	0.92	2	3.00	0.00	-2.008	.05
FR5	61	2.98	0.85	2	3.50	0.71	-0,849	.40
FR6	61	3.61	0.74	2	3.75	0.35	-0.257	.80
FR7	61	4.03	0.71	2	4.50	0.71	-0.920	.36
FR8	61	2.70	0.72	2	3.00	1.41	-0.557	.58
FR9	61	3.22	0.71	2	3.50	0.00	-0.551	.58

Nota. FR1: satisfacción laboral con el puesto; FR2: tensión laboral; FR3: competencia profesional; FR4: presión laboral; FR5: promoción profesional; FR6: relación con los jefes; FR7: relación con los compañeros; FR8: características extrínsecas/estatus laboral; FR9: monotonía laboral

Tabla 5.48 Comparación de los factores de satisfacción laboral según tipo de contrato

Factor	Plantilla			Interino			Contratado			F	p
	N	M	DT	N	M	DT	N	M	DT		
Satisfacción Global	24	3.22	0.35	45	3.24	0.40	18	3.41	0.44	1.921	.15
FR1	24	3.61	0.49	45	3.79	0.57	18	3.91	0.74	1.545	.22
FR2	24	2.73	0.56	45	2.82	0.69	18	2.83	0.47	0.228	.80
FR3	24	3.73	0.49	45	3.85	0.71	18	3.75	0.68	0.316	.73
FR4	24	3.04	0.87	45	2.67	0.82	18	2.96	0.98	1.777	.17
FR5	24	2.82	0.72	45	2.90	0.84	18	3.30	0.71	3.128	.05
FR6	24	3.73	0.66	45	3.52	0.88	18	3.43	0.87	0.889	.41
FR7	24	3.92	0.72	45	3.96	0.77	18	4.14	0.70	0.760	.47
FR8	24	2.33	0.56	45	2.48	0.67	18	3.03	0.71	8.868	.00
FR9	24	3.10	0.78	45	3.10	0.75	18	3.36	0.61	1.257	.29

Nota. FR1: satisfacción laboral con el puesto; FR2: tensión laboral; FR3: competencia profesional; FR4: presión laboral; FR5: promoción profesional; FR6: relación con los jefes; FR7: relación con los compañeros; FR8: características extrínsecas/estatus laboral; FR9: monotonía laboral

Tabla 5.49 Comparación de los factores de satisfacción laboral según que tenga o no jornada adicional

Factor	Con jornada adicional.			Sin jornada adicional.			t	p
	N	M	DT	N	M	DT		
Satisfacción Global	26	3.44	0.46	71	3.23	0.37	2.295	.02
FR1	26	3.90	0.64	71	3.73	0.60	1.203	.23
FR2	26	3.07	0.54	71	2.70	0.59	2.769	.00
FR3	26	3.95	0.57	71	3.73	0.67	1.443	.15
FR4	26	2.86	0.97	71	2.84	0.86	0.005	.99
FR5	26	3.36	0.66	71	2.86	0.80	2.853	.00
FR6	26	3.65	0.90	71	3.51	0.80	0.773	.44
FR7	26	4.15	0.78	71	3.94	0.71	1.249	.21
FR8	26	2.75	0.71	71	2.55	0.71	1.236	.22
FR9	26	3.29	0.74	71	3.13	0.72	0.934	.35

Nota. FR1: satisfacción laboral con el puesto; FR2: tensión laboral; FR3: competencia profesional; FR4: presión laboral; FR5: promoción profesional; FR6: relación con los jefes; FR7: relación con los compañeros; FR8: características extrínsecas/estatus laboral; FR9: monotonía laboral

Tabla 5.50 Comparación de los factores de satisfacción laboral según tipo de turno

Factor	Fijo			Rodado con noches			Rodado sin noches			F	p
	N	M	DT	N	M	DT	N	M	DT		
Satisfacción Global	18	3.34	0.42	77	3.28	0.40	2	3.15	0.42	0.299	.74
FR1	18	3.71	0.54	77	3.81	0.63	2	3.37	0.53	0.643	.53
FR2	18	2.87	0.72	77	2.79	0.57	2	2.50	0.42	0.386	.68
FR3	18	4.20	0.47	77	3.69	0.66	2	3.83	0.23	4.809	.01
FR4	18	3.25	0.97	77	2.77	0.84	2	2.00	0.71	3.171	.05
FR5	18	2.87	0.83	77	3.03	0.79	2	2.66	0.47	0.469	.63
FR6	18	3.64	0.72	77	3.52	0.85	2	3.75	1.06	0.211	.81
FR7	18	4.00	0.59	77	3.99	0.77	2	4.50	0.71	0.468	.63
FR8	18	2.39	0.77	77	2.66	0.69	2	2.25	0.35	1.342	.27
FR9	18	3.22	0.75	77	3.16	0.72	2	3.50	0.71	0.264	.77

Nota. FR1: satisfacción laboral con el puesto; FR2: tensión laboral; FR3: competencia profesional; FR4: presión laboral; FR5: promoción profesional; FR6: relación con los jefes; FR7: relación con los compañeros; FR8: características extrínsecas/estatus laboral; FR9: monotonía laboral

Tabla 5.51 Comparación de los factores de satisfacción laboral según formación académica extralaboral

Factor	Sí formación			No formación			t	p
	N	M	DT	N	M	DT		
Satisfacción Global	60	3.30	0.40	37	3.27	0.41	0.266	.79
FR1	60	3.83	0.59	37	3.69	0.63	1.077	.28
FR2	60	2.78	0.60	37	2.83	0.60	-0.335	.74
FR3	60	3.81	0.67	37	3.75	0.61	0.430	.67
FR4	60	2.71	0.93	37	3.07	0.76	-1.964	.05
FR5	60	3.01	0.79	37	2.96	0.81	0.280	.78
FR6	60	3.70	0.73	37	3.30	0.92	2.388	.02
FR7	60	4.03	0.76	37	3.94	0.70	0.566	.57
FR8	60	2.59	0.72	37	2.62	0.70	-0.201	.84
FR9	60	3.20	0.66	37	3.13	0.81	0.428	.67

Nota. FR1: satisfacción laboral con el puesto; FR2: tensión laboral; FR3: competencia profesional; FR4: presión laboral; FR5: promoción profesional; FR6: relación con los jefes; FR7: relación con los compañeros; FR8: características extrínsecas/estatus laboral; FR9: monotonía laboral

Tabla 5.52 Correlaciones de Pearson entre los factores de la satisfacción laboral y la antigüedad laboral en el servicio

Factores	<i>r</i>	<i>p</i>
Satisfacción Global	-0.204	.04
FR1	-0.178	.08
FR2	-0.003	.98
FR3	0.059	.57
FR4	-0.117	.25
FR5	-0.200	.05
FR6	0.058	.57
FR7	-0.205	.04
FR8	-0.253	.01
FR9	-0.066	.52

Nota: *r*: coeficiente de correlación de Pearson. *p*: nivel crítico de probabilidad; FR1: satisfacción laboral con el puesto; FR2: tensión laboral; FR3: competencia profesional; FR4: presión laboral; FR5: promoción profesional; FR6: relación con los jefes; FR7: relación con los compañeros; FR8: características extrínsecas/estatus laboral; FR9: monotonía laboral

Tabla 5.53 Correlaciones de Pearson entre los factores de la satisfacción laboral y la edad

Factores	<i>r</i>	<i>p</i>
Satisfacción Global	-0.198	.05
FR1	-0.039	.70
FR2	-0.211	.04
FR3	0.018	.79
FR4	-0.028	.19
FR5	-0.135	.47
FR6	-0.074	.00
FR7	-0.372	.22
FR8	-0.125	.23
FR9	-0.122	.23

Nota: *r*: coeficiente de correlación de Pearson. *p*: nivel crítico de probabilidad; FR1: satisfacción laboral con el puesto; FR2: tensión laboral; FR3: competencia profesional; FR4: presión laboral; FR5: promoción profesional; FR6: relación con los jefes; FR7: relación con los compañeros; FR8: características extrínsecas/estatus laboral; FR9: monotonía laboral

5.1.3. Variables de personalidad

En este apartado se presenta, igualmente a como se ha realizado en apartados anteriores, el análisis descriptivo para cada una de las variables personales contempladas en la investigación, para posteriormente pasar a analizar su relación con las variables sociodemográficas y laborales.

5.1.3.1 Autoeficacia generalizada

a) Análisis descriptivo

En la tabla 5.54 se pueden observar los estadísticos descriptivos referidos a la variable autoeficacia generalizada. Para esta variable personal se registra una puntuación media superior que difiere estadísticamente de la puntuación media ofrecida por Sanjuán et al. (2000) en su estudio de adaptación de la escala a la población española ($t=9,67$; $p<0.01$).

Tabla 5.54 Estadísticos descriptivos autoeficacia generalizada

	Mínimo	Máximo	Media	DT
Autoeficacia generalizada	16	40	30,77	4,862

b) Análisis de la relación entre autoeficacia generalizada y las variables sociodemográficas y laborales

El desarrollo de dicho análisis no ha registrado diferencias significativas (veánse las tablas 5.55 a 5.69).

Tabla 5.55 Comparación de la autoeficacia generalizada según el sexo

	Varones			Mujeres			<i>t</i>	<i>p</i>
	N	M	DT	N	M	DT		
EAG	25	30.76	4.36	72	30.78	5.05	-0.016	.99

Nota: EAG: autoeficacia generalizada; M: media; DT: desviación típica; N: tamaño muestral

Tabla 5.56 Comparación de la autoeficacia generalizada según el estado civil

	<i>Solteros</i>		<i>Casados</i>		<i>Viudos</i>		<i>Separados</i>		<i>F</i>	<i>p</i>
	<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>M</i>	<i>DT</i>		
EAG	29.29	5.32	31.62	4.36	34.00	0.00	32.00	5.10	2.177	.10

Nota: EAG: autoeficacia generalizada; M: media; DT: desviación típica; N: tamaño muestral

Tabla 5.57 Comparación de la autoeficacia generalizada según el nivel de estudios

	<i>FP</i>		<i>Diplomaturas</i>		<i>Licenciaturas</i>		<i>F</i>	<i>p</i>
	<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>M</i>	<i>DT</i>		
EAG	30.75	5.26	30.46	4.74	34.00	4.36	1.715	.19

Nota: EAG: autoeficacia generalizada; M: media; DT: desviación típica; N: tamaño muestral

Tabla 5.58 Comparación de la autoeficacia generalizada según estado de convivencia

	<i>Domicilio familiar</i>			<i>Compartido/con pareja</i>			<i>Vive sólo</i>			<i>F</i>	<i>p</i>
	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>DT</i>		
EAG	50	31.20	4.49	31	30.26	5.35	16	30.44	5.16	0.400	.67

Nota: EAG: autoeficacia generalizada; M: media; DT: desviación típica; N: tamaño muestral

Tabla 5.59 Comparación de la autoeficacia generalizada según que tenga o no hijos

	<i>Con hijos</i>			<i>Sin hijos</i>			<i>t</i>	<i>p</i>
	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>DT</i>		
EAG	40	31.55	4.32	57	30.23	5.18	1.323	.19

Nota: EAG: autoeficacia generalizada; M: media; DT: desviación típica; N: tamaño muestral

Tabla 5.60 Comparación de la autoeficacia generalizada según la unidad de trabajo

	UCI			URGENCIAS			<i>t</i>	<i>p</i>
	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>DT</i>		
EAG	42	30.14	4.99	55	31.25	4.75	1.117	.27

Nota: EAG: autoeficacia generalizada; M: media; DT: desviación típica; N: tamaño muestral

Tabla 5.61 Comparación de la autoeficacia generalizada según categoría profesional

	Auxiliar de enfermería			Enfermería			<i>t</i>	<i>p</i>
	N	M	DT	N	M	DT		
EAG	25	31.04	5.49	72	30.68	4.66	0.317	.75

Nota: EAG: autoeficacia generalizada; M: media; DT: desviación típica; N: tamaño muestral

Tabla 5.62 Comparación de la autoeficacia generalizada según la experiencia profesional

	Baja (0-5 años)			Media (6-15 años)			Alta (>15 años)			<i>F</i>	<i>p</i>
	N	M	DT	N	M	DT	N	M	DT		
EAG	14	28.86	4.55	72	31.06	4.80	11	31.36	5.48	1.298	.28

Nota: EAG: autoeficacia generalizada; M: media; DT: desviación típica; N: tamaño muestral

Tabla 5.63 Comparación de la autoeficacia generalizada según trabaje o no el cónyuge

	Sí trabaja			No trabaja			<i>t</i>	<i>p</i>
	N	M	DT	N	M	DT		
EAG	61	30.82	4.68	2	29.50	10.61	0.380	.71

Nota: EAG: autoeficacia generalizada; M: media; DT: desviación típica; N: tamaño muestral

Tabla 5.64 Comparación de la autoeficacia generalizada según tipo de contrato

	Plantilla			Interino			Contratado			<i>F</i>	<i>p</i>
	N	M	DT	N	M	DT	N	M	DT		
EAG	24	30.46	3.86	45	31.44	5.09	28	29.96	5.25	0.864	.42

Nota: EAG: autoeficacia generalizada; M: media; DT: desviación típica; N: tamaño muestral

Tabla 5.65 Comparación de la autoeficacia generalizada según que tenga o no jornada adicional

	Con jornada adicional.			Sin jornada adicional.			<i>t</i>	<i>p</i>
	N	M	DT	N	M	DT		
EAG	26	30.04	4.56	71	31.04	4.97	-0.900	.37

Nota: EAG: autoeficacia generalizada; M: media; DT: desviación típica; N: tamaño muestral

Tabla 5.66 Comparación de la autoeficacia generalizada según tipo de turno

	Fijo			Rodado con noches			Rodado sin noches			<i>F</i>	<i>p</i>
	N	M	DT	N	M	DT	N	M	DT		
EAG	18	31.67	4.60	77	30.57	4.96	2	30.50	4.95	0.369	.69

Nota: EAG: autoeficacia generalizada; M: media; DT: desviación típica; N: tamaño muestral

Tabla 5.67 Comparación de la autoeficacia generalizada según formación académica extralaboral

	Sí formación			No formación			<i>t</i>	<i>p</i>
	N	M	DT	N	M	DT		
EAG	60	31.15	4.84	37	30.16	4.90	0.972	.33

Nota: EAG: autoeficacia generalizada; M: media; DT: desviación típica; N: tamaño muestral

Tabla 5.68 Correlación de Pearson entre la autoeficacia generalizada y la antigüedad laboral en el servicio

	<i>r</i>	<i>p</i>
EAG	0.010	.92

Nota: *r*: coeficiente de correlación de Pearson. *p*: nivel crítico de probabilidad

Tabla 5.69 Correlación de Pearson entre la autoeficacia generalizada y la edad

	<i>r</i>	<i>p</i>
EAG	0.043	.67

Nota: *r*: coeficiente de correlación de Pearson. *p*: nivel crítico de probabilidad

5.1.3.2 Perfiles de rasgos de personalidad

a) Análisis descriptivo

Los estadísticos descriptivos referidos a la evaluación de cada uno de los nueve perfiles de rasgos de personalidad medidos a través del tes IATP se pueden observar en la tabla 5.70.

Tabla 5.70 Estadísticos descriptivos perfiles de rasgos de personalidad medidos a través del Inventario IATP (Tous y Muiños, 2005) (N= 97)

PERFILES DE RASGOS DE PERSONALIDAD	Mín	Máx	Media	Desv. típ.
1. Introversa-esquizoide	40	74	54.78	5.468
2. Inhibida-evitativa	42	76	61.61	8.411
3. Cooperativa- dependiente	27	65	41.76	8.627
4. Sociable-histriónica	25	65	46.91	7.569
5. Confiada-narcisista	37	73	57.34	6.831
6. Convincente-antisocial	42	73	59.42	6.592
7. Respetuosa-compulsiva	19	67	44.87	11.351
8. Sensible-negativista	45	75	66.76	7.518
9. Impulsiva-limite	44	75	63.84	9.198

Como se puede observar según las puntuaciones medias obtenidas, el perfil de personalidad en el que los profesionales obtienen una mayor puntuación media es el perfil sensible-negativista, seguido de forma próxima por el perfil impulsivo-límite. De acuerdo a la interpretación de los perfiles que ofrece el manual del test IATP, aquellos sujetos que obtienen puntuaciones T entre 60-69 registran un nivel alto para el perfil correspondiente, mientras que aquellos sujetos que obtienen puntuaciones T entre 30-39 registran un nivel bajo. Teniendo en cuenta las categorías cualitativas de referencia, los resultados muestran que los profesionales de esta muestra se caracterizan por destacar en los perfiles sensible e impulsivo, mientras que el perfil cooperativo-dependiente es el que obtiene una menor puntuación T media. El resto de los perfiles se sitúan en un nivel medio (puntuaciones T entre 40-59), por lo que dichos perfiles no resultan tan significativos a la hora de la interpretación de los perfiles obtenidos. Con todo ello, podemos decir que, a un nivel global, la muestra de profesionales se caracteriza por rasgos de negativismo, fluctuación, inestabilidad, espontaneidad en las relaciones sociales, creatividad, independencia y autonomía, así como de cierta tendencia a la impulsividad, a la irritabilidad y a la culpa, y poca propensión a trabajar bien en equipo y de forma cooperativa ó dependiente.

b) Análisis de la relación entre los perfiles de rasgos de personalidad y las variables sociodemográficas y laborales de la muestra

El desarrollo de dicho análisis ha registrado diferencias significativas según varias variables: *presencia/ausencia de hijos, edad, unidad, experiencia profesional y antigüedad laboral en su actual servicio de trabajo*. Los resultados de los análisis estadísticos realizados se pueden observar en las tablas.

Tabla 5.71 Comparación de los perfiles de rasgos de personalidad según el sexo

Perfil	Varones			Mujeres			<i>t</i>	<i>p</i>
	N	M	DT	N	M	DT		
P1	25	54.36	6.37	72	54.93	5.16	-0.448	.65
P2	25	62.36	6.87	72	61.35	8.91	0.517	.61
P3	25	41.40	8.17	72	41.89	8.83	-0.243	.81
P4	25	48.68	6.70	72	46.29	8.80	1.365	.17
P5	25	59.56	6.36	72	56.57	6.86	1.912	.06
P6	25	57.48	7.00	72	60.10	6.36	-1.728	.09
P7	25	45.24	12.55	72	44.74	10.99	0.190	.85
P8	25	68.24	8.33	72	66.25	7.20	1.142	.26
P9	25	63.12	7.99	72	64.08	9.62	-0.449	.65

Nota: P1: personalidad introversa-esquizoide; P2: personalidad inhibida-evitativa; P3: personalidad cooperativa-dependiente; P4: personalidad sociable-histrionica; P5: personalidad confiada-narcisista; P6: personalidad convincente-antisocial; P7: personalidad respetuosa-compulsiva

Tabla 5.72 Comparación de los perfiles de rasgos de personalidad según el estado civil

Perfil	Solteros		Casados		Viudos		Separados		<i>F</i>	<i>p</i>
	<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>M</i>	<i>DT</i>		
P1	56.55	6.30	53.81	4.66	52.50	3.54	52.40	4.22	2.413	.07
P2	63.37	8.30	60.77	8.24	66.00	11.31	55.20	7.85	1.931	.13
P3	41.76	9.45	41.52	8.31	38.50	6.36	45.60	6.77	0.431	.73
P4	44.76	7.72	48.04	6.96	47.00	9.90	51.40	9.86	2.056	.11
P5	57.13	7.24	56.94	6.45	62.00	0.00	61.20	8.53	0.910	.44
P6	58.68	6.71	60.23	6.49	62.50	9.19	55.40	5.55	1.192	.32
P7	42.53	11.53	46.31	10.62	38.00	21.21	50.40	13.03	1.480	.22
P8	67.74	7.59	66.65	6.93	63.50	12.02	61.80	11.43	1.071	.37
P9	66.66	7.14	62.46	9.39	61.00	18.38	57.80	14.18	2.469	.07

Nota: P1: personalidad introversa-esquizoide; P2: personalidad inhibida-evitativa; P3: personalidad cooperativa-dependiente; P4: personalidad sociable-histrionica; P5: personalidad confiada-narcisista; P6: personalidad convincente-antisocial; P7: personalidad respetuosa-compulsiva; P8: personalidad sensible-negativista; P9: personalidad impulsiva-limite.

Tabla 5.73 Comparación de los perfiles de rasgos de personalidad según el nivel de estudios

Perfil	FP		Diplomaturas		Licenciaturas		F	p
	M	DT	M	DT	M	DT		
P1	54.80	5.53	55.03	5.45	52.29	5.68	0.797	.45
P2	58.95	6.31	62.36	9.04	61.71	5.94	1.285	.28
P3	44.60	10.71	40.51	7.97	46.14	5.40	2.820	.06
P4	49.10	6.82	46.04	7.84	49.29	5.56	1.664	.19
P5	54.70	6.29	58.24	6.91	55.86	6.09	2.333	.10
P6	58.60	6.13	59.86	6.75	57.43	6.60	0.623	.54
P7	45.95	9.50	44.34	12.17	47.00	7.75	0.285	.75
P8	64.05	8.64	67.74	6.94	64.71	8.60	2.211	.11
P9	63.75	8.48	64.23	9.54	60.14	7.88	0.624	.54

Nota: P1: personalidad introvertida-esquizoide; P2: personalidad inhibida-evitativa; P3: personalidad cooperativa-dependiente; P4: personalidad sociable-histrionica; P5: personalidad confiada-narcisista; P6: personalidad convincente- antisocial; P7: personalidad respetuosa-compulsiva; P8: personalidad sensible-negativista; P9: personalidad impulsiva-limite

Tabla 5.74 Comparación de los perfiles de rasgos de personalidad según estado de convivencia

Perfil	Domicilio familiar			Compartido/con pareja			Vive sólo			F	p
	N	M	DT	N	M	DT	N	M	DT		
P1	50	54.54	5.10	31	54.23	5.85	16	56.63	5.78	1.121	.33
P2	50	61.66	8.98	31	61.52	8.45	16	61.63	6.73	0.003	.99
P3	50	42.38	8.90	31	40.61	7.25	16	42.06	10.41	0.408	.67
P4	50	46.36	8.28	31	47.77	7.52	16	46.94	5.21	0.329	.72
P5	50	56.66	6.33	31	58.26	7.66	16	57.69	6.85	0.543	.58
P6	50	59.42	7.15	31	60.42	5.66	16	57.50	6.41	1.036	.36
P7	50	46.70	11.82	31	42.94	9.95	16	42.88	12.14	1.357	.26
P8	50	65.96	7.36	31	68.19	7.31	16	66.50	8.45	0.854	.43
P9	50	62.38	9.92	31	65.16	8.73	16	65.81	7.24	1.327	.27

Nota: P1: personalidad introvertida-esquizoide; P2: personalidad inhibida-evitativa; P3: personalidad cooperativa-dependiente; P4: personalidad sociable-histrionica; P5: personalidad confiada-narcisista; P6: personalidad convincente- antisocial; P7: personalidad respetuosa-compulsiva; P8: personalidad sensible-negativista; P9: personalidad impulsiva-limite

Tabla 5.75 Comparación de los perfiles de rasgos de personalidad según que tenga o no hijos

Perfil	Con hijos			Sin hijos			<i>t</i>	<i>p</i>
	N	M	DT	N	M	DT		
P1	40	53.53	4.15	57	55.67	6.11	-1.925	.06
P2	40	59.25	8.96	57	63.26	7.66	-2.368	.02
P3	40	43.45	8.93	57	40.58	8.28	1.627	.11
P4	40	47.48	7.82	57	46.16	7.37	1.166	.25
P5	40	56.30	5.84	57	58.07	7.41	-1.260	.21
P6	40	58.48	6.97	57	60.09	6.29	-1.189	.24
P7	40	48.08	11.64	57	42.61	10.68	2.389	.02
P8	40	64.65	7.21	57	68.25	7.44	-2.374	.02
P9	40	61.15	9.91	57	65.72	8.24	-2.472	.01

Nota: P1: personalidad introversa-esquizoide; P2: personalidad inhibida-evitativa; P3: personalidad cooperativa-dependiente; P4: personalidad sociable-histrionica; P5: personalidad confiada-narcisista; P6: personalidad convincente-antisocial; P7: personalidad respetuosa-compulsiva; P8: personalidad sensible-negativista; P9: personalidad impulsiva-limite

Tabla 5.76 Comparación de los perfiles de rasgos de personalidad según la unidad de trabajo

Perfil	UCI			URGENCIAS			<i>t</i>	<i>p</i>
	N	M	DT	N	M	DT		
P1	42	55.71	5.06	55	54.07	5.70	-1.474	.14
P2	42	63.67	7.85	55	60.04	8.55	-2.146	.03
P3	42	39.24	7.85	55	43.69	8.76	2.593	.01
P4	42	46.26	6.48	55	47.40	8.33	0.732	.47
P5	42	59.86	6.48	55	55.42	6.52	-3.334	.00
P6	42	60.05	6.50	55	58.95	6.68	-0.814	.42
P7	42	42.33	11.99	55	46.80	10.54	1.948	.05
P8	42	68.38	7.25	55	65.53	7.55	-1.877	.06
P9	42	65.79	9.38	55	62.35	8.85	-1.848	.07

Nota: P1: personalidad introversa-esquizoide; P2: personalidad inhibida-evitativa; P3: personalidad cooperativa-dependiente; P4: personalidad sociable-histrionica; P5: personalidad confiada-narcisista; P6: personalidad convincente-antisocial; P7: personalidad respetuosa-compulsiva; P8: personalidad sensible-negativista; P9: personalidad impulsiva-limite

Tabla 5.77 Comparación de los perfiles de rasgos de personalidad según categoría profesional

Perfil	Auxiliar de enfermería			Enfermería			<i>t</i>	<i>p</i>
	N	M	DT	N	M	DT		
P1	25	54.28	5.33	72	54.96	5.54	-0.532	.60
P2	25	59.12	7.50	72	62.47	8.58	-1.735	.09
P3	25	44.56	9.92	72	40.79	7.98	1.907	.06
P4	25	48.32	7.43	72	46.42	7.61	1.084	.28
P5	25	55.56	7.11	72	57.96	6.67	-1.523	.13
P6	25	58.24	5.97	72	59.83	6.78	-1.042	.30
P7	25	46.76	9.81	72	44.21	11.83	0.968	.33
P8	25	64.76	8.54	72	67.46	7.06	-1.558	.12
P9	25	62.68	9.27	72	64.24	9.20	-0.727	.47

Nota: P1: personalidad introversa-esquizoide; P2: personalidad inhibida-evitativa; P3: personalidad cooperativa-dependiente; P4: personalidad sociable-histrionica; P5: personalidad confiada-narcisista; P6: personalidad convincente-antisocial; P7: personalidad respetuosa-compulsiva; P8: personalidad sensible-negativista; P9: personalidad impulsiva-límite

Tabla 5.78 Comparación de los perfiles de rasgos de personalidad según la experiencia profesional

Perfil	Baja (0-5 años)			Media (6-15 años)			Alta (>15 años)			<i>F</i>	<i>p</i>
	N	M	DT	N	M	DT	N	M	DT		
P1	14	56.14	6.21	72	54.58	5.45	11	54.36	4.80	0.508	.60
P2	14	66.93	7.88	72	61.03	7.95	11	58.64	9.88	3.879	.02
P3	14	38.79	7.54	72	41.68	8.11	11	46.09	11.84	2.280	.11
P4	14	45.07	7.66	72	47.58	7.43	11	44.82	8.30	1.121	.33
P5	14	61.50	5.05	72	56.96	6.97	11	54.55	5.97	3.844	.02
P6	14	63.07	5.14	72	59.04	6.47	11	57.27	7.79	2.967	.06
P7	14	34.64	8.21	72	46.35	10.63	11	48.18	13.12	7.705	.00
P8	14	71.14	3.70	72	66.01	7.97	11	66.09	6.49	2.887	.06
P9	14	70.57	5.33	72	62.83	9.41	11	61.82	8.44	4.798	.01

Nota: P1: personalidad introversa-esquizoide; P2: personalidad inhibida-evitativa; P3: personalidad cooperativa-dependiente; P4: personalidad sociable-histrionica; P5: personalidad confiada-narcisista; P6: personalidad convincente-antisocial; P7: personalidad respetuosa-compulsiva; P8: personalidad sensible-negativista; P9: personalidad impulsiva-límite

Tabla 5.79 Comparación de los perfiles de rasgos de personalidad según trabajo o no el cónyuge

Perfil	Sí trabaja			No trabaja			<i>t</i>	<i>p</i>
	N	M	DT	N	M	DT		
P1	61	54.08	4.50	2	56.50	2.12	-0.752	.45
P2	61	61.15	8.49	2	64.50	9.19	-0.549	.58
P3	61	41.38	8.32	2	46.00	9.90	-0.771	.44
P4	61	47.97	7.54	2	43.50	4.95	0.828	.41
P5	61	57.36	6.93	2	55.00	2.83	0.477	.63
P6	61	59.64	6.32	2	62.00	8.48	-0.517	.61
P7	61	45.85	10.67	2	41.50	3.54	0.572	.57
P8	61	66.72	7.26	2	72.00	0.00	-5.675	.00
P9	61	62.84	9.37	2	70.00	0.00	-5.970	.00

Nota: P1: personalidad introvertida-esquizoide; P2: personalidad inhibida-evitativa; P3: personalidad cooperativa-dependiente; P4: personalidad sociable-histrionica; P5: personalidad confiada-narcisista; P6: personalidad convincente-antisocial; P7: personalidad respetuosa-compulsiva; P8: personalidad sensible-negativista; P9: personalidad impulsiva-límite

Tabla 5.80 Comparación de los perfiles de rasgos de personalidad según tipo de contrato

Perfil	Plantilla			Interino			Contratado			<i>F</i>	<i>p</i>
	N	M	DT	N	M	DT	N	M	DT		
P1	24	55.38	5.00	45	54.13	6.14	28	55.32	4.71	0.589	.56
P2	24	60.71	8.66	45	60.51	7.71	28	64.14	9.00	1.822	.17
P3	24	42.04	10.67	45	41.40	7.81	28	42.11	8.25	0.073	.93
P4	24	45.96	7.91	45	47.82	7.86	28	46.25	6.85	0.618	.54
P5	24	56.96	7.50	45	57.02	6.73	28	58.18	6.56	0.293	.75
P6	24	57.58	6.72	45	59.44	6.98	28	60.96	5.59	1.726	.18
P7	24	47.50	13.96	45	45.93	9.34	28	40.89	11.20	2.648	.08
P8	24	66.42	6.76	45	66.44	7.51	28	67.57	8.32	0.224	.80
P9	24	63.13	10.15	45	62.84	8.52	28	66.04	9.35	1.137	.32

Nota: P1: personalidad introvertida-esquizoide; P2: personalidad inhibida-evitativa; P3: personalidad cooperativa-dependiente; P4: personalidad sociable-histrionica; P5: personalidad confiada-narcisista; P6: personalidad convincente-antisocial; P7: personalidad respetuosa-compulsiva; P8: personalidad sensible-negativista; P9: personalidad impulsiva-límite

Tabla 5.81 Comparación de los perfiles de rasgos de personalidad según que tenga o no jornada adicional

Perfil	Con jornada adicional.			Sin jornada adicional.			<i>t</i>	<i>p</i>
	N	M	DT	N	M	DT		
P1	26	53.96	5.76	71	55.08	5.37	-0.895	.37
P2	26	61.94	8.04	71	61.82	8.57	-0.402	.69
P3	26	41.04	8.35	71	42.03	8.77	-0.498	.62
P4	26	48.42	7.43	71	46.35	7.59	1.196	.23
P5	26	58.73	5.68	71	56.83	7.17	1.216	.23
P6	26	60.19	6.02	71	59.14	6.81	0.694	.49
P7	26	42.88	12.93	71	45.59	10.72	-1.141	.30
P8	26	66.58	8.90	71	66.83	7.01	-0.147	.89
P9	26	65.58	9.51	71	63.20	9.07	1.130	.26

Nota: P1: personalidad introversa-esquizoide; P2: personalidad inhibida-evitativa; P3: personalidad cooperativa-dependiente; P4: personalidad sociable-histrionica; P5: personalidad confiada-narcisista; P6: personalidad convincente-antisocial; P7: personalidad respetuosa-compulsiva; P8: personalidad sensible-negativista; P9: personalidad impulsiva-limite

Tabla 5.82 Comparación de los perfiles de rasgos de personalidad según tipo de turno

Perfil	Fijo			Rodado con noches			Rodado sin noches			<i>F</i>	<i>p</i>
	N	M	DT	N	M	DT	N	M	DT		
P1	18	53.22	5.32	77	55.25	5.46	2	51.00	5.66	1.504	.23
P2	18	61.56	7.59	77	61.77	8.62	2	56.00	9.90	0.453	.64
P3	18	40.39	8.48	77	42.01	8.78	2	44.50	2.12	0.356	.70
P4	18	46.83	7.37	77	46.82	7.73	2	51.00	0.00	0.294	.75
P5	18	56.67	4.65	77	57.56	7.33	2	55.00	2.83	0.240	.79
P6	18	58.17	4.77	77	59.71	7.00	2	59.50	4.95	0.397	.67
P7	18	49.11	8.39	77	43.84	11.90	2	46.00	0.00	1.601	.21
P8	18	67.33	7.91	77	66.78	7.50	2	61.00	2.83	0.635	.53
P9	18	64.78	8.29	77	63.74	9.35	2	59.00	15.56	0.370	.69

Nota: P1: personalidad introversa-esquizoide; P2: personalidad inhibida-evitativa; P3: personalidad cooperativa-dependiente; P4: personalidad sociable-histrionica; P5: personalidad confiada-narcisista; P6: personalidad convincente-antisocial; P7: personalidad respetuosa-compulsiva; P8: personalidad sensible-negativista; P9: personalidad impulsiva-limite

Tabla 5.83 Comparación de los perfiles de rasgos de personalidad según formación académica extralaboral

Perfil	Sí formación			No formación			<i>t</i>	<i>p</i>
	N	M	DT	N	M	DT		
P1	60	54.22	5.93	37	55.70	4.56	-1.305	.19
P2	60	60.92	8.37	37	62.73	8.46	-1.032	.30
P3	60	42.42	8.77	37	40.70	8.41	0.950	.34
P4	60	47.40	8.29	37	46.11	6.26	0.815	.42
P5	60	56.58	7.02	37	58.57	6.42	-1.396	.17
P6	60	59.18	7.13	37	59.81	5.69	-0.453	.65
P7	60	45.27	11.64	37	44.22	10.99	0.411	.66
P8	60	66.03	8.13	37	67.95	6.32	-1.220	.22
P9	60	62.98	9.41	37	65.22	8.79	-1.164	.25

Nota: P1: personalidad introvertida-esquizoide; P2: personalidad inhibida-evitativa; P3: personalidad cooperativa-dependiente; P4: personalidad sociable-histriónica; P5: personalidad confiada-narcisista; P6: personalidad convincente-antisocial; P7: personalidad respetuosa-compulsiva; P8: personalidad sensible-negativista; P9: personalidad impulsiva-límite

Tabla 5.84 Correlaciones de Pearson entre los perfiles de rasgos de personalidad y la edad

Perfiles de rasgos de personalidad	<i>r</i>	<i>p</i>
P1	0.004	.96
P2	-0.242	.02
P3	0.160	.12
P4	0.000	1.00
P5	-0.173	.09
P6	-0.156	.13
P7	0.215	.03
P8	-0.173	.09
P9	-0.214	.04

Nota: *r*: coeficiente de correlación de Pearson. *p*: nivel crítico de probabilidad; P1: personalidad introvertida-esquizoide; P2: personalidad inhibida-evitativa; P3: personalidad cooperativa-dependiente; P4: personalidad sociable-histriónica; P5: personalidad confiada-narcisista; P6: personalidad convincente-antisocial; P7: personalidad respetuosa-compulsiva; P8: personalidad sensible-negativista; P9: personalidad impulsiva-límite

Tabla 5.85 Correlaciones de Pearson entre los perfiles de rasgos de personalidad y la antigüedad en el servicio

Perfiles de rasgos de personalidad	<i>r</i>	<i>p</i>
P1	0.065	.53
P2	-0.209	.04
P3	0.044	.67
P4	0.029	.78
P5	-0.174	.09
P6	-0.137	.18
P7	0.211	.04
P8	-0.118	.25
P9	-0.81	.43

Nota: *r*: coeficiente de correlación de Pearson. *p*: nivel crítico de probabilidad; P1: personalidad introvertida-esquizoide; P2: personalidad inhibida-evitativa; P3: personalidad cooperativa-dependiente; P4: personalidad sociable-histriónica; P5: personalidad confiada-narcisista; P6: personalidad convincente-antisocial; P7: personalidad respetuosa-compulsiva; P8: personalidad sensible-negativista; P9: personalidad impulsiva-límite

Por lo que respecta a la variable *hijos* (tabla 5.75), aquellos profesionales que tienen hijos registran una mayor puntuación en el perfil respetuoso ($p < 0.05$), mientras que aquellos profesionales que no los tienen obtienen puntuaciones medias más elevadas en los perfiles inhibido, sensible e impulsivo ($p < 0.05$).

Cuando nos referimos a la variable *edad* (tabla 5.84) obtenemos correlaciones significativas con tres perfiles en este sentido: a medida que la edad se incrementa se registran mayores puntuaciones en el perfil respetuoso-compulsivo ($p < 0.05$), mientras que, en cambio, los profesionales más jóvenes obtienen puntuaciones medias más elevadas en los perfiles inhibido e impulsivo ($p < 0.05$).

La variable laboral *unidad* de trabajo (tabla 5.76) también ha resultado significativa en el análisis de tres perfiles de rasgos de personalidad. Los resultados encontrados muestran que los profesionales de UCI obtienen puntuaciones más elevadas en los perfiles confiado ($p < 0.01$) e inhibido

($p < 0.05$), mientras que los profesionales de Urgencias obtienen puntuaciones medias más elevadas en el perfil cooperativo ($p < 0.05$).

En cuanto a las variables laborales de *experiencia profesional y antigüedad en su actual servicio de trabajo*, los análisis realizados muestran que los profesionales con menos experiencia profesional (tabla 5.78) son aquellos que puntúan de forma más elevada en los perfiles impulsivo ($p < 0.01$), confiado e inhibido ($p < 0.05$), mientras que los profesionales con más experiencia laboral son aquellos que puntúan de forma más elevada en el perfil respetuoso ($p < 0.01$). De forma similar, a medida que se incrementa la antigüedad en su actual servicio de trabajo (tabla 5.85), los profesionales obtienen mayores puntuaciones en el perfil respetuoso ($p < 0.05$) y puntuaciones menores en el perfil inhibido ($p < 0.05$).

5.1.3.3 Personalidad resistente

a) Análisis descriptivo

En la tabla 5.86 se pueden observar los estadísticos descriptivos correspondientes a cada uno de los factores que constituyen el constructo de personalidad resistente, y una puntuación media que hace referencia a la personalidad resistente global (media de los factores), medida con la escala de Personalidad Resistente, CDPE, de Moreno et al. (2000).

Tabla 5.86 Estadísticos descriptivos Personalidad Resistente medida a través de la escala de personalidad resistente del cuestionario CDPE (Moreno et al, 2000) (N=97)

	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
CPR TOTAL	1.83	3.42	2.76	0.333
COMPROMISO	1.87	3.87	2.84	0.387
RETO	1.86	4.00	3.12	0.489
CONTROL	1.17	3.14	2.31	0.512

Nota: CPR TOTAL: personalidad resistente global

Como se puede observar, los valores medios obtenidos se sitúan en niveles moderados para cada uno de los factores que componen el constructo, siendo el factor de Control el que menor puntuación media obtiene y el factor de reto el que mayor puntuación media registra, de forma similar a los resultados obtenidos por Moreno et al. (2000) en el estudio de validación del cuestionario CDPE. No obstante, se ha realizado un contraste comparando las puntuaciones medias obtenidas en la presente muestra con las que obtuvo el citado estudio de validación psicométrica, resultando encontrar puntuaciones más bajas en la media global de personalidad resistente ($p < 0.01$) y en el factor de Control ($p < 0.01$). Los valores medios obtenidos en el estudio de referencia se pueden observar en la tabla 5.87.

Tabla 5.87 Estadísticos descriptivos personalidad resistente estudio de Moreno et al. (2000) (N= 389) y resultados de la comparación con las puntuaciones obtenidas en nuestra muestra (N=97)

	Media Moreno et al. (2000)	DT Moreno et al.(2000)	Media (N=97)	DT (N=97)	t	p
CPR TOTAL	2.94	0.33	2.76	0.33	-5.631	.00
COMPROMISO	2.83	0.43	2.84	0.39	0.362	.72
RETO	3.05	0.41	3.12	0.49	1,401	.17
CONTROL	2.95	0.44	2.31	0.51	-12,366	.00

Nota: CPR TOTAL: personalidad resistente global

b) Análisis de la relación entre el constructo de personalidad resistente y las variables sociodemográficas y laborales de la muestra

Dicho análisis refleja que han resultado significativas varias variables:

- La variable *género* (tabla 5.89), en el sentido de encontrar que el género femenino obtiene puntuaciones más elevadas en el constructo de personalidad

resistente global ($t=-2,077$; $p<0.05$) y en el factor de compromiso ($t=-2,99$; $p<0.01$). La comparación de medias se puede observar en el gráfico 5.2.

- La variable *unidad* (tabla 5.93): los profesionales de Urgencias obtienen puntuaciones más elevadas en el constructo de personalidad resistente global ($t=2,27$; $p<0.05$) y en el factor de compromiso ($t=1,98$; $p<0.05$). La comparación de las medias de ambos servicios se puede observar en el gráfico 5.3.

- La variable *formación adicional/extra* (tabla 5.100): los profesionales que expresan estar formándose académicamente de manera adicional o extralaboral obtienen mayores puntuaciones en el constructo de personalidad resistente global ($t=2,56$; $p<0.05$) y en el factor de compromiso ($t=2,10$; $p<0.05$).

- La variable *edad* (tabla 5.101), en el sentido de encontrar que a medida que ésta se incrementa disminuyen las puntuaciones obtenidas en el constructo de personalidad resistente global ($r=-0,228$; $p<0.05$) y en el factor de reto ($r=-0,241$; $p<0.05$).

Tabla 5.88 Comparación de la personalidad resistente según el sexo

	Varones			Mujeres			<i>t</i>	<i>p</i>
	N	M	DT	N	M	DT		
CPR TOTAL	25	2.64	0.38	72	2.80	0.31	-2.077	.04
Compromiso	25	2.65	0.40	72	2.91	0.36	-2.989	.00
Reto	25	3.06	0.63	72	3.14	0.43	-0.540	.59
Control	25	2.19	0.55	72	2.35	0.49	-1.370	.17

Nota: CPR TOTAL: personalidad resistente global

Tabla 5.89 Comparación de la personalidad resistente según el estado civil

	<i>Solteros</i>		<i>Casados</i>		<i>Viudos</i>		<i>Separados</i>		<i>F</i>	<i>p</i>
	<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>M</i>	<i>DT</i>		
CPR TOTAL	2.74	0.30	2.77	0.35	2.78	0.73	2.77	0.34	0.046	.99
Compromiso	2.83	0.36	2.87	0.41	2.93	0.61	2.65	0.30	0.532	.66
Reto	3.10	0.54	3.10	0.45	3.50	0.51	3.28	0.53	0.624	.60
Control	2.29	0.50	2.33	0.50	1.92	1.06	2.40	0.55	0.486	.69

Nota: CPR TOTAL: personalidad resistente global

Tabla 5.90 Comparación de la personalidad resistente según el nivel de estudios

	<i>FP</i>		<i>Diplomaturas</i>		<i>Licenciaturas</i>		<i>F</i>	<i>p</i>
	<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>M</i>	<i>DT</i>		
CPR TOTAL	3.82	0.29	2.74	0.34	2.82	0.38	0.583	.56
Compromiso	2.92	0.38	2.80	0.37	3.03	0.52	1.656	.20
Reto	3.09	0.55	3.12	0.48	3.18	0.37	0.088	.92
Control	2.44	0.47	2.28	0.53	2.24	0.38	0.872	.42

Nota: CPR TOTAL: personalidad resistente global

Tabla 5.91 Comparación de la personalidad resistente según estado de convivencia

	<i>Domicilio familiar</i>			<i>Compartido/con pareja</i>			<i>Vive sólo</i>			<i>F</i>	<i>p</i>
	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>DT</i>		
CPR TOTAL	50	2.78	0.33	31	2.72	0.33	16	2.76	0.35	0.270	.76
Compromiso	50	2.88	0.33	31	2.76	0.43	16	2.89	0.46	1.088	.34
Reto	50	3.10	0.46	31	3.19	0.46	16	3.02	0.62	0.690	.50
Control	50	2.36	0.47	31	2.22	0.57	16	2.32	0.53	0.691	.50

Nota: CPR TOTAL: personalidad resistente global

Tabla 5.92 Comparación de la personalidad resistente según que tenga o no hijos

	Con hijos			Sin hijos			<i>t</i>	<i>p</i>
	N	M	DT	N	M	DT		
CPR TOTAL	40	2.76	0.35	57	2.76	0.32	0.086	.93
Compromiso	40	2.87	0.36	57	2.83	0.41	0.536	.59
Reto	40	3.05	0.49	57	3.17	0.48	-1.155	.25
Control	40	2.37	0.49	57	2.27	0.53	0.948	.35

Nota: CPR TOTAL: personalidad resistente global

Tabla 5.93 Comparación de la personalidad resistente según la unidad de trabajo

	UCI			URGENCIAS			<i>t</i>	<i>p</i>
	N	M	DT	N	M	DT		
CPR TOTAL	42	2.67	0.34	55	2.82	0.31	2.275	.02
Compromiso	42	2.76	0.32	55	2.91	0.42	1.985	.05
Reto	42	3.05	0.45	55	3.17	0.51	1.223	.22
Control	42	2.20	0.61	55	2.39	0.41	1.774	.08

Nota: CPR TOTAL: personalidad resistente global

Tabla 5.94 Comparación de la personalidad resistente según categoría profesional

	Auxiliar de enfermería			Enfermería			<i>t</i>	<i>p</i>
	N	M	DT	N	M	DT		
CPR TOTAL	25	2.82	0.27	72	2.74	0.35	1.047	.30
Compromiso	25	2.89	0.36	72	2.83	0.40	0.726	.47
Reto	25	3.12	0.50	72	3.12	0.49	-0.014	.99
Control	25	2.45	0.46	72	2.26	0.52	1.584	.12

Nota: CPR TOTAL: personalidad resistente global

Tabla 5.95 Comparación de la personalidad resistente según la experiencia profesional

	Baja (0-5 años)			Media (6-15 años)			Alta (>15 años)			F	p
	N	M	DT	N	M	DT	N	M	DT		
CPR TOTAL	14	2.72	0.25	72	2.77	0.35	11	2.75	0.32	0.104	.90
Compromiso	14	2.83	0.22	72	2.85	0.41	11	2.82	0.43	0.038	.96
Reto	14	3.04	0.54	72	3.14	0.48	11	3.05	0.51	0.364	.70
Control	14	2.25	0.40	72	2.30	0.51	11	2.39	0.65	0.248	.78

Nota: CPR TOTAL: personalidad resistente global

Tabla 5.96 Comparación de la personalidad resistente según trabaje o no el cónyuge

	Sí trabaja			No trabaja			t	p
	N	M	DT	N	M	DT		
CPR TOTAL	61	2.73	0.33	2	2.90	0.45	-0.688	.49
Compromiso	61	2.84	0.40	2	3.06	0.27	-0.758	.45
Reto	61	3.08	0.45	2	3.21	0.50	-0.423	.67
Control	61	2.28	0.52	2	2.41	0.59	-0.358	.72

Nota: CPR TOTAL: personalidad resistente global

Tabla 5.97 Comparación de la personalidad resistente según tipo de contrato

	Plantilla			Interino			Contratado			F	p
	N	M	DT	N	M	DT	N	M	DT		
CPR TOTAL	24	2.76	0.33	45	2.73	0.36	28	2.80	0.29	0.424	.65
Compromiso	24	2.80	0.36	45	2.77	0.43	28	2.99	0.31	2.868	.06
Reto	24	3.18	0.43	45	3.09	0.56	28	3.11	0.43	0.275	.76
Control	24	2.30	0.55	45	2.32	0.54	28	2.29	0.45	0.035	.97

Nota: CPR TOTAL: personalidad resistente global

Tabla 5.98 Comparación de la personalidad resistente según que desarrolle o no jornada adicional

	Con jornada adicional.			Sin jornada adicional.			<i>t</i>	<i>p</i>
	N	M	DT	N	M	DT		
CPR TOTAL	26	2.79	0.40	71	2.75	0.31	0.523	.60
Compromiso	26	2.80	0.37	71	2.86	0.39	-0.584	.56
Reto	26	3.13	0.60	71	3.12	0.44	0.086	.93
Control	26	2.41	0.56	71	2.27	0.49	1.197	.23

Nota: CPR TOTAL: personalidad resistente global

Tabla 5.99 Comparación de la personalidad resistente según tipo de turno

	Fijo			Rodado con noches			Rodado sin noches			<i>F</i>	<i>p</i>
	N	M	DT	N	M	DT	N	M	DT		
CPR TOTAL	18	2.80	0.28	77	2.74	0.35	2	2.86	0.19	0.340	.71
Compromiso	18	2.86	0.38	77	2.84	0.39	2	2.81	0.08	0.039	.96
Reto	18	3.20	0.44	77	3.09	0.50	2	3.21	0.30	0.328	.72
Control	18	2.35	0.48	77	2.29	0.52	2	2.58	0.35	0.393	.68

Nota: CPR TOTAL: personalidad resistente global

Tabla 5.100 Comparación de la personalidad resistente según formación académica extralaboral

	Sí formación			No formación			<i>t</i>	<i>p</i>
	N	M	DT	N	M	DT		
CPR TOTAL	60	2.82	0.31	37	2.65	0.34	2,560	.01
Compromiso	60	2.91	0.36	37	2.74	0.40	2.100	.04
Reto	60	3.19	0.47	37	3.00	0.50	1.948	.06
Control	60	2.37	0.51	37	2.20	0.51	1.587	.12

Nota: CPR TOTAL: personalidad resistente global

Tabla 5.101 Correlaciones de Pearson entre la personalidad resistente y la edad

Factores de personalidad resistente	<i>r</i>	<i>p</i>
CPR TOTAL	-0.228	.02
Compromiso	-0.154	.13
Reto	-0.241	.02
Control	-0.121	.24

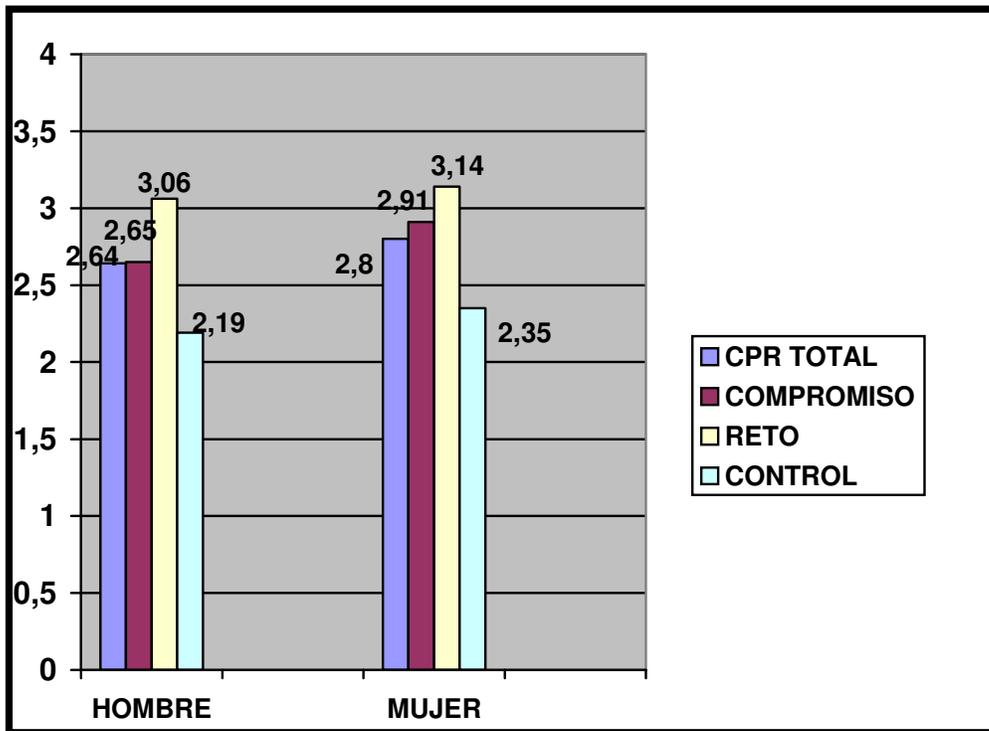
Nota: *r*: coeficiente de correlación de Pearson. *p*: nivel crítico de probabilidad

Tabla 5.102 Correlaciones de Pearson entre la personalidad resistente y la antigüedad en el servicio

Factores de personalidad resistente	<i>r</i>	<i>p</i>
CPR TOTAL	-0.194	.06
Compromiso	-0.145	.16
Reto	-0.123	.23
Control	-0.144	.16

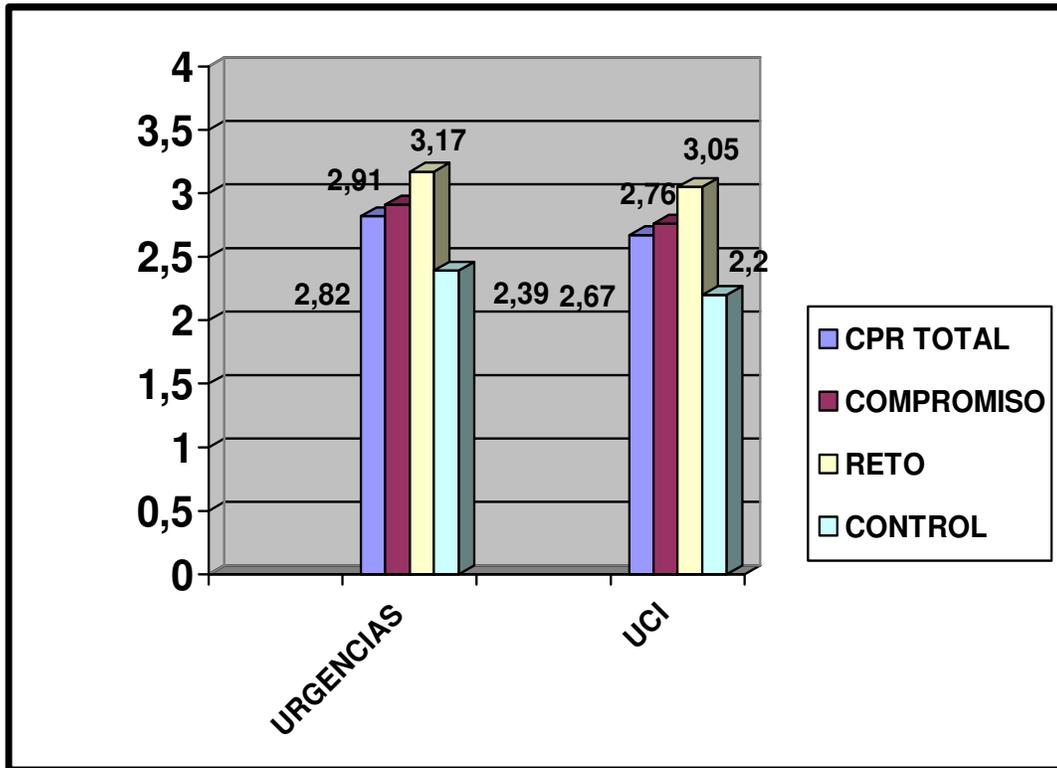
Nota: *r*: coeficiente de correlación de Pearson. *p*: nivel crítico de probabilidad

Gráfico 5.2 Comparación de medias personalidad resistente según la variable género



Nota: CPR TOTAL: Personalidad resistente global media

Gráfico 5.3 Comparación de medias personalidad resistente según la variable unidad



Nota: CPR TOTAL: Personalidad resistente global media

5.2 Objetivos principales

5.2.1 Personalidad resistente, perfiles de rasgos de personalidad y autoeficacia

El análisis de la relación entre las citadas variables de tipo personal era el objeto del primer objetivo específico planteado en el presente estudio. Dicho análisis se ha realizado a través de los resultados ofrecidos por la tabla de correlaciones de Pearson que se pueden observar en la tabla 5.103.

Tabla 5.103 Tabla de correlaciones objetivo 1

<i>PERSONALIDAD RESISTENTE</i>				
	CPR GLOBAL	COMPROMISO	RETO	CONTROL
RASGOS DE PERSONALIDAD				
Perfil Introverso-esquizoide	-.123	-.087	-.197	-.004
Perfil Inhibido-evitativo	-.093	-.074	-.051	-.087
Perfil Cooperativo-dependiente	.059	.338(**)	-.090	-.042
Perfil Sociable-histriónico	.119	.086	.193	-.006
Perfil Confiado-narcisista	-.161	-.328(**)	.009	-.092
Perfil Convincente-antisocial	.034	-.182	.185	.018
Perfil respetuoso-compulsivo	.142	.160	-.023	.198
Perfil Sensible-negativista	-.144	-.314(**)	-.004	-.053
Perfil Impulsivo-limite	-.113	-.207(*)	-.010	-.068
Autoeficacia generalizada	.312(**)	.235(*)	.300(**)	.158

Nota: ** Correlación significativa $p < 0.01$; * Correlación significativa $p < 0.05$; CPR GLOBAL: Personalidad Resistente global media

En la tabla de correlaciones 5.103, se puede observar que de los nueve *perfiles de rasgos de personalidad* que se evalúan mediante el test IATP, cuatro resultan asociarse de forma significativa con el constructo de personalidad resistente. Concretamente, estos cuatro perfiles se relacionan con el factor de compromiso, mientras el resto de factores que configuran el constructo quedan al margen de asociaciones significativas. En este sentido, los resultados indican una asociación negativa o inversa entre los perfiles confiado-narcisista, sensible-negativista e impulsivo-límite y el citado factor de compromiso, de tal manera que los profesionales que puntúan de forma elevada en dichos perfiles de rasgos se asociarían a puntuaciones más bajas en la dimensión de compromiso que forma parte del constructo de la personalidad resistente. Por el contrario, se obtiene una relación directa o positiva entre el perfil de rasgos cooperativo-dependiente y la mencionada dimensión de compromiso, de tal forma que aquellos individuos que puntúan o se califican a sí mismos como más cooperativos y con tendencia a trabajar a gusto en equipo, resultan ser personas que puntúan más alto también en este factor de personalidad resistente.

Realizando un análisis más específico sobre este factor, si dividimos la muestra en tres niveles (bajo, medio y alto) teniendo en cuenta los percentiles 33 y 66 para realizar esta clasificación, en la tabla 5.105 y el gráfico 5.4 se puede observar claramente la tendencia tomada en las puntuaciones T medias obtenidas en los cuatro perfiles de personalidad que han resultado significativos en el anterior análisis de correlaciones.

Gráfico 5.4 Perfil de puntuaciones T medias obtenidas en cada uno de los cuatro perfiles de rasgos de personalidad según los niveles obtenidos en el factor de compromiso

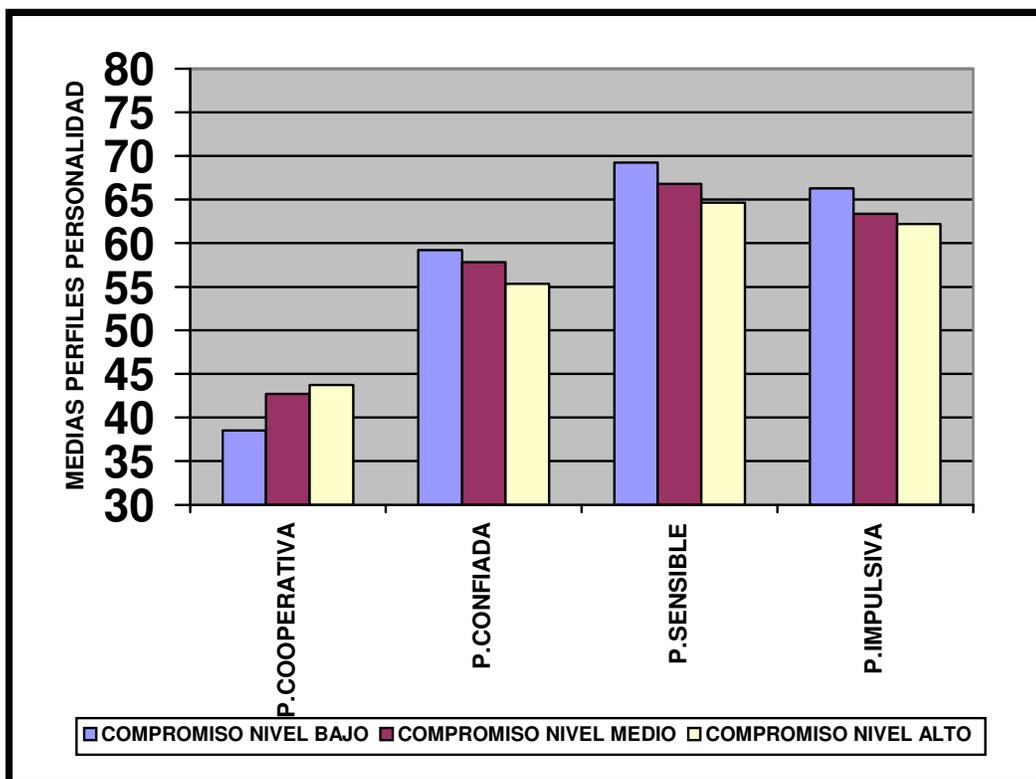


Tabla 5.105 Puntuaciones T medias obtenidas en cada uno de los cuatro perfiles de rasgos de personalidad según los niveles obtenidos en el factor de compromiso

	PUNTUACIONES MEDIAS SEGÚN EL NIVEL DE COMPROMISO		
	Bajo	Medio	Alto
Perfil cooperativo	38.52	42.73	43.75
Perfil confiado	59.19	57.83	55.33
Perfil sensible	69.23	66.77	64.64
Perfil impulsivo	66.26	63.33	62.17

En síntesis, cuando se analiza la relación del constructo de personalidad resistente con los diferentes perfiles de rasgos de personalidad evaluados, se observa la relevancia de cuatro perfiles. Tres de ellos se asocian a menores niveles en el factor de compromiso, si bien dicha asociación no se ve reflejada sobre la medida global media de personalidad resistente. En cuanto a la interpretación de dichas relaciones encontradas, los profesionales que se califican a sí mismos como personas con tendencia al negativismo, algo impulsivas, espontáneas, volubles o inestables, junto con aquellos que se califican como excesivamente confiados, egocéntricos o centrados en sí mismos, serían individuos con poca propensión al compromiso desde el marco conceptual del constructo de la personalidad resistente. En cambio, aquellas personas que manifiestan un perfil más elevado en cooperación, trabajo en equipo, adaptabilidad y dependencia constituyen los individuos con mayor tendencia a comprometerse e implicarse en la mayoría de los aspectos o facetas de la vida (trabajo, relaciones, etc).

Por lo que respecta a la variable personal de *autoeficacia generalizada*, encontramos una gran relación con el constructo de personalidad resistente. Concretamente, dicha variable resulta estar asociada de forma significativa, tanto con la personalidad resistente global, como con dos de sus dimensiones: reto y compromiso. Los resultados obtenidos reflejan una asociación de tipo directo o positivo entre ambas variables de tipo personal, en el sentido de encontrar entre los profesionales que se perciben como más autoeficaces unas puntuaciones más elevadas en personalidad resistente de forma global, y también unas puntuaciones más elevadas en los factores de reto y compromiso. Por lo tanto, a mayor percepción de autoeficacia, mayores niveles encontrados en personalidad resistente al estrés.

Si realizamos un análisis más específico, podemos observar claramente cómo se modifican las puntuaciones medias en autoeficacia generalizada si tenemos en cuenta tres niveles (bajo, medio y alto) en el constructo de personalidad resistente global así como en cada uno de los tres factores que lo constituyen (ver tabla 5.104). En dicha tabla se observa también como las

puntuaciones medias en autoeficacia también reflejan un incremento según se eleva el nivel en el factor “Control” a pesar de no haber resultado significativa dicha dimensión en el análisis de correlaciones previo.

Tabla 5.104 Puntuaciones medias de autoeficacia generalizada según niveles en la variable de personalidad resistente

	Niveles	Mínimo	Máximo	Media	DT
CPR GLOBAL	Bajo	16	40	29.09	4.831
	Medio	23	40	30.10	4.134
	Alto	20	40	33.09	4.759
RETO	Bajo	16	40	29.03	4.829
	Medio	24	40	30.36	4.057
	Alto	20	40	32.33	5.020
COMPROMISO	Bajo	16	40	29.61	5.058
	Medio	22	40	30.27	5.003
	Alto	20	40	32.19	4.322
CONTROL	Bajo	24	40	30.25	4.435
	Medio	16	40	30.47	4.968
	Alto	23	40	31.47	5.023

Nota: CPR GLOBAL: personalidad resistente global media; DT: desviación típica

5.2.2 SQT y variables de personalidad

En la tabla de correlaciones de Pearson 5.105 se presenta el análisis realizado referente al objetivo principal número 2, cuyo propósito era estudiar las relaciones entre el SQT y las variables de personalidad.

Tabla 5.105 Tabla de correlaciones objetivo específico 2

SINDROME DE QUEMARSE POR EL TRABAJO			
	CE	DP	RP
RASGOS DE PERSONALIDAD			
Perfil Cooperativo-Dependiente	-.178	-.138	-.118
Perfil Confiado-narcisista	-.001	-.008	-.049
Perfil Sensible-negativista	.160	.092	-.125
Perfil Impulsivo-límite	.025	.068	-.122
PERSONALIDAD RESISTENTE			
CPR GLOBAL	-.411(**)	-.375(**)	.274(**)
COMPROMISO	-.443(**)	-.332(**)	.342(**)
RETO	-.257(*)	-.122	.135
CONTROL	-.224(*)	-.369(**)	.157
AUTOEFICACIA GENERALIZADA			
	-.087	-.202(*)	.185

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral). * La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

Nota: CPR GLOBAL: personalidad resistente global; CE: cansancio emocional; DP: despersonalización; RP: realización personal en el trabajo

Tabla 5.106 Matriz de correlaciones de Pearson entre los perfiles de rasgos de personalidad y las dimensiones del SQT						
	Cansancio emocional		Despersonalización		Realización personal	
	r	p	r	p	r	p
RASGOS DE PERSONALIDAD						
Perfil Introverso-esquizoide	0.037	.72	0.150	.14	-0.169	.10
Perfil Inhibido-evitativo	0.040	.70	0.086	.40	-0.122	.23
Perfil Cooperativo-dependiente	-0.178	.82	-0.138	.18	0.118	.25
Perfil Sociable-histriónico	-0.108	.29	-0.040	.70	0.152	.14
Perfil Confiado-narcisista	-0.001	.99	-0.008	.94	-0.049	.63
Perfil Convincente-antisocial	-0.082	.43	-0.019	.85	0.026	.80
Perfil Respetuoso-compulsivo	-0.072	.48	-0.033	.74	0.073	.48
Perfil Sensible-negativista	0.160	.12	0.092	.37	-0.125	.22
Perfil Impulsivo-limite	0.025	.81	0.068	.51	-0.122	.23

Nota: r: coeficiente de correlación de Pearson. p: nivel crítico de probabilidad

En la tabla 5.106 se pueden observar las correlaciones de Pearson obtenidas entre cada una de las dimensiones del SQT y los nueve perfiles de rasgos de personalidad medidos mediante el inventario IATP (Tous y Muiños, 2005). No obstante, en la tabla 5.105 se han seleccionado para analizar su relación con el SQT únicamente aquellos perfiles de rasgos de personalidad que habían resultado significativos en su relación con el constructo de personalidad resistente dentro del análisis referido al primer objetivo específico planteado. Los resultados obtenidos muestran que no existe ningún tipo de asociación estadísticamente significativa entre los perfiles de rasgos de personalidad considerados y las dimensiones que configuran el SQT.

Cuando el análisis se centra en la relación entre la variable personal del “self”, autoeficacia generalizada, y su relación con los factores del SQT, los resultados reflejan únicamente una correlación significativa: la que establece una relación de tipo negativo entre autoeficacia generalizada y la dimensión de despersonalización, de manera que a mayores niveles de autoeficacia los individuos encuestados obtienen menores puntuaciones en actitudes de despersonalización en el contexto de su trabajo ($p < 0,05$).

Por lo que respecta a la personalidad resistente, tal y como se puede observar en la tabla 5.105, el análisis realizado refleja una asociación relevante entre ambas variables. De manera global, la personalidad resistente se relaciona de forma inversa con las dimensiones de cansancio emocional y despersonalización, y de manera directa o positiva con la dimensión de realización personal en el trabajo ($p < 0,01$).

Si se consideran por separado los factores que constituyen el constructo de personalidad resistente, se observa que el factor de compromiso es el que tiene una relevancia destacada ya que se relaciona con las tres dimensiones del SQT. Concretamente, se observa que los individuos que puntúan más alto en compromiso obtienen puntuaciones menores en cansancio emocional y despersonalización, así como puntuaciones más altas en realización personal

en el trabajo ($p < 0,01$). De igual modo, los sujetos que obtienen puntuaciones más elevadas en control, expresan menores niveles de cansancio emocional ($p < 0,05$) y despersonalización ($p < 0,01$). El factor de reto, en cambio, es el que menos resulta estar relacionado con el SQT según los resultados obtenidos. Concretamente, dicho factor únicamente registra una correlación negativa significativa con la dimensión de cansancio emocional ($p < 0,05$).

En la tabla 5.107 se pueden observar cómo varían las puntuaciones medias obtenidas en las dimensiones del SQT según consideremos la clasificación en niveles de personalidad resistente global y en cada uno de los factores que la constituyen. Tal y como se puede observar en dicha tabla, las puntuaciones medias obtenidas en las dimensiones de cansancio emocional y despersonalización descienden de forma relevante conforme se incrementan los niveles de personalidad resistente. En cambio, con la dimensión de realización personal en el trabajo a medida que se incrementan los niveles de personalidad resistente se obtienen cifras más elevadas.

Tabla 5.107 Puntuaciones medias en las dimensiones del SQT según la clasificación en niveles de la variable personalidad resistente

	Niveles	CE		DP		RP	
		Media	Desv. Típ.	Media	Desv. típ.	Media	Desv. típ.
CPR GLOBAL	Bajo	27.06	10.92	9.06	5.18	34.21	9.23
	Medio	24.42	9.55	8.61	5.62	37.55	5.35
	Alto	19.21	11.57	5.15	4.79	38.58	7.45
RETO	Bajo	28.58	8.58	10.58	5.17	34.58	9.12
	Medio	24.03	10.19	6.47	3.92	34.37	6.83
	Alto	18.81	10.11	5.94	5.81	40.64	5.34
COMPROMISO	Bajo	25.93	11.39	8.52	5.95	34.38	8.59
	Medio	26.21	11.47	7.18	4.59	37.86	6.51
	Alto	19.95	9.90	7.20	5.65	37.72	7.61
CONTROL	Bajo	27.90	11.94	9.55	5.70	36.25	8.89
	Medio	22.91	9.61	9.02	5.40	36.23	7.25
	Alto	21.79	12.06	4.62	4.01	37.74	7.67

Nota: CPR GLOBAL: personalidad resistente global media; CE: cansancio emocional; DP: despersonalización; RP: realización personal en el trabajo.

Finalmente, y para completar el análisis realizado con respecto a la relación de las variables personales y el SQT, se han realizado tres análisis de regresión múltiple considerando como variables predictoras todas las variables de tipo personal estudiadas (autoeficacia, personalidad resistente y perfiles de rasgos de personalidad), así como también las principales variables sociodemográficas y laborales que habían resultado significativas en los análisis previos con respecto a cada una de las dimensiones que configuran el SQT. Por tanto, las variables de entrada en los tres modelos de regresión múltiple fueron las mismas, excepto las variables sociodemográficas y laborales, que fueron distintas según los análisis de significación previos para cada dimensión del SQT. Los análisis de regresión se realizaron con el objeto de comprobar qué variables de tipo personal consideradas en el estudio, se muestran como mejores predictoras del SQT, una vez controlado el efecto de las variables sociodemográficas y laborales significativas. En cada uno de los tres análisis se tomó como variable dependiente una dimensión diferente del MBI. Los modelos resultantes de dichos análisis pueden ser observados en las tablas 5.108, 5.109 y 5.110, que se comentan a continuación.

Tabla 5.108 Análisis de regresión múltiple método por pasos (stepwise) sobre las puntuaciones en la dimensión de cansancio emocional

Variables predictoras	Coeficientes			
	<i>B</i>	<i>t</i>	<i>Sign.</i>	<i>Corr. parcial</i>
1 COMPROMISO	-13.28	-5.36	0.000	-0.484
2 Jornada adicional	8.16	3.78	0.000	0.364
Ajuste del modelo (ANOVA)		Resumen del modelo		
F (2,94)	Sign.	<i>R² corregida</i>		
20.37	0.000	0.287		

Nota: Variables sociodemográficas-laborales incluidas en el análisis: Unidad y Jornada adicional.

• El análisis de regresión realizado (tabla 5.108) dio como resultado final un modelo que incluye como variables predictoras de las puntuaciones obtenidas en *cansancio emocional*, el factor de *compromiso* de la personalidad resistente y la realización de *jornadas adicionales* o “dobletes”. El análisis de varianza refleja que el modelo posee potencia explicativa estadísticamente significativa y el coeficiente R^2 corregido que éste explica el 28,7% de la varianza observada en las puntuaciones de la dimensión de cansancio emocional del MBI. Como también se puede observar en la tabla, el factor de compromiso es el que mayor influencia tiene sobre dichas puntuaciones.

Tabla 5.109 Análisis de regresión múltiple método por pasos (stepwise) sobre las puntuaciones en la dimensión de despersonalización

Variables predictoras	Coeficientes			
	<i>B</i>	<i>t</i>	<i>Sign.</i>	<i>Corr. parcial</i>
1 CPR GLOBAL	-9.88	-4.36	0.000	-0.412
2 RETO	3.43	2.21	0.030	0.223
3 Hijos (presencia/ausencia)	2.20	2.17	0.032	0.220
Ajuste del modelo (ANOVA)		Resumen del modelo		
F (3,93)	Sign.	R^2 corregida		
9.64	0.000	0.213		

Nota: CPR GLOBAL: personalidad resistente global media.

Variables sociodemográficas-laborales introducidas en el análisis: género e hijos (no/sí).

• El análisis de regresión realizado (tabla 5.109) dio como resultado final un modelo que incluye como variables predictoras de las puntuaciones obtenidas en la dimensión de despersonalización del MBI, la variable personalidad resistente global media, el factor de reto de la personalidad resistente y la variable hijos. Hay que destacar los signos encontrados en las relaciones entre las variables, pues llama la atención que si globalmente el constructo de personalidad resistente predice menores puntuaciones en despersonalización, el factor de reto correspondiente a dicho constructo de personalidad resistente refleja una relación positiva, de forma que, una vez controlada la influencia de las variables incluidas en el modelo, mayores puntuaciones en reto predicen puntuaciones más elevadas en despersonalización. Con respecto a la variable hijos, la ausencia de los mismos predice mayores puntuaciones en despersonalización.

El modelo posee potencia explicativa estadísticamente significativa y el coeficiente R^2 corregido explica el 21,3% de la varianza observada en las puntuaciones de despersonalización del MBI. Como se puede observar en la tabla 5.108, la variable que posee la mayor influencia sobre el nivel de despersonalización es la escala de puntuaciones referida a la personalidad resistente global media.

Tabla 5.110 Análisis de regresión múltiple método por pasos (stepwise) sobre las puntuaciones de la dimensión de realización personal en el trabajo

Variables predictoras	Coeficientes			
	<i>B</i>	<i>t</i>	<i>Sign.</i>	<i>Corr. parcial</i>
1 COMPROMISO	6.80	3.55	0.001	0.342
Ajuste del modelo (ANOVA)		Resumen del modelo		
F (1,95) 12.57	Sign. 0.001	R^2 corregida 0.108		

Nota: Variables sociodemográficas-laborales introducidas en el análisis: antigüedad laboral

- En la tabla 5.110 se muestra el modelo de regresión múltiple resultante sobre las puntuaciones obtenidas en la dimensión de realización personal en el trabajo del MBI. La única variable que ha resultado predictora ha sido la subescala de compromiso de la variable personalidad resistente, encontrando una relación positiva o directa entre ambas variables (predictora y dependiente). En este caso, el poder explicativo del modelo es menor, obteniéndose una R^2 que explica un 10,8% de la varianza observada en las puntuaciones de realización personal en el trabajo del MBI.

5.2.3 SQT, estado general de salud percibida y satisfacción laboral

Con el objeto de analizar la relación entre dichas variables, planteada previamente en el objetivo principal número 3, se ha desarrollado una tabla de correlaciones de Pearson que se puede observar en la tabla 5.111. A continuación se comentan los resultados más significativos obtenidos:

a) Con respecto a la relación entre las dimensiones del SQT y la *satisfacción laboral*, se observa una relación relevante entre las variables. Según se puede observar en la tabla 5.111, existe una relación de tipo negativo entre las dimensiones de cansancio emocional y despersonalización, y prácticamente todas las facetas laborales que evalúa el cuestionario de satisfacción laboral Font Roja (Aranaz y Mira, 1988). Por otro lado, también se da una correlación positiva o directa entre la dimensión de realización personal en el trabajo del MBI y la variable satisfacción global media ($p < 0,01$), así como con las facetas laborales de satisfacción con el puesto desempeñado ($p < 0,01$), satisfacción con las oportunidades de promoción profesional ($p < 0,05$) y satisfacción con el reconocimiento profesional ($p < 0,05$). Tal y como se puede observar en la tabla 5.111, la asociación más alta y significativa se da entre la dimensión de cansancio emocional y la variable satisfacción global media ($r = -0,619$; $p < 0,01$).

b) Cuando consideramos la relación entre el SQT y el *estado general de salud percibido*, también se observa una relevante asociación entre dichas variables. Concretamente, los datos revelan una asociación de tipo positivo entre la presencia de síntomas de vulnerabilidad psíquica (malestar psíquico) y mayores puntuaciones en las dimensiones de cansancio emocional y despersonalización del MBI. La dimensión de realización personal en el trabajo, en cambio, se queda al margen de la existencia de relaciones significativas con las distintas escalas del GHQ-28. Tal y como se puede observar en la tabla 5.111, es la dimensión de cansancio emocional la que mantiene correlaciones más altas y significativas con la presencia de síntomas de malestar psíquico, y más concretamente, con la presencia de síntomas de ansiedad e insomnio (escala B del GHQ-28).

Por otro lado, y de forma complementaria, se ha analizado también la relación entre satisfacción laboral y estado general de salud percibido, dado que son escasos los estudios que se han centrado en analizar la relación entre ambas variables comúnmente consideradas como consecuentes del SQT. Dicho análisis se ve reflejado en la tabla de correlaciones de Pearson 5.112.

Tal y como se observa en la tabla 5.112, existe también una asociación relevante entre dichas variables: la presencia de síntomas de malestar psíquico se relaciona de forma inversa con la satisfacción laboral ($r = -0,528$; $p < 0,01$), siendo la escala de síntomas de ansiedad e Insomnio (Escala B del GHQ-28) la que mantiene un mayor número de correlaciones significativas con los distintos factores medidos por el cuestionario de satisfacción laboral Font Roja (1988). Entre estos factores, el correspondiente a la satisfacción con el reconocimiento profesional ó características extrínsecas de status profesional es el que menor asociación muestra con el estado general de salud percibido por los profesionales encuestados, mientras que los factores correspondientes a la satisfacción con el puesto de trabajo desempeñado y la relación con los superiores son aquellos que muestran asociaciones más significativas con cada una de las subescalas que componen el cuestionario de salud GHQ-28.

Tabla 5.111 Tabla de correlaciones objetivo 3

	SQT		
	Cansancio emocional	Despersonalización	Realización personal
SATISFACCIÓN LABORAL			
SATISFACCION GLOBAL MEDIA	-.619(**)	-.386(**)	.303(**)
Satisfacción laboral Con el puesto desempeñado	-.421(**)	-.269(**)	.313(**)
Tensión laboral	-.474(**)	-.085	.123
Competencia profesional	-.266(**)	-.341(**)	.143
Presión laboral	-.410(**)	-.239(*)	.089
Promoción profesional	-.487(**)	-.286(**)	.204(*)
Relación jefes	-.377(**)	-.328(**)	.173
Relación compañeros	-.315(**)	-.193	.044
Caract.extrinsecas estatus	-.351(**)	-.210(*)	.205(*)
Monotonía laboral	-.258(*)	-.130	.149
SALUD GENERAL PERCIBIDA			
GHQ_TOTAL	.439(**)	.301(**)	-.091
GHQ_A	.383(**)	.204(*)	-.033
GHQ_B	.468(**)	.206(*)	-.072
GHQ_C	.208(*)	.262(**)	-.078
GHQ_D	.230(*)	.308(**)	-.114

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

* La correlación es significante al nivel 0,05 (bilateral).

Nota: GHQ-total: puntuación global estado de salud general; GHQ-A: escala de síntomas psicósomáticos; GHQ-B: escala de síntomas de ansiedad-insomnio; GHQ-C: escala de disfunción social; GHQ-D: escala de síntomas depresivos

Tabla 5.112 Correlaciones de Pearson entre satisfacción laboral y estado general de salud percibido

	SATISFACCION GLOBAL	FR1	FR2	FR3	FR4	FR5	FR6	FR7	FR8	FR9
SALUD GENERAL PERCIBIDA										
GHQ_TOTAL	-.528(**)	-.450(**)	-.297(**)	-.369(**)	-.232(*)	-.335(**)	-.484(**)	-.250(*)	-.139	-.339(**)
GHQ_A	-.397(**)	-.365(**)	-.282(**)	-.198	-.167	-.277(**)	-.408(**)	-.151	-.082	-.241(*)
GHQ_B	-.485(**)	-.384(**)	-.312(**)	-.385(**)	-.268(**)	-.331(**)	-.423(**)	-.193	-.117	-.310(**)
GHQ_C	-.371(**)	-.386(**)	-.081	-.391(**)	-.217(*)	-.191	-.382(**)	-.252(*)	-.001	-.156
GHQ_D	-.385(**)	-.277(**)	-.165	-.209(*)	-.047	-.219(*)	-.291(**)	-.230(*)	-.243(*)	-.340(**)

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

* La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

Nota: GHQ-total: puntuación global estado de salud general; GHQ-A: escala de síntomas psicósomáticos; GHQ-B: escala de síntomas de ansiedad-insomnio; GHQ-C: escala de disfunción social; GHQ-D: escala de síntomas depresivos; FR1: satisfacción con el puesto; FR2: tensión laboral; FR3: competencia profesional; FR4: presión laboral; FR5: promoción profesional; FR6: relación con los jefes; FR7: relación con compañeros; FR8: características extrínsecas de status; FR9: monotonía laboral.

5.2.4 Análisis de regresión múltiple entre las variables de personalidad, SQT, salud percibida y satisfacción laboral

Finalmente, se han realizado varios análisis de regresión múltiple, con el fin de analizar el poder predictivo de las distintas variables de tipo personal estudiadas y del SQT sobre el estado general de salud percibido y la satisfacción laboral, una vez controlado el efecto de las principales variables sociodemográficas y laborales que resultaron significativas en los análisis previos.

a) En las tablas 5.113 a 5.117 se pueden observar los modelos resultantes de los análisis realizados cuando tomamos como variable dependiente los valores adoptados por las distintas subescalas del GHQ-28, así como la puntuación de la escala total de dicho cuestionario. Como variables de entrada se incluyeron: la autoeficacia, la personalidad resistente global así como sus tres dimensiones (compromiso, reto y control) y los cuatro perfiles de rasgos de personalidad que resultaron significativos en análisis previos (perfiles sensible, cooperativo, confiado e impulsivo), así como las tres dimensiones del SQT (cansancio emocional, despersonalización y realización personal). También se incluyeron las variables edad e hijos (si/no) como variables sociodemográficas significativas, para controlar su efecto en los análisis realizados.

Tabla 5.113 Análisis de regresión múltiple método por pasos (stepwise) sobre las puntuaciones de la escala total del GHQ-28. Estado general de salud percibido

Variables predictoras	Coeficientes			
	<i>B</i>	<i>t</i>	<i>Sign.</i>	<i>Corr. parcial</i>
1 MBI-Cansancio emocional	0.311	3.241	0.002	0.317
2 CPR Total	-10.165	-3.173	0.002	-0.311
Ajuste del modelo (ANOVA)		Resumen del modelo		
F (2,94)	Sign.	<i>R² corregida</i>		
17.468	0.000	0.255		

Nota: CPR Total: personalidad resistente global media

Tal y como se observa en la tabla 5.113, el modelo resultante explica el 25,5% de la varianza de la puntuación obtenida en la escala total del GHQ-28. Del total de variables introducidas, el factor de cansancio emocional del MBI y la personalidad resistente global media han resultado ser las variables que predicen de forma significativa la presencia de malestar psíquico.

Tabla 5.114 Análisis de regresión múltiple método por pasos (stepwise) sobre las puntuaciones de la escala A del GHQ-28. Escala de síntomas psicósomáticos

Variables predictoras	Coeficientes			
	<i>B</i>	<i>t</i>	<i>Sign.</i>	<i>Corr. parcial</i>
1 MBI-Cansancio emocional	0.122	3.362	0.001	0.328
2 CPR -Reto	-2.103	-2.553	0.012	-0.255
Ajuste del modelo (ANOVA)		Resumen del modelo		
F (2,94) 11.907	Sign. 0.000	<i>F² corregida</i> 0.185		

Según lo que refleja la tabla 5.114, de nuevo el factor de cansancio emocional del MBI y el factor de reto de la personalidad resistente explican conjuntamente el 18,5% de la varianza en la subescala de síntomas psicósomáticos del GHQ-28. Concretamente, el agotamiento emocional se relaciona de forma positiva con la presencia de sintomatología psicósomática, mientras que el reto se relaciona de forma negativa con la misma.

Tabla 5.115 Análisis de regresión múltiple método por pasos (stepwise) sobre las puntuaciones de la escala B del GHQ-28. Escala de síntomas de ansiedad e insomnio

Variables predictoras	Coeficientes			
	<i>B</i>	<i>t</i>	<i>Sign.</i>	<i>Corr. parcial</i>
1 MBI-Cansancio emocional	0.159	4.576	0.000	0.429
2 Autoeficacia	-0.189	-2.406	0.018	-0.242
3 CPR -Control	-1.772	-2.321	0.022	-0.234
Ajuste del modelo (ANOVA)		Resumen del modelo		
F (3,93) 14.254	Sign. 0,000	<i>F² corregida</i> 0.293		

Con respecto a la subescala de síntomas de ansiedad e insomnio, tres variables han resultado significativas en el modelo obtenido. Concretamente, el factor de cansancio emocional, la variable autoeficacia generalizada y el factor de control de la personalidad resistente predicen de forma conjunta el 29,3% de la varianza obtenida en las puntuaciones de dicha escala del GHQ-28.

Tabla 5.116 Análisis de regresión múltiple método por pasos (stepwise) sobre las puntuaciones de la escala C del GHQ-28. Escala de síntomas de disfunción social

Variables predictoras	Coeficientes			
	<i>B</i>	<i>t</i>	<i>Sign.</i>	<i>Corr. parcial</i>
1 CPR TOTAL	-4.096	-4.346	0.000	-0.411
2 Personalidad sensible-negativista	0.102	3.326	0.001	0.326
3 CPR -Compromiso	2.107	2.495	0.014	0.251
Ajuste del modelo (ANOVA)		Resumen del modelo		
F (3,93)	Sign.	<i>R² corregida</i>		
10.079	0.000	0.221		

Por otro lado, la tabla 5.116 refleja el modelo obtenido para explicar la varianza en la subescala de “disfunción social” del GHQ-28. Como se puede observar, el factor de personalidad resistente global, el perfil de rasgos de personalidad sensible-negativista y el factor de compromiso de la personalidad resistente predicen de forma conjunta el 22,1% de la varianza de las puntuaciones obtenidas en dicha escala. Concretamente, la personalidad resistente se relaciona de forma negativa o inversa con la presencia de síntomas de disfunción social o malestar cotidiano, mientras que el perfil de rasgos sensible y el factor de compromiso de la personalidad resistente se relacionan de forma directa ó positiva con dicha variable dependiente.

Tabla 5.117 Análisis de regresión múltiple método por pasos (stepwise) sobre las puntuaciones de la escala D del GHQ-28. Escala de síntomas de depresión

Variables predictoras	Coeficientes			
	<i>B</i>	<i>t</i>	<i>Sign.</i>	<i>Corr. parcial</i>
1 MBI-Despersonalización	0.142	2.806	0.006	0.279
2 Edad	0.130	3.493	0.001	0.341
3 Hijos (presencia/ausencia)	1.500	2.434	0.017	0.245
Ajuste del modelo (ANOVA)		Resumen del modelo		
F (3,93)	Sign.	<i>R² corregida</i>		
8.127	0.000	0.182		

Quando consideramos como variable dependiente la subescala de síntomas depresivos del GHQ-28 (Tabla 5.117), el modelo resultante establece como variables predictoras al factor de despersonalización del MBI y a las variables sociodemográficas de edad e hijos, variables que conjuntamente explican el 18,2% de la varianza obtenida en las puntuaciones de dicha escala.

b) En la tabla 5.118 se puede observar el modelo resultante al realizar el análisis de regresión múltiple sobre la variable dependiente de satisfacción laboral global media. En este caso, además de las variables personales de entrada ya comentadas (autoeficacia, personalidad resistente y los 4 perfiles de rasgos de personalidad significativos) y dimensiones del SQT (cansancio emocional, despersonalización y realización personal) se incluyeron como variables sociodemográficas-laborales de control las variables de unidad de trabajo y género.

Tal y como refleja dicha tabla, son cuatro las variables predictoras en el modelo: los factores de cansancio emocional y realización personal en el trabajo del MBI, el factor de control de la personalidad resistente, y la variable sociodemográfica género. Estas cuatro variables predicen de forma conjunta el 48,7% de la varianza obtenida en las puntuaciones de satisfacción laboral en la muestra estudiada, siendo el factor de cansancio emocional el que mayor influencia predictiva ejerce sobre dicha variable dependiente.

En cuanto a la variable género, según el modelo obtenido el género masculino predice una menor puntuación en satisfacción global con el trabajo en comparación con el género femenino.

Tabla 5.118 Análisis de regresión múltiple método por pasos (stepwise) sobre las puntuaciones de satisfacción laboral global media del cuestionario Font Roja (Aranaz y Mira, 1988)

Variables predictoras	Coeficientes			
	<i>B</i>	<i>t</i>	<i>Sign.</i>	<i>Corr. parcial</i>
1 MBI-Cansancio emocional	-0.020	-7.120	0.000	-0.596
2 CPR-Control	0.186	3.074	0.003	0.305
3 MBI-Realización personal	0.008	2.142	0.035	0.251
4 Género	0.141	2.064	0.042	0.210
Ajuste del modelo (ANOVA)		Resumen del modelo		
F (4,92)	Sign.	<i>R² corregida</i>		
23.746	0.000	0.487		

5.3 Resumen de los resultados obtenidos

En la presente investigación se plantearon un total de cuatro hipótesis relativas a los cuatro objetivos específicos. Así mismo, también se planteó una hipótesis complementaria relativa a la relación entre el síndrome de estrés crónico asistencial y determinadas variables sociodemográficas y laborales contempladas en el estudio.

Tomando como base los resultados obtenidos se puede afirmar que:

1. Se confirma parcialmente la **hipótesis número 1** que planteaba la existencia de una relación significativa entre los distintos *perfiles de rasgos de personalidad* y la personalidad resistente, y de ésta con la autoeficacia generalizada. De los 9 perfiles de rasgos medidos por el IATP (Tous y Muiños, 2005), tan sólo cuatro han resultado significativos en su relación con dicho

constructo, si bien hay que matizar que las correlaciones significativas se establecen con uno de los factores que constituyen el constructo (el factor de compromiso), y no con la variable que representa al constructo globalmente. Dichos perfiles son: el perfil cooperativo-dependiente, el perfil confiado-narcisista, el perfil sensible-negativista y el perfil impulsivo-límite.

Con respecto a la variable *autoeficacia generalizada*, se confirma la relación significativa entre dicha variable y la variable que representa a la personalidad resistente global, así como también se establecen relaciones significativas con dos de los factores, el de compromiso y el de reto. El factor de control queda al margen de una asociación significativa.

2. Se confirma parcialmente la **hipótesis 2**. Esta confirmación parcial se concreta del siguiente modo al analizar los resultados obtenidos:

2.1. No se confirma relación alguna entre los perfiles de rasgos de personalidad medidos mediante el IATP y niveles diferenciales en las puntuaciones de las dimensiones que configuran el síndrome de quemarse por el trabajo (SQT).

2.2. Se confirma una relación relevante entre la personalidad resistente y el SQT. Concretamente, la dimensión de cansancio emocional es la variable que muestra correlaciones más significativas con cada uno de los factores que constituyen la personalidad resistente. El factor de compromiso es el que muestra una relación más relevante con cada una de las dimensiones del SQT, aspecto que se queda evidenciado claramente en los análisis de regresión realizados.

2.3. Se confirma parcialmente la relación entre la variable autoeficacia generalizada y el SQT. Tan sólo se obtiene una relación significativa entre dicha variable personal y la dimensión de despersonalización del SQT.

3. Se confirma totalmente la **hipótesis 3**, que planteaba una relación inversa entre SQT y dos variables: satisfacción laboral y salud percibida. Del mismo modo, se confirma que dichas variables se relacionan de manera directa entre ellas. No obstante, hay que concretar que de las dimensiones que configuran el SQT, es el factor de cansancio emocional el que obtiene un mayor número de correlaciones significativas, mientras el de realización personal en el trabajo es el que muestra una menor asociación con las distintas variables consideradas.

4. Se confirma parcialmente la **hipótesis 4**. Esta hipótesis planteaba la influencia predictiva de las variables de tipo personal consideradas y del SQT, como posibles predictores de la satisfacción laboral y estado general de salud percibida de los profesionales estudiados.

Los análisis de regresión realizados considerando como variables dependientes la satisfacción laboral y el estado general de salud percibido, muestran que, en términos globales, la personalidad resistente y el SQT son predictores relevantes de la satisfacción laboral y del estado general de salud percibido. Matizando esta relación, hay que destacar que es la dimensión de cansancio emocional la que alcanza un mayor poder predictivo. Por lo que respecta a la influencia predictiva de la variable autoeficacia generalizada y, a pesar de la escasa relación observada con las dimensiones que configuran el SQT, hay que destacar que dicha variable se ha mostrado como un predictor significativo de las puntuaciones obtenidas en la escala de síntomas de ansiedad e insomnio del GHQ-28.

Por otro lado, también es digna de mención la capacidad predictiva del perfil de rasgos sensible-negativista sobre las puntuaciones obtenidas en la escala de síntomas de disfunción social o malestar cotidiano, y que inicialmente no se había contemplado en la hipótesis de partida.

5. La **hipótesis 5** relativa al primer objetivo complementario se confirma parcialmente. Según los análisis realizados se confirman diferencias significativas en función de las variables de género, unidad y años de experiencia profesional. No se confirman, en cambio, las diferencias hipotetizadas para las variables tipo de turno y categoría profesional. Además, se obtienen diferencias significativas para las variables antigüedad laboral en su actual servicio, el tener/no tener hijos y el realizar/no realizar jornadas adicionales ó dobles, variables que no habían sido contempladas en la hipótesis de partida.

CAPITULO 6
DISCUSIÓN

6.1 Objetivos principales

* Con el primer objetivo planteado se pretendían analizar las relaciones entre las distintas variables de tipo personal consideradas en el estudio. Como hipótesis relacionada con este primer objetivo específico, se conjeturaba que existiría una relación o asociación entre diferentes niveles o puntuaciones en el constructo de personalidad resistente, y las puntuaciones obtenidas en autoeficacia generalizada y los nueve perfiles de rasgos de personalidad evaluados mediante el cuestionario IATP (Tous y Muiños, 2005).

Dada la escasez de estudios que han examinado la relación entre este tipo de variables consideradas, las comparaciones con otros trabajos previos se ven limitadas en la discusión de los resultados obtenidos para este objetivo. No obstante, partiendo de la base teórica del modelo de Kobasa (1979) sobre el constructo de la personalidad resistente, y la teoría Sociocognitiva de Bandura (1997) sobre las expectativas de autoeficacia, la suposición de partida era hipotetizar que aquellos profesionales con mayores puntuaciones en autoeficacia generalizada percibida, obtendrían mayores niveles en el constructo de personalidad resistente, y concretamente, puntuarían más alto en el factor de control, que es el que desde el punto de vista teórico puede estar más relacionado con la variable de expectativas de autoeficacia. Respecto a los perfiles de rasgos de personalidad, el objetivo de carácter exploratorio se centraba en determinar si existía algún perfil concreto de rasgos que se asociara con un nivel más elevado en el constructo de personalidad resistente, dado que no se ha encontrado ningún estudio previo que se centrara en analizar la relación entre este tipo específico de variables personales.

Los hallazgos obtenidos respecto a este primer objetivo, nos permiten decir que se confirma parcialmente la hipótesis planteada. Concretamente, se obtiene una asociación significativa entre la variable autoeficacia generalizada y el constructo de personalidad resistente de forma global, y también respecto a las dimensiones de reto y compromiso, pero no la de control. Con ello, se confirma que los individuos con un mayor nivel de expectativas de autoeficacia generalizada, serán personas con niveles más altos de reto y compromiso, que,

globalmente, harán que su personalidad sea más resistente a los eventos vitales estresantes. En contra de la suposición inicial de encontrar también un mayor nivel de control, no se obtiene una asociación significativa, hecho que posiblemente pueda ser explicado por las deficiencias (ya comentadas en otro apartado) que, sobre la base metodológica, encuentran algunos autores en la medición del constructo de personalidad resistente como integración de sus tres factores (compromiso, reto y control), así como al hecho de que este factor de control esté integrado por un menor número de ítems en la escala que evalúa el citado constructo. Por otro lado, una muestra insuficiente también puede estar contribuyendo a encontrar esta incongruencia con el marco teórico de partida.

Respecto a las relaciones entre los nueve perfiles de rasgos de personalidad evaluados mediante el cuestionario IATP, y el constructo de personalidad resistente y sus tres factores integrantes, los resultados obtenidos muestran una asociación significativa en cuatro perfiles de rasgos concretos y un único factor del constructo de personalidad resistente: el factor de compromiso. Este factor mantiene una correlación positiva con el estilo cooperativo-dependiente, mientras mantiene correlaciones significativas negativas con los perfiles confiado-narcisista, sensible-negativista, y perfil impulsivo-límite. Esto quiere decir que los individuos que se califican a sí mismos como más egocéntricos y narcisistas, así como aquellos que muestran una mayor tendencia a la inestabilidad emocional, al negativismo y a la ambivalencia de intereses, son aquellas personas que tienden a sentir menos compromiso, tanto hacia los distintos eventos vitales como hacia las relaciones interpersonales que se establecen en los mismos. Por el contrario, aquellas personas que se califican como más dependientes y dóciles, mostrarían una mayor tendencia hacia la implicación personal o compromiso en las distintas facetas de la vida. Este hallazgo se muestra coherente desde el punto de vista clínico: por un lado, el perfil narcisista nos muestra a personas excesivamente centradas en ellas mismas, que se sobrevaloran en exceso y que esperan de los demás dicho reconocimiento especial. Por otro lado, el perfil negativista nos muestra a personas opositoras, ambivalentes, inseguras, pesimistas, descontentas y con gran tendencia a los conflictos y a desmoralizar a las

personas que les rodean. Además, el perfil límite nos muestra a personas con conductas aparentemente caprichosas y con gran labilidad emocional, personas que se caracterizan por una gran sensibilidad a la crítica, así como una conducta que puede ser errática, impulsiva o explosiva. Se trata, por tanto, de individuos con una gran tendencia a la manifestación externa de conflictos interpersonales. Nos encontramos, pues, con tres perfiles, el narcisista, el negativista (pasivo-agresivo) y el impulsivo, que desde sus diferentes características, nos llevan a deducir una menor tendencia al compromiso: características como la sensibilidad a la crítica, la impulsividad, o la conducta explosiva pueden provocar mayor número de conflictos interpersonales. La ambivalencia en los intereses o en los afectos, así como la inseguridad son características que se ven asociadas de forma lógica a una menor tendencia al compromiso o implicación con respecto a personas y acontecimientos. Los rasgos de egocentrismo y la escasa importancia que se les otorga a los demás desde el perfil narcisista, no conducen sino a una mayor probabilidad de conflicto y una escasa tendencia de la persona a comprometerse o implicarse con las personas que le rodean. Por otro lado, desde el polo opuesto, tenemos el perfil cooperativo-dependiente. Las personas que se califican como dependientes son personas dóciles, con poca autoestima y con sentimientos de inferioridad, personas que prefieren eludir la propia responsabilidad y control en los demás. Se trata, por tanto, de personas que fácilmente subordinan los deseos propios a los de los demás, por lo que resulta fácilmente deducible que estos individuos muestren menos conflictos y tengan una mayor facilidad para comprometerse con personas y las distintas facetas de la vida.

Finalmente, hay que destacar que según los resultados obtenidos, el constructo global de personalidad resistente no se ha evidenciado como significativo, siendo el factor de compromiso el que aglutina todo el peso de las asociaciones relevantes encontradas con los cuatro perfiles de rasgos de personalidad comentados.

* El segundo objetivo de este trabajo planteaba analizar las relaciones entre las distintas variables de tipo personal consideradas y las puntuaciones obtenidas en cada una de las dimensiones que configuran el SQT. La hipótesis

de partida era considerar una asociación significativa entre ambos tipos de variables teniendo en cuenta la literatura previa revisada. Dado que fueron incluidas en el análisis tres tipos de variables personales, concluimos que la hipótesis de partida se confirma parcialmente, pues únicamente obtenemos asociaciones significativas para algunas de las variables consideradas. A continuación se presenta la discusión de los resultados, analizando cada variable de tipo personal incluida en el análisis:

a) *Perfiles de rasgos de personalidad*: como ya se comentó en el apartado de resultados, ninguno de los nueve perfiles medidos obtiene una asociación significativa con las dimensiones del SQT. Estos resultados se oponen a los obtenidos por otros estudios previos, que si bien utilizaban otros instrumentos de medida (MMPI, 16PF, NEO-PI), encuentran que los sujetos con rasgos de alta inestabilidad emocional o neuroticismo se relacionan con mayores niveles de SQT (Bakker et al., 2006; Langelaan et al., 2006). También en otro estudio realizado con sanitarios (Cebria et al., 2001) encontraron asociaciones significativas entre algunos rasgos de personalidad (baja estabilidad emocional, elevada tensión y ansiedad) y puntuaciones altas en el SQT. Por su parte, Novoa et al. (2005) encontraron asociaciones significativas utilizando el 16 PF de Catell entre la dimensión de realización personal del MBI con los factores de personalidad “sumiso-dominante” y “prudente-impulsivo”. También encontraron correlaciones significativas entre la dimensión de despersonalización del MBI y los factores de personalidad “sumiso-dominante”, “prudente-impulsivo”, “confiado-celoso”, “práctico-soñador” y “seguro-inseguro”. Los autores de este estudio concluyen, de esta manera, en una escasa influencia de los factores de personalidad estudiados sobre la dimensión de agotamiento emocional, siendo la dimensión de despersonalización la más asociada con los perfiles valorados.

En cambio, otros autores (Bencomo et al., 2004) señalan que el síndrome de agotamiento no se relaciona con una “personalidad tipo”. Estos autores asocian determinados rasgos de personalidad (medidos con el MMPI) con la capacidad de ajuste psicológico de un sujeto. A continuación pasan a reseñar los “sujetos agotados” presentan rasgos de personalidad que se caracterizan por sensibilidad a la crítica, desconfianza hacia los demás y dificultad para

establecer contactos sociales.

En síntesis, y a pesar de no ser muy numerosos los estudios que analizan la influencia de los rasgos o “tipos” de personalidad en el desarrollo del SQT, existen estudios que encuentran asociaciones significativas con determinadas características de la personalidad o temperamento, y aunque nuestros resultados a priori no señalan la existencia de una asociación significativa de forma directa entre ambas variables (perfiles de rasgos y SQT), en posteriores análisis se puede observar claramente la relevancia de un perfil, el sensible-negativista. Se ha de destacar el hecho de que en nuestra muestra de profesionales el perfil sensible-negativista queda registrado como uno de los más frecuentes, concretamente el 52,6% de los individuos puntúan muy alto en este perfil. Desde el punto de vista clínico, las personas que puntúan alto en este perfil muestran inseguridad, ambivalencia, descontento y tendencia a los conflictos. Estas características se ven lógicamente asociadas a un peor funcionamiento cotidiano (mayores síntomas de disfunción social) y a una menor satisfacción vital, que se ven relacionadas de forma clara con la presencia de mayores síntomas del SQT. Por tanto, se puede decir que estos hallazgos concuerdan perfectamente con los resultados obtenidos por la literatura previa comentada.

b) Autoeficacia: teniendo en cuenta el marco teórico de partida (Teoría Sociocognitiva de Bandura, 1997) sería de esperar que los sujetos con mayores expectativas de autoeficacia generalizada fueran individuos menos vulnerables a los efectos del estrés al adoptar adecuadas estrategias de afrontamiento y evaluar más positivamente los acontecimientos vitales estresantes. Los hallazgos encontrados en este estudio ponen de manifiesto que la hipótesis de partida se confirma parcialmente. Concretamente, el grado de autoeficacia generalizada percibida se relaciona de forma significativa tan sólo con la dimensión de despersonalización del MBI. Estos resultados concuerdan con los obtenidos en otros estudios dentro del contexto sanitario, como el realizado por Montalbán et al. (2000) con personal de enfermería. Estos autores encuentran que la autoeficacia afecta a la génesis del SQT en la dimensión de despersonalización pero también además en la de realización

personal en el trabajo. Otra investigación, realizada por Manzano et al. (2000) concluye en la significatividad de la autoeficacia como variable determinante del grado de estrés crónico laboral asistencial. También estos autores afirman que los sujetos con baja autoeficacia, que se sienten indefensos, se implican menos en las tareas diarias, lo que lleva a bajos sentimientos de realización personal que, si se hacen crónicos frente a los estresores laborales, desembocarán en elevado agotamiento emocional y frustración, adoptando entonces actitudes de despersonalización como consecuencia. Más recientemente, otra investigación tipo longitudinal (Grau, 2007) concluye que la variable de autoeficacia mantiene relaciones significativas con las tres dimensiones del SQT, destacando especialmente su asociación con la realización personal en el trabajo, con la que mantiene una relación bidireccional. Así pues, nuestros resultados confirman la literatura previa en cuanto a la dimensión de despersonalización, pero no en cuanto a las otras dos dimensiones del SQT.

c) Personalidad resistente: los resultados que se obtienen para esta variable ponen de manifiesto una correlación significativa de tipo inverso entre la misma y las dimensiones de cansancio emocional y despersonalización, así como una correlación significativa de tipo directo con la dimensión de realización personal en el trabajo. Aunque de forma global ambas variables se relacionan, hay que destacar la relevancia asociativa del factor compromiso perteneciente al constructo de personalidad resistente y la dimensión de cansancio emocional del SQT. En el polo opuesto, el poder asociativo del factor reto y la dimensión de realización personal en el trabajo es mucho menor. Cuando, posteriormente, se realizan análisis de regresión múltiple sobre las tres dimensiones del SQT, vuelve a ponerse de manifiesto la importancia predictiva del constructo de personalidad resistente sobre el síndrome, destacando especialmente el componente de compromiso que predice de manera significativa el cansancio emocional y la realización personal en el trabajo. Estos hallazgos resultan en parte congruentes con los encontrados por estudios realizados hace unas décadas con personal de enfermería. Topf (1989) trabajó con una muestra de 100 enfermeras y encontró correlaciones significativas entre el índice global de

personalidad resistente con el SQT, y concluyó que la dimensión de compromiso era la única escala del constructo de personalidad resistente que explicaba porcentajes significativos de varianza en las dimensiones de agotamiento emocional (12%) y realización personal (7%), no resultando significativa la varianza explicada en la dimensión de despersonalización. También un estudio de Boyle et al. (1991) encontró resultados similares. De forma más reciente, y dentro de nuestro contexto sociocultural más cercano, existen trabajos que confirman estos resultados respecto del factor compromiso. Si bien muchos de estos estudios revisados no son con personal de enfermería, existen estudios en el colectivo docente que encuentran la tendencia anteriormente comentada, en la que la dimensión de compromiso es la que más peso tiene en su relación con el síndrome de burnout (Gil-Monte y Peiró, 1997; Moreno et al., 2000). Concretamente, Moreno et al. (2000) parecen confirmar el modelo de personalidad resistente propuesto por Kobasa (1982) con los resultados obtenidos en su estudio: los profesores con puntuaciones más altas o intermedias en personalidad resistente mostraban índices menores de estrés de rol, agotamiento emocional, actitudes de despersonalización y falta de realización personal en su trabajo, que los profesores con puntuaciones más bajas en personalidad resistente. También recientemente una investigación llevada a cabo con personal de enfermería de tres hospitales madrileños (Garrosa et al., 2008) pone de manifiesto la existencia de correlaciones significativas entre la personalidad resistente y cada uno de sus factores que la integran, y las tres dimensiones del SQT. Otra reciente investigación con 1275 profesionales sanitarios (Amutio, 2008) llega a la conclusión de un importante papel predictivo de la variable “personalidad resistente” sobre los niveles de SQT encontrados en la muestra. Este autor llega a considerar esta variable personal antecedente como más predictiva incluso que los factores organizacionales incluidos en su estudio (sobrecarga laboral, monotonía, falta de promoción profesional e insuficiente reconocimiento).

De acuerdo, pues, con los resultados obtenidos por los diferentes estudios previos y el presente trabajo, parece evidente que la presencia de una personalidad resistente en grado elevado (alto compromiso, reto y control) se

encuentra asociada a niveles más bajos en las puntuaciones de cansancio emocional y despersonalización, así como puntuaciones más altas en realización personal en el trabajo. También resulta evidente en los distintos estudios que el factor de compromiso adquiere una relevancia especial a la hora de predecir el SQT. Se ha de tener en cuenta la importancia que este hallazgo puede tener desde el punto de vista clínico, ya que aquellas personas que se caracterizan por un mayor nivel de compromiso en las diferentes facetas de la vida, suelen ser profesionales que se vinculan más hacia el objeto de su trabajo y hacia las relaciones interpersonales que se dan en el mismo. Este vínculo e implicación personal favorece la comunicación y los niveles de conflicto son menores contribuyendo a mejorar la consecución de objetivos, el ambiente de trabajo y la satisfacción con el mismo, con lo que la probabilidad de experimentar agotamiento emocional, despersonalización ó cinismo, y falta de eficacia profesional se puede ver reducida.

* El tercer objetivo se planteó para analizar la relación entre el SQT y dos de sus consecuencias asociadas, la salud o bienestar psíquico y la satisfacción laboral de los profesionales estudiados. Atendiendo a la extensa literatura previa sobre el tema, se hipotetizó una relación de tipo inverso entre SQT y satisfacción laboral, así como entre SQT y la salud percibida por los profesionales. Así mismo, se conjeturó una relación directa entre dichas variables consecuentes del síndrome, es decir, una relación positiva entre la satisfacción laboral y el bienestar psíquico. Se pasa a continuación a discutir los resultados encontrados para cada par de variables:

a) *SQT y satisfacción laboral*: los hallazgos ponen de manifiesto la existencia de una relevante asociación entre la variable satisfacción laboral y las tres dimensiones que configuran el SQT, lo que permite confirmar la hipótesis de partida. Concretamente, se observa que es la dimensión de cansancio emocional la que obtiene correlaciones significativas con las puntuaciones obtenidas en cada uno de los factores de satisfacción laboral que mide el cuestionario Font Roja (Aranaz y Mira, 1988). De nuevo, se encuentra un menor poder asociativo con respecto a la tercera dimensión del SQT, que es aquella que mide la realización personal en el trabajo o sentimientos de eficacia

profesional. Esta dimensión, por su propia naturaleza conceptual o teórica, se muestra más relacionada con la satisfacción con aspectos relativos al puesto desempeñado, al reconocimiento profesional y las oportunidades de promoción o desarrollo profesional. Los resultados obtenidos, pues, resultan concordantes con la totalidad de estudios revisados, que encuentran una asociación inversa entre ambas variables (e.g. Albadalejo et al., 2004; Boada et al., 2004; García-Izquierdo et al., 2000; Grau, 2007; Haim et al., 2005; Jiménez et al., 2002; Lomeña et al., 2004; Molina y Ávalos, 2007; Piko, 2006), siendo las correlaciones más elevadas las que se establecen con la dimensión de cansancio emocional al igual que ocurre en otros estudios.

b) SQT y salud percibida: los resultados obtenidos también nos permiten confirmar la hipótesis de partida, si bien de forma parcial al considerar las dimensiones del SQT. Se observa claramente una asociación de tipo directo entre el SQT y la presencia de síntomas de malestar psíquico (ausencia de salud), por lo que dicho síndrome se encuentra asociado a una peor salud percibida en los profesionales estudiados. No obstante, son las dimensiones de cansancio emocional y despersonalización, las que obtienen correlaciones significativas con las escalas de síntomas del GHQ-28, mientras que el factor de realización personal en el trabajo se queda al margen de dicha asociación significativa. Estos hallazgos resultan congruentes con los obtenidos por la mayoría de los estudios revisados en la literatura previa (e.g. Boada et al., 2004; Escriba et al., 2000; Escribá et al., 2004; García, 1991, 2000; Gil-Monte, 1996; Marín et al., 2005; Yegler et al., 2003). Así, son varios los autores que encuentran que la dimensión de cansancio emocional es la que obtiene una asociación más intensa con la presencia de una peor salud percibida (García, 2000; Gil-Monte, 1996a; Grau, 2007; Piko, 2006). Concretamente, Grau (2007) encontró en su estudio longitudinal que los niveles de las tres dimensiones del MBI eran antecedentes significativos de problemas de salud, siendo especialmente intensa la relación con el agotamiento emocional. Parece ser, por tanto, que esta dimensión del SQT es la que resulta más relevante en su asociación con la presencia de síntomas de malestar psíquico, especialmente síntomas de ansiedad e insomnio, de acuerdo con los hallazgos que Gil-Monte encontrara ya hace más de una década (Gil-Monte, 1996a).

c) Satisfacción laboral y salud: aunque la relación entre este par de variables ha sido estudiada, como tal, escasamente en la literatura previa, resultaba lógico pensar que ambas consecuencias de del SQT pudieran estar relacionadas entre sí; hipótesis que se puso a prueba. Efectivamente, de acuerdo con el análisis realizado, la satisfacción laboral se asocia inversamente con la presencia de síntomas de malestar psíquico, es decir, se asocia directamente con el estado de salud o bienestar de los profesionales estudiados, aspecto que se ve reflejado en las correlaciones significativas que se observan entre las puntuaciones medias de ambas variables. Pero además, cuando se analizan específicamente los diferentes factores que componen el cuestionario Font Roja (Aranaz y Mira, 1988), se puede observar claramente que resalta la asociación de dos de ellos con las escalas de síntomas del GHQ-28: la satisfacción con el puesto del trabajo y la satisfacción con los jefes o superiores. Ambos aspectos laborales destacan por su asociación significativa con la presencia de síntomas de malestar psíquico, especialmente síntomas de ansiedad e insomnio. En el extremo opuesto, los resultados ponen de manifiesto que el factor de satisfacción con el reconocimiento profesional/estatus no muestra asociación significativa con la presencia de síntomas de malestar psíquico. Tal y como se ha comentado previamente, al no haber encontrado estudios previos que hayan analizado la asociación concreta de estas variables, no resulta posible la comparación de los resultados obtenidos tal y como aquí se han expuesto. Son muchos los estudios que centran su análisis en la asociación entre salud y SQT, y/o satisfacción laboral y SQT, pero realmente escasos los que analizan las relaciones concretas entre ambas variables (Ríos y Godoy, 2008 a). No obstante, y a pesar de la escasez de dichos estudios, los resultados obtenidos van en la misma línea que algunos trabajos previos (Fernández, 1998; García et al., 2000) de encontrar una relevante asociación entre SQT, satisfacción laboral y salud o bienestar psíquico, en los profesionales analizados. Concretamente, Fernández (1998) concluía en su estudio doctoral, que la satisfacción laboral de los profesionales sanitarios se asociaba a una mejor salud mental y ausencia de síntomas de burnout. Esta autora especifica que la satisfacción con los aspectos intrínsecos del trabajo disminuye el burnout y que

la satisfacción con los compañeros y los superiores protege del agotamiento emocional.

* El cuarto objetivo específico de la tesis planteaba analizar el poder predictivo de las variables antecedentes de tipo personal, y el SQT sobre las variables consecuentes de salud percibida y satisfacción laboral, controlando el efecto de las variables sociodemográficas y laborales de la muestra. La hipótesis correspondiente conjeturaba que altas puntuaciones en personalidad resistente y autoeficacia generalizada, así como realización personal en el trabajo, y bajas puntuaciones en cansancio emocional y despersonalización, serían predictoras de una mejor salud y satisfacción laboral percibidas. Dado que los estudios revisados sobre la relación de variables de personalidad y SQT son poco concluyentes, no hipotetizamos dirección alguna en la influencia de los distintos perfiles de rasgos de personalidad.

Como ya se comentó previamente en el apartado de resultados, para alcanzar el objetivo y poner a prueba la hipótesis, se realizaron distintos análisis de regresión, correspondientes a cada una de las variables dependientes (salud y satisfacción laboral), e introduciendo todas las variables personales en el modelo, más aquellas sociodemográficas y laborales que resultaron ser más significativas en los análisis previos. Discutiré los resultados atendiendo a cada variable dependiente por separado:

a. **Salud General percibida:** los resultados para esta variable confirman parcialmente la hipótesis de partida y ponen de manifiesto la relevancia de la dimensión de cansancio emocional del SQT. Este factor tiene un importante poder predictivo sobre la presencia de síntomas de malestar psíquico, y más concretamente, síntomas psicósomáticos (escala A) y de ansiedad e insomnio (escala B). Esta influencia vuelve a corroborar, de nuevo, los hallazgos obtenidos en la matriz de correlaciones entre SQT y salud, resultados que han sido obtenidos por numerosas referencias ya comentadas (e.g. Burke y Mikkelsen, 2006; García, 2000; Gil-Monte, 1996; Grau, 2007; Piko, 2006).

De manera global, la presencia de síntomas de malestar psíquico se ve explicada en un 25,5% por el constructo global de personalidad resistente y la dimensión de cansancio emocional del SQT. Dichos resultados no hacen sino confirmar, aunque sea de forma parcial, el modelo teórico de Kobasa (1979,1982). La influencia predictiva sobre la salud del constructo de dureza o personalidad resistente se observa en todas las puntuaciones obtenidas en las distintas escalas de síntomas del GHQ-28, exceptuando la escala de síntomas depresivos donde no ha resultado relevante, quizás debido a la escasa presencia de estos síntomas en la muestra estudiada. Ya sea globalmente, o a través de alguno de sus factores integrantes, este constructo de personalidad influye positivamente en la salud percibida por parte de los profesionales, y se halla altamente relacionado con el SQT, como lo han puesto de manifiesto los anteriores análisis realizados. Dentro de los síntomas medidos, es de resaltar la importancia de los síntomas de ansiedad e insomnio. Sobre esta sintomatología el modelo propuesto explica un 29,3% de la varianza a través de los factores de cansancio emocional (del SQT), control (del constructo personalidad resistente), y la variable de autoeficacia generalizada. Parece ser que el control personal, el adecuado manejo emocional y las expectativas de un afrontamiento eficaz de las distintas situaciones estresantes se relacionan con un menor nivel de agotamiento emocional y una menor incidencia de síntomas relacionados con la ansiedad y el nivel de activación.

También es relevante el papel desempeñado por la personalidad resistente en la presencia de síntomas de malestar cotidiano y disfunción social. Además, con respecto a esta sintomatología ha resultado relevante un perfil de rasgos de personalidad: el perfil sensible-negativista, que en sus puntuaciones extremas elevadas (tendencia al polo negativista de la personalidad), predice también la presencia de un mayor número de síntomas de disfunción social, lo cual concuerda claramente con la experiencia clínica, ya que aquellas personas con rasgos de personalidad negativista tenderán a percibir todas las facetas de su vida cotidiana (capacidad de concentración y acción, utilidad de sus acciones, toma de decisiones, disfrute de las actividades cotidianas, etc) bajo un prisma problemático y más negativo, por lo que no resulta extraño que estas personas refieran un mayor número de síntomas en

esta escala. Por otro lado, y a pesar de no haber encontrado ninguna asociación significativa entre los diferentes perfiles de rasgos y el SQT, la literatura previa resalta la relevancia de un perfil de neuroticismo o inestabilidad emocional que modera el SQT. Aunque el instrumento utilizado por nosotros (el IATP, 2005) no mide como tal la variable de neuroticismo, sus autores al realizar el análisis factorial sí hablan de un primer factor de personalidad de tipo neurótico donde incluyen la escala inhibida y sensible. Por tanto, existe una cierta coherencia entre nuestros resultados y los encontrados en la revisión de la literatura previa. Desde un punto de vista clínico, podemos pensar que el perfil sensible-negativista, si bien no se asocia de forma directa con el SQT, sí puede predecir de forma relevante la presencia de síntomas de malestar cotidiano. Como anteriormente se comentó, la personalidad negativista se caracteriza por la inseguridad y la ambivalencia de intereses y afectos, así como una mayor tendencia a los conflictos, por lo que la percepción de todo lo que acontece en la vida suele verse bajo un prisma mucho más negativo. Lógicamente esta percepción se extiende al mundo laboral, provocando que la persona esté más insatisfecha con todo lo referente a su trabajo, y que finalmente pueda ser más vulnerable a experimentar los síntomas del SQT.

Los hallazgos relativos a la escala de síntomas de depresión se toman con cautela, dada la escasez de profesionales que han puntuado síntomas en la misma. No obstante, las variables sociodemográficas que han resultado predictivas, edad e hijos, resultan bastante congruentes con la literatura previa y la clínica, al poner de manifiesto que existen más síntomas depresivos en personas sin hijos y conforme se incrementa la edad. Parece ser relevante el hecho de que tener hijos o familia proporciona una mayor estabilidad emocional a los individuos, lo que se traduce también en una menor presencia de síntomas depresivos, los cuales suelen darse en mayor número entre aquellas personas que no tienen hijos.

b. **Satisfacción laboral:** los hallazgos obtenidos ponen de manifiesto la relevante influencia del factor de cansancio emocional sobre la satisfacción laboral de los profesionales. Los resultados reflejan la importante asociación que se da entre el SQT y la satisfacción profesional, confirmando los hallazgos

obtenidos en muchos de los estudios revisados (e.g. Albadalejo et al., 2004; Boada et al., 2004; García-Izquierdo et al., 2000; Haim et al., 2005; Jiménez et al., 2002; Lomeña et al., 2004; Molina y Ávalos, 2007; Piko, 2006). Como en alguno de estos trabajos previos (García-Izquierdo, 1995; Piko, 2006; Sáez, 1997), la asociación más intensa se da con la dimensión de cansancio emocional del SQT. Por otro lado, en la presente investigación, a pesar de encontrar correlaciones significativas entre la dimensión de despersonalización y la variable de satisfacción laboral, cuando se realiza el análisis de regresión dicho factor del SQT desaparece como variable predictora, de tal manera que de acuerdo a los resultados obtenidos de dicho análisis, son las dimensiones de cansancio emocional y realización personal en el trabajo las que mejor predicen la satisfacción laboral de los profesionales estudiados. Estos resultados resultan coherentes con los encontrados por un estudio reciente realizado por Molina y Ávalos (2007), que concluye que el 69,4% de la satisfacción laboral global podía ser explicada por el burnout y variables sociodemográficas y laborales. Concretamente, estos autores destacan que el agotamiento emocional, la falta de realización personal y el área o bloque de trabajo influyen de forma determinante en la satisfacción laboral.

Por lo que respecta al constructo de personalidad resistente, el único factor que ha resultado predictor de la satisfacción laboral ha sido el factor de control. La literatura previa revisada se ha centrado fundamentalmente en la relación entre el constructo de personalidad resistente, el SQT y la salud. Sin embargo, resultan escasos los estudios que relacionen personalidad resistente y satisfacción laboral. Los hallazgos obtenidos en el presente estudio resaltan la influencia predictiva del factor control sobre la satisfacción laboral de los profesionales. Concretamente, aquellos individuos que han desarrollado una sensación de control sobre lo que ocurre en su vida o se autoperciben como poseedores de recursos adaptativos frente a las situaciones estresantes, resultan ser personas que tienden a valorar mejor la satisfacción hacia su trabajo.

Finalmente, entre las variables sociodemográficas y laborales incluidas, ha resultado significativa en el análisis realizado la variable género. Este

resultado es congruente con el obtenido en algunos estudios previos (Piko, 2006; Sáez, 1997), que obtienen mayores niveles de satisfacción laboral entre el género femenino. No obstante, también existen otros muchos estudios que no obtienen dichas diferencias de género (e.g. Fernández et al., 1995; García et al., 2000; Varella-Centelles et al, 2004). También resulta necesario comentar que, dado que la muestra está constituida de forma asimétrica por un mayor número de mujeres, es posible un mayor sesgo en el resultado obtenido, por lo que éste ha de considerarse con cautela.

6.2 Objetivos complementarios

En el presente estudio se plantearon tres objetivos complementarios, de índole esencialmente descriptiva, sobre cada una de las variables y/o constructos evaluados. Se presenta, a continuación, la discusión relativa a cada uno de los objetivos complementarios planteados:

1º. **Prevalencia y perfil epidemiológico del SQT:** con respecto a este objetivo se planteó, tomando como base la revisión de la literatura previa, una hipótesis que conjeturaba que existirían diferencias significativas según las variables de género, edad, turno, unidad de trabajo, categoría profesional y años de experiencia. Los hallazgos obtenidos permiten confirmar de forma parcial esta hipótesis de partida, ya que se obtienen diferencias significativas para las variables siguientes: *género, presencia/ausencia de hijos, unidad, desarrollo de jornadas adicionales, antigüedad laboral en el servicio actual y experiencia profesional*. Este hecho no hace sino confirmar la heterogeneidad de resultados encontrados a lo largo de la abundante literatura epidemiológica del SQT, ya que existe una gran variabilidad en los hallazgos que se obtienen de prevalencia y perfiles de riesgo en las muestras estudiadas. A dicha variabilidad, como ya mencionan otros autores (Grau, 2007; Manzano, 2008), contribuyen factores como la inadecuada utilización de los cuestionarios y los baremos diagnósticos de referencia utilizados, las diferencias culturales entre los sujetos muestrales o el no tener en cuenta a la hora de interpretar los resultados las diferencias en su contexto laboral específico. Esta disparidad de

resultados dificulta la comparación entre estudios, ya que realmente se está evaluando y utilizando criterios diagnósticos o clínicos muy diferentes. En el presente estudio, la prevalencia del SQT obtenida se sitúa en un 5,15% de los profesionales analizados, si bien los porcentajes de un elevado cansancio emocional ascienden a un 41,2% de la muestra, existiendo una relevante diferencia significativa por unidad de trabajo. Se estaría, por tanto, hablando de unos niveles de prevalencia bajos si tenemos en cuenta las tres dimensiones que constituyen el SQT, pero habría que destacar que las cifras elevadas encontradas en las dimensiones de cansancio emocional y despersonalización, en buena parte de la muestra, pueden implicar un elevado riesgo de sufrir SQT en un futuro más o menos cercano (dada la naturaleza del proceso de dicho síndrome). Este hecho se ve confirmado si tenemos en cuenta los baremos de referencia utilizados (MBI-TEA, 1997; y Gil-Monte y Peiró, 2000), ya que claramente se puede observar cómo estas dimensiones del síndrome (cansancio emocional y despersonalización) registran diferencias significativas sobre las puntuaciones normativas de referencia.

Con respecto a las variables sociodemográficas y laborales que han resultado significativas, destacar las diferencias encontradas según la variable *unidad de trabajo y antigüedad y/o experiencia profesional*. Concretamente, los hallazgos obtenidos ponen de manifiesto que se da un mayor cansancio emocional en los profesionales de Cuidados Intensivos y en aquellos con una experiencia laboral mayor a 15 años. También, la realización personal en el trabajo es menor en aquellos profesionales con mayor antigüedad en su actual unidad de trabajo. Dichos resultados resultan congruentes con los encontrados en otros estudios en la literatura previa (e.g. Atance, 1997; Bakker et al., 2005; Cubrilo-Turek et al., 2006; Gillespie y Melby, 2003; Levy, 2004; Mobley et al., 2007; ; Perezagua et al., 2004; Poncet et al., 2007; Santamaría y Soto, 2005; Villanueva et al., 2008), que ponen de manifiesto que la unidad de trabajo y la antigüedad o experiencia profesional constituyen factores epidemiológicos significativos relacionados con el SQT en las muestras estudiadas, por lo que deberían de considerarse desde el nivel organizacional en las medidas de prevención e intervención sobre este síndrome.

Por otro lado, y aunque han resultado significativas las variables de *género, hijos, y desarrollo de jornadas adicionales/dobletes*, este hallazgo no se toma de manera concluyente dada la distribución bastante asimétrica que adoptan los datos para cada una de estas variables mencionadas, lo que podría contribuir a un sesgo en los resultados obtenidos.

2º. Niveles de salud general percibida y satisfacción laboral: en el segundo objetivo complementario se planteaba realizar un análisis descriptivo del estado general de salud percibida y de la satisfacción laboral en la muestra estudiada.

Por lo que respecta a la **salud** o bienestar psíquico, los hallazgos obtenidos ponen de manifiesto un nivel de bienestar percibido que se sitúa en niveles similares a los obtenidos por el estudio de validación española de Godoy-Izquierdo et al. (2002). Como ya se comentó en el apartado de resultados, si tomamos como referencia el formato de puntuación tipo Likert, la escala de síntomas que resulta más significativa es la de disfunción social o síntomas de “malestar cotidiano”. No obstante, si tomamos como referencia el tradicional formato de puntuación GHQ (presencia/ausencia de síntomas), la sintomatología que adquiere mayor relevancia es la que se refiere a los síntomas de ansiedad e insomnio, tal y como han encontrado otros estudios previos realizados con personal sanitario en nuestro contexto sociocultural más cercano (e.g. Boada et al., 2004; Escribá et al., 2000; Fernández, 1998; García-Izquierdo et al., 2000; Gil-Monte, 1996; Marin et al., 2005; Santamaría y Soto, 2005). Además de la similitud en la sintomatología referida, también existe concordancia entre los porcentajes de vulnerabilidad psíquica encontrados: un 33% de los profesionales en el presente estudio, frente a un 28,8% del estudio de Santamaría y Soto (2005) o un 21% de los profesionales del estudio de Escribá et al. (2000).

Por lo que respecta al análisis de las variables sociodemográficas y laborales, tan sólo dos han resultado significativas en su asociación con el nivel de salud percibido: la *edad* y la *presencia/ausencia de hijos*. Los hallazgos obtenidos que muestran una menor presencia de síntomas entre los individuos

más jóvenes y aquellos que tienen hijos, se muestran congruentes con la literatura previa y la experiencia clínica.

Por lo que respecta a la **satisfacción laboral**, los resultados reflejan globalmente unos niveles medios o moderados en esta variable, tal y como obtienen la mayor parte de las publicaciones previas (e.g. Del Ríos et al., 2005; Fernández et al., 2000; García-Izquierdo et al., 2000; Lomeña et al., 2004; Molina y Avalos, 2007; Varella-Centelles et al., 2004). Si concretamos por aspectos o componentes de dicha satisfacción hacia el trabajo, los hallazgos de este estudio resultan congruentes con la literatura previa al poner de manifiesto que son las dimensiones laborales de competencia profesional y relación con los compañeros las más valoradas por los profesionales sanitarios, mientras que la escasez de reconocimiento profesional y la falta de posibilidades de promoción profesional resultan ser los factores con los que los profesionales se encuentran menos satisfechos (Fernández et al., 1995; Fernández et al., 2000; Helguera et al., 1995; Jiménez et al., 2002; López-Soriano et al., 2001; Molina y Avalos, 2007; Pérez y Díaz, 2007). Esto lo refleja también un estudio de revisión teórica realizado por Del Ríos et al. (2005), confirmando esta tendencia: lo que más satisface al colectivo enfermero es la competencia profesional (factor motivacional intrínseco) y las relaciones interpersonales en su lugar de trabajo, mientras que los motivos de mayor insatisfacción son la escasa posibilidad de promoción profesional, la falta de reconocimiento profesional y el salario. Los hallazgos de estudios realizados en otros países también resultan coherentes con la tendencia anteriormente descrita: así, Kluger y Bryant (2008) indicaban en su trabajo que los factores de insatisfacción laboral más relevantes estaban relacionados con la falta de reconocimiento y posibilidades de promoción en la carrera profesional. También el trabajo realizado por Kovner et al. (2006) resaltaba la importancia de determinados factores laborales relacionados con la satisfacción laboral: apoyo del supervisor, cohesión grupal, autonomía, variedad en el trabajo y oportunidad de promoción profesional, entre otros.

Por otro lado, al analizar las diferentes variables sociodemográficas y laborales con relación a la satisfacción laboral y sus componentes, los

resultados muestran cuatro variables significativas: las variables *género*, *unidad*, desarrollo de *jornadas adicionales* y la *antigüedad laboral* en el servicio de trabajo. Cuando se observan los resultados obtenidos por otros estudios previos, se puede concluir de forma parecida a como ocurre con la variable del SQT, que existe una gran variabilidad en los hallazgos de los distintos trabajos. En este estudio, se observa un mayor nivel de satisfacción laboral en el género femenino que en el masculino, así como entre los profesionales con menor antigüedad en su unidad de trabajo, hallazgos que resultan congruentes con los obtenidos por algunos estudios previos (García et al., 2000; Piko, 2006). En cambio, no se obtienen diferencias significativas según las variables de edad, nivel educativo, estado civil o turnos de trabajo, que han resultado significativas en otros estudios previamente (Fernández et al., 1995; García et al., 2000; Varella-Centelles et al., 2004). La variable dobles/jornadas adicionales resulta escasamente estudiada en la literatura previa. Los resultados que se obtienen indican que aquellos profesionales que desarrollan dobles o jornadas adicionales se muestran más satisfechos con su trabajo. Tal vez el hecho de que dichos profesionales desarrollan dichos dobles de forma voluntaria y por un refuerzo extrínseco (salario extra) influya en que se encuentren más motivados y satisfechos con su labor profesional. No obstante, estos resultados se han de tomar con cautela si tenemos en cuenta la distribución asimétrica de la muestra para dicha variable, al igual que lo que ocurre también para la variable de género.

3º. Descripción de perfiles de rasgos de personalidad, autoeficacia generalizada y personalidad resistente: Como tercer objetivo complementario se planteó realizar un análisis descriptivo de estas tres variables en la muestra de profesionales estudiada. A continuación se expone la discusión relativa a cada una de estas variables por separado.

a) Perfiles de rasgos de personalidad

Los hallazgos relativos a esta variable reflejan cuales son los perfiles de personalidad predominantes en la muestra y cuáles se hallan en niveles medios o por debajo de la media, teniendo en cuenta el baremo

establecido por los autores del inventario IATP (Tous y Muiños, 2005). Como ya se comentó en el apartado de resultados, los perfiles que han destacado de forma significativa son el perfil sensible-negativista y el impulsivo-límite, que se sitúan por encima del rango intermedio de puntuaciones (40-60), mientras que el perfil cooperativo-dependiente destaca por reflejar puntuaciones que se sitúan en el límite inferior de dicho rango. Destaca, pues, la presencia en un nivel elevado de los dos primeros perfiles (un 52,6% y un 42,3%, respectivamente), mientras que el perfil cooperativo-dependiente se registra en un nivel elevado tan sólo en el 3,1% de los sujetos. Otros perfiles que destacan por superar el rango de puntuaciones medias son el perfil inhibido con un 19,6%, y el perfil respetuoso con un 13,4%. En cuanto a los perfiles que destacan por situarse por debajo del rango de puntuaciones medias, se registran el perfil cooperativo, el sociable y el respetuoso con un 50%, un 11,3% y un 40%, respectivamente.

Dada la novedad del instrumento de medida, no se han encontrado estudios previos publicados con los que poder comparar los perfiles obtenidos. No obstante, los resultados encontrados muestran una cierta coherencia con los estudios que, utilizando otros instrumentos de medida (16 PF, MMPI, etc), otorgan al factor de neuroticismo o inestabilidad emocional una importancia relevante a la hora de mediar o modular los efectos del SQT (Bakker et al., 2006; Kokkinos, 2007; Langelaan et al., 2006; Narumoto et al., 2008). Otros autores como Bencomo et al. (2004) y Novoa et al. (2005) también realizan un acercamiento al estudio del efecto modulador de la personalidad sobre las dimensiones del SQT. Concretamente, Bencomo et al. (2004) en su trabajo señalan que los "sujetos agotados" presentan rasgos de personalidad como: sensibilidad a la crítica, desconfianza hacia los demás y dificultad para establecer contactos sociales. Perfil que, por otro lado, se muestra muy coherente con los perfiles de rasgos que se han registrado de forma destacada mediante el inventario IATP en la muestra de este estudio (perfil narcisista, negativista y límite). Como ya se ha comentado en la discusión del objetivo específico relativo a la asociación entre perfiles de rasgos de

personalidad y el constructo de personalidad resistente, los perfiles de rasgos correspondientes a la personalidad narcisista, personalidad negativista y personalidad límite se asociarían a un menor compromiso o implicación personal de la persona hacia los diferentes eventos y relaciones interpersonales. Este menor compromiso y mayor tendencia al conflicto se ven relacionados con un incremento en los niveles de agotamiento emocional o fatiga psíquica, así como con que la persona se sienta más insatisfecha con su realización personal en el trabajo. Con todo ello, las variables de personalidad y resistencia analizadas, se transforman en importantes factores asociados a la percepción que realiza la persona de los distintos eventos y relaciones que tienen lugar en su lugar de trabajo, mediatizando de forma importante la aparición de los síntomas que configuran el SQT.

Por lo que respecta al análisis de las variables sociodemográficas y laborales, se ha de destacar sobre todo la significación de las variables experiencia profesional, antigüedad laboral y unidad. Los resultados obtenidos muestran como dichas variables se asocian con determinados perfiles de rasgos (perfil inhibido, impulsivo, confiado y respetuoso) reflejando que a medida que transcurre la experiencia profesional (muy asociada a la edad también) los profesionales se muestran más respetuosos, organizados o prudentes, mientras que la inexperiencia profesional y los años de juventud quedan más asociados a un estilo más impulsivo y confiado, o bien un estilo más inhibido. Esta asociación encontrada muestra, por tanto, gran coherencia con el curso evolutivo de la personalidad a lo largo del tiempo. Por otro lado, también llama la atención el resultado obtenido respecto a la variable unidad, ya que los profesionales que trabajan en Cuidados Intensivos se muestran menos cooperativos y con mayores rasgos de narcisismo que los profesionales de Urgencias. Este aspecto puede resultar interesante ya que la existencia de rasgos de mayor narcisismo y menor cooperación puede llevar a un mayor índice de conflictos interpersonales en el trabajo, con el consecuente deterioro del entorno o clima laboral que, a su vez, se encuentra asociado a una mayor vulnerabilidad a experimentar los

síntomas del SQT.

b) Autoeficacia generalizada

Como ya se comentó en el apartado de resultados, los datos obtenidos para esta variable nos muestran un nivel de autoeficacia que se sitúa por encima de la media del estudio de adaptación para la población española realizado por Sanjúan et al. (2000), y el análisis estadístico referente a las variables sociodemográficas y laborales no mostró ninguna significación estadística.

c) Personalidad resistente

Los resultados reflejan niveles medios en este constructo, y concretamente, si comparamos los valores obtenidos con el estudio de validación de Moreno et al. (2000), las cifras del presente estudio se muestran inferiores en el constructo de personalidad resistente global y el factor de control.

Por otro lado, el análisis del perfil sociodemográfico y laboral con respecto a esta variable nos muestra cuatro variables significativas: la variables *género, edad, unidad, y formación académica profesional*. Los hallazgos reflejan que el *género* femenino refiere mayores niveles de compromiso, y que conforme avanza la *edad*, disminuye la capacidad de resistencia al estrés y el factor de reto va decreciendo, aspecto éste que parece ser coherente también con el curso evolutivo del ser humano. Las diferencias encontradas por *unidad* (mayor personalidad resistente en Urgencias) adquieren su relevancia cuando se trata de asociar esta variable a los resultados encontrados para las variables SQT, salud y satisfacción laboral. Por lo que respecta a la variable *formación académica adicional*, resulta relevante el hecho de que aquellos profesionales que más se interesan por formarse, y reciclarse, resultan ser aquellas personas que muestran mayores puntuaciones en este constructo de personalidad resistente.

CAPITULO 7
CONCLUSIONES

Con la presente investigación se ha tratado de explorar específicamente la relación entre variables individuales y de personalidad, el denominado síndrome de quemarse por el trabajo (SQT), y la satisfacción laboral y salud general percibida, en una muestra de profesionales de enfermería hospitalaria. Se presentan a continuación las principales conclusiones derivadas a partir de los resultados obtenidos en el estudio, teniendo en cuenta los cuatro objetivos específicos planteados así como los tres objetivos complementarios:

7.1 Personalidad resistente, autoeficacia generalizada y perfiles de rasgos de personalidad

Los hallazgos obtenidos indican una asociación significativa entre las expectativas personales de autoeficacia generalizada y el constructo de personalidad resistente. Concretamente, los individuos con un mayor nivel de expectativas de autoeficacia generalizada, serán personas con niveles más altos de reto y compromiso, que, globalmente, harán que su personalidad sea más resistente a los eventos vitales estresantes.

Por otro lado, los resultados ponen de manifiesto la relación entre el factor de compromiso del constructo de personalidad resistente y cuatro perfiles de rasgos de personalidad: cooperativo-dependiente, confiado-narcisista, sensible-negativista e impulsivo-límite. En este análisis se concluye que las personas que se califican a sí mismas como más narcisistas y egocéntricas, con tendencia a la ambivalencia y al negativismo, así como a la inestabilidad emocional, serían individuos que tienden a implicarse o sentir menor compromiso hacia los distintos eventos vitales y hacia las personas que los involucran. En el polo opuesto, las personas que se manifiestan más dóciles y dependientes, serían aquellas con mayor tendencia al compromiso en las distintas facetas de la vida. De acuerdo con el marco teórico de partida, los sujetos que obtienen menores puntuaciones en el factor de compromiso, serían individuos más vulnerables a los efectos estresantes de los diferentes sucesos vitales, mientras que aquellos que obtienen puntuaciones más altas en este factor de la personalidad resistente serían menos vulnerables a experimentar los efectos nocivos del estrés laboral crónico.

7.2 Variables de personalidad y SQT

Los resultados obtenidos reflejan la ausencia de una relación significativa entre las puntuaciones en los distintos perfiles de rasgos de personalidad medidos mediante el inventario IATP y las puntuaciones obtenidas en cada una de las dimensiones que configuran el SQT.

Por lo que respecta a la variable autoeficacia generalizada, nuestro estudio sólo obtiene una relación significativa con la dimensión de despersonalización del SQT, de manera que aquellos sujetos que expresan mayores expectativas personales de autoeficacia generalizada manifiestan menores actitudes de distanciamiento o cinismo en su trabajo.

En cuanto al constructo de personalidad resistente, y de forma concordante con la literatura previa, se obtiene una relación significativa con las tres dimensiones del SQT, si bien son los factores de compromiso y cansancio emocional, los que reflejan una asociación más intensa. Se puede concluir de modo global, por tanto, que unos mayores niveles de personalidad resistente se asocian a una menor prevalencia del SQT, en la muestra analizada. Esto se confirma también en los posteriores análisis de regresión realizados tomando como variables dependientes cada una de las dimensiones del SQT. Los resultados muestran de nuevo la relevancia que el factor de compromiso tiene sobre el SQT. En general, se puede concluir que aquellos individuos que se caracterizan por un mayor compromiso e implicación activa y responsable con cada una de las distintas facetas de la vida, que muestran un sentimiento de comunidad, una sensación de pertenecer, y una actitud de “actuar” y no meramente asumir un papel de “espectador pasivo”, resultan ser profesionales que experimentan un menor nivel de SQT, y más concretamente, expresan un menor cansancio emocional y se sienten más realizados con la labor que desarrollan en su trabajo.

7.3 SQT, satisfacción laboral y salud general percibida

Los resultados obtenidos para este tercer objetivo específico del trabajo, han reflejado una relevante asociación inversa entre el SQT y la satisfacción laboral en la muestra analizada. De las dimensiones del SQT, la de cansancio emocional es la que muestra una mayor relación con la satisfacción laboral de los profesionales en todos los componentes o factores laborales analizados. Así mismo, los hallazgos reflejan una asociación directa entre el SQT y la presencia de síntomas de malestar psíquico, destacando igualmente la dimensión de cansancio emocional, que se muestra relacionada más intensamente con la presencia de los distintos tipos de sintomatología, pero especialmente con la referente a síntomas de ansiedad e insomnio.

Por lo que respecta al análisis exploratorio de la relación entre satisfacción laboral y salud general percibida, se obtiene una asociación significativa entre ambas variables. Mayores niveles de satisfacción global se relacionan con una menor presencia de sintomatología psíquica en todas las escalas de síntomas que evalúa el GHQ-28, si bien destaca de nuevo la relación con los síntomas de ansiedad e insomnio. Además, si concretamos y analizamos específicamente los componentes de la satisfacción laboral, se observa que la satisfacción con el propio puesto desempeñado y la relación con los superiores constituyen dos factores claves que se relacionan con una mayor vulnerabilidad psíquica.

7.4 Modelo predictivo de las variables personales y el SQT sobre el estado de salud general y la satisfacción laboral

Los análisis de regresión realizados nos permiten establecer un modelo predictivo sobre la presencia de *sintomatología psíquica* (ausencia de salud o bienestar) a partir de las variables de cansancio emocional y el constructo de personalidad resistente global. Estas variables predicen las puntuaciones obtenidas en la escala total del GHQ-28 de Goldberg (Lobo et al., 1986) una vez controlado el efecto de las variables sociodemográficas y laborales significativas. Además, si concretamos por escalas de síntomas, la variable

autoeficacia generalizada junto al factor control de la personalidad resistente, se mostrarían predictoras de la presencia de síntomas de ansiedad e insomnio, mientras que el factor de compromiso y el perfil de rasgos sensible-negativista serían predictores de la presencia de síntomas de disfunción social o malestar cotidiano.

Por lo que respecta a la *satisfacción laboral*, el modelo predictivo obtenido explica un considerable porcentaje de varianza en las puntuaciones. Concretamente, los resultados reflejan que cansancio emocional, realización personal en el trabajo, el factor de control y la variable género predicen casi un 50% de la varianza de las puntuaciones en satisfacción laboral global, siendo de nuevo la dimensión de cansancio emocional la que mayor poder predictivo refleja. Así, se puede concluir que aquellos profesionales de género masculino, con más cansancio emocional y menos realizados en su trabajo, y que se caracterizan por un menor control, son individuos que referirán una menor satisfacción laboral.

7.5 Objetivos complementarios

Con los tres objetivos complementarios planteados se pretendía describir la muestra de profesionales estudiada en cada una de las variables principales del estudio. Brevemente, destacar como conclusiones relevantes:

- La muestra presenta una *prevalencia del SQT* del 5,15%, destacando que un 41,2% de la misma presenta elevados niveles de cansancio emocional, que a su vez, manifiestan ser muy superiores en el servicio de Intensivos con respecto al servicio de Urgencias. También se hallan diferencias significativas para las variables de género, antigüedad laboral y experiencia profesional.
- El nivel percibido en el *estado general de salud* es similar al obtenido en la validación del cuestionario GHQ-28 a la población española (Godoy et al., 2002). Si nos centramos en el formato de puntuación GHQ, los datos muestran una prevalencia del 33% en cuanto a vulnerabilidad psíquica en la muestra de profesionales estudiados.

- Se obtiene un nivel moderado o medio de *satisfacción laboral* en la muestra estudiada. Los profesionales se muestran más satisfechos con la relación con los compañeros de trabajo y muestran mayor insatisfacción con el reconocimiento profesional. Se obtienen diferencias en satisfacción según las variables unidad, género y experiencia profesional, entre otras.
- En cuanto a las *variables personales* estudiadas: se obtiene una puntuación media en *autoeficacia generalizada* superior a la media para la población española, y los *perfiles de rasgos de personalidad* predominantes en la muestra son el perfil sensible-negativista y el impulsivo-limite. Por lo que respecta al constructo de *personalidad resistente*, los valores medios obtenidos se sitúan en niveles moderados para cada uno de los factores que componen el constructo, siendo el factor de control el que menor puntuación media obtiene y el factor de reto el que mayor puntuación media registra. Además, las variables de género, unidad y edad muestran diferencias significativas en la medición de este constructo.

7.6 Limitaciones del estudio

El objetivo de esta investigación ha sido explorar las relaciones entre determinadas variables de tipo individual, el SQT y la satisfacción laboral y salud percibida, en una muestra de profesionales de enfermería. Se han tratado de explorar estas relaciones asumiendo un enfoque esencialmente clínico y desde la perspectiva de la psicología de la personalidad, obviando por tanto, variables organizacionales que han sido suficientemente exploradas y estudiadas en la literatura previa con respecto a su relación con el SQT y sus consecuencias. Se debe señalar, que debido a la escasez de estudios, en nuestro entorno, que se centran en el estudio de las variables personales relacionadas con el SQT y sus consecuencias, resulta necesario explorar cuáles de ellas pueden resultar significativas a la hora de modular los efectos del estrés crónico asistencial en los profesionales. No obstante, se han de comentar ciertas limitaciones presentes en esta investigación:

En primer lugar, es preciso puntualizar que nos posicionamos teóricamente asumiendo que el burnout ó SQT es un antecedente de la satisfacción laboral y de la salud percibida. Posiblemente, existe un amplio consenso en la comunidad científica en que el burnout es efectivamente un antecedente de la salud percibida, pero respecto de la satisfacción laboral existen posicionamientos contrapuestos no mostrándose clara la direccionalidad en la relación entre ambas variables. En efecto, dicha direccionalidad ha sido discutida a lo largo de la literatura previa sin llegar a un acuerdo entre los distintos investigadores sobre si el SQT precede a la satisfacción laboral o sucede a la inversa, aunque después de la revisión de estudios realizada, una opción coherente sería pensar que ambas variables se influyen mutuamente ó recíprocamente (relación bidireccional) de acuerdo con la propuesta de Grau (2007). No obstante, se insiste en el hecho de que el propósito de nuestra investigación no era validar nuestro posicionamiento teórico, sino examinar relaciones entre estos constructos psicológicos. Para validar nuestro posicionamiento teórico hubiera sido necesario aplicar técnicas de análisis estadísticos diferentes a las empleadas, tales como modelos causales, y no era ése el objetivo a alcanzar.

En segundo lugar, destacar que este estudio se ha realizado con una muestra de profesionales que fue seleccionada de forma no aleatoria, participando los mismos de manera voluntaria y anónima. Además, se ha trabajado con una muestra reducida de profesionales, lo que unido a la selección no aleatoria, puede comprometer la generalización de los resultados obtenidos.

Por otro lado, se trata de una investigación de corte transversal, lo cual limita la posibilidad de establecer relaciones causales entre las variables y constructos que se han analizado. Una limitación añadida al diseño del estudio reside en el hecho en que éste únicamente se ha basado en la utilización de medidas de autoinforme, con el consiguiente sesgo de respuesta que ello puede conllevar de cara a los resultados obtenidos.

7.7 Perspectivas futuras e implicaciones prácticas o de intervención

En nuestra investigación se ha puesto de manifiesto que determinadas variables de tipo personal o individual se hallan asociadas de forma relevante al denominado síndrome de estrés crónico asistencial o síndrome de quemarse por el trabajo (SQT) y a sus consecuencias, satisfacción laboral y salud, en los profesionales estudiados. Hasta la actualidad, resultan escasos los estudios que se han centrado en dichas variables personales, ya que la profusa investigación sobre el SQT ha puesto el énfasis sobre las variables organizacionales. No obstante, en nuestro contexto más cercano, cada vez son más frecuentes los investigadores que abogan por un modelo más completo que integre tanto variables de tipo organizacional como variables de tipo personal, en la predicción del SQT y sus efectos sobre la satisfacción laboral y el bienestar o salud de los profesionales. Así, autores como Moreno y su equipo insisten en la importante labor moduladora que ejercen las características de la personalidad a la hora de predecir y explicar el SQT y sus consecuencias asociadas. Variables como los procesos emocionales de resistencia (personalidad resistente, optimismo, autoestima y habilidades de competencia emocional) se convierten en piezas clave pertenecientes a la esfera individual que van a influir de forma relevante en nuestra percepción de estresores y nuestras estrategias de afrontamiento a los mismos (Garrosa et al., 2005).

Por otra parte, el diseño de modelos teóricos eclécticos implica que, desde el ámbito de la prevención e intervención sobre esta problemática, haya que incidir tanto sobre los tradicionales factores organizacionales (sobrecarga laboral, conflicto y ambigüedad de rol, clima laboral, etc.) como también sobre los más olvidados factores personales o individuales. Los estudios centrados sobre estrategias de intervención resultan bastante escasos en la literatura previa. No obstante, los estudios descriptivos y de diagnóstico resultan un requisito indispensable y la base sobre la cual fundamentar una adecuada estrategia de intervención, que incida sobre ambos tipos de factores (organizacionales e individuales). Teniendo en cuenta esto, y de acuerdo con

la exposición que realiza Guadalupe Manzano (2008), se resumen a continuación algunas de las estrategias de intervención que se podrían adoptar:

1. En el contexto institucional u *organizacional*:

- Estrategias ergonómicas: que incidan sobre la sobrecarga laboral, falta de tiempo y escasez de recursos humanos, facilitar las rotaciones regulares entre los trabajadores (“cambio de aires” o “deestrés”), limitar los turnos rotatorios y nocturnidad en función de la edad, etc.
- Establecimiento (de forma obligatoria) de un equipo de salud mental de apoyo y asesoramiento psicológico gratuito al personal sanitario perteneciente a la institución u organización.
- Fomento del buen clima laboral y apoyo social por parte de supervisores y dirección de los centros, y/o distintas áreas de trabajo.
- Formación de equipos de trabajo, donde se tome en cuenta la participación de los profesionales y cada uno de ellos asuma un rol y responsabilidad específica, implicándose en la toma de decisiones y favoreciéndose la comunicación entre los diferentes niveles o estamentos en la organización.
- Promoción de la formación continua y reciclaje de los profesionales, de manera que se realice dentro del horario laboral, incentivando la conciliación con la vida familiar.
- Fomento y reconocimiento de la carrera profesional (años de experiencia, formación continuada, etc.).
- Muchas de estas medidas comentadas anteriormente se pueden resumir en la creación y desarrollo de los denominados “hospitales y centros magnéticos”. Las características de estos centros atractivos (estructura horizontal, autogobierno-decisiones descentralizadas, unidades autosuficientes, promociones, flexibilidad horaria, práctica especializada y apoyo a la educación/formación continua) se convierten en instrumentos idóneos para dar solución a gran parte de la problemática del SQT, e incrementar la satisfacción laboral y bienestar de los profesionales de enfermería.

2. En el plano *individual*:

- Desarrollo de talleres y cursos gratuitos de formación que fomenten en el personal de enfermería un estilo atribucional adecuado, optimicen las expectativas de autoeficacia personal e induzcan a la adopción de adecuadas estrategias de afrontamiento frente a los distintos estresores que se puedan presentar. Algunos talleres que se podrían incluir serían:
 - Inoculación de estrés.
 - Inteligencia emocional.
 - Entrenamiento en habilidades sociales y de comunicación interpersonal (asertividad, búsqueda de apoyo social, resolución de conflictos, etc). Como Levy (2004) comentaba, una comunicación abierta en la relación cuidador-paciente y dentro del equipo de trabajo, puede constituir una barrera protectora y la base sobre la cual crear un entorno laboral óptimo que pueda hacer frente a las numerosas fuentes de estrés que se puedan presentar. Dado que las habilidades para la comunicación y resolución de conflictos son entrenables y moldeables, se puede dar un paso adelante en la prevención de esta problemática.
 - Terapia racional emotiva, que incida sobre los pensamientos irracionales que surgen ante los eventos estresantes, con el fin de combatirlos y hacer un afrontamiento más realista y eficaz para superarlos.
 - Programas de intervención que fomenten el desarrollo de la personalidad resistente en supervisores y personal de enfermería. Autores como Judkins and Ingram, 2002; Judkins et al., 2006; Rowe, 1998; Tierney et al, 1997, afirman que la personalidad “hardiness” puede ser aprendida, y demostraron la eficacia de la intervención con supervisores y directivos. Así, Judkins et al. (2006) mostraron en su trabajo que dichos programas de entrenamiento se convierten en una herramienta útil para la organización, ya que los supervisores con niveles más altos en

personalidad resistente son profesionales más comprometidos y con tendencia a crear un ambiente laboral más positivo y creativo, reduciendo, como consecuencia, la frustración, el síndrome de burnout, el absentismo y el abandono del puesto laboral en los profesionales. Sin embargo, hay que comentar que resultan escasos los estudios que demuestran los beneficios de este programa de entrenamiento en personal de enfermería. Éste podría ser un área de investigación e intervención futura, que trate de complementar las estrategias de intervención sobre el SQT centradas en otro tipo de factores.

Por otro lado, y asumiendo la importancia que tienen las características de personalidad en el desarrollo del SQT, la intervención requeriría también de un enfoque clínico. Manzano (2008) hace referencia a “abordar los procesos inconscientes relacionados con el síndrome”, en el sentido que al indagar sobre la naturaleza de dichos procesos no conscientes que subyacen al SQT, podremos dirigir la intervención hacia los mismos con un adecuado programa terapéutico. Desde este enfoque, tiene sentido un estudio pormenorizado en el plano clínico e individual, de aquellas características o rasgos personales que pueden contribuir a una mayor vulnerabilidad de experimentar el SQT. En este contexto, el contar, en las distintas instituciones o centros, con un equipo de salud mental de apoyo y asesoramiento al trabajador sanitario sería de gran ayuda.

Por otro lado, el estudio de las variables de tipo personal o individual desde un enfoque clínico, también puede tener una repercusión en el contexto de selección de personal en las organizaciones, pues conociendo mejor qué perfiles pueden ser más resistentes o vulnerables a los efectos del estrés crónico asistencial, considerando el área laboral o unidad de trabajo específica en la que se pretende ubicar al profesional, se podrá seleccionar de forma más óptima a la persona adecuada al puesto en cuestión. De esta manera, el estudio pormenorizado del perfil de características personales que manifiesta un determinado profesional, nos puede ayudar a prevenir o atenuar, al menos, los posibles efectos de experimentar el denominado SQT, tomando las

medidas adecuadas para ello. No obstante, dada la escasez de estudios que se centran en el análisis de estas variables personales, se hace necesario profundizar más en el conocimiento de la relación existente entre dichas variables y la presencia del SQT, y sus consecuencias asociadas. En este contexto, delimitar cuáles son las variables de personalidad que puedan ser “protectoras” frente a los efectos adversos del estrés laboral, puede ayudar posteriormente a iniciar programas de prevención/intervención, en los que el moldeamiento de estas variables contribuya a reducir la prevalencia del síndrome de burnout en las organizaciones de la salud.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ahola, K., Honkonen, T., Isometsä, E., Kalimo, R., Nykyri, E., Koskinen, S., Aromaa, A. y Lönnqvist, J. (2006a). Burnout in the general population. Results from the Finnish Health 2000 Study. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 41, 11-17.
- Ahola, K., Honkonen, T., Kivimäki, M., Virtanen, M., Isometsä, E., Aromaa, A. y Lönnqvist, J. (2006b). Contribution of burnout to the association between job strain and depression: the health 2000 study. *Journal of occupational and environmental medicine*, 48, 1023-1030.
- Ahola, K., Kivimäki, M., Honkonen, T., Virtanen, M., Koskinen, S., Batear, J. y Lönnqvist, J. (2008). Occupational burnout and medically certified sickness absence: a population-based study of Finnish employees. *Journal of psychosomatic research*, 64, 185-193.
- Aiken L., Clarke, S., Sloane, D., Sochalsi, J. y Silber, J.H. (2002). Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction. *The Journal of American Medical Association*, 288, 1987-1993.
- Alameda, A. (2006). Prevención del síndrome de burnout entre los profesionales enfermeros. *Metas de enfermería*, 9, 28-32.
- Alarcón J., Vaz, F.J. y Guisado, J. A. (2002). Análisis del síndrome de burnout: psicopatología, estilos de afrontamiento y clima social (II). *Revista Psiquiatría Fac. Med. Barna*; 29, 8-17.
- Alarcón, J., Vaz, F.J., Guisado, J.A., Benavente, M.J., López, J. y Morgado, M. (2004). Relación entre el síndrome de burnout, psicopatología y ambiente en el trabajo de enfermeras de Hospital General. *Archivos de Psiquiatría*, 67, 129-138.
- Albadalejo, R., Villanueva, R., Ortega, P., Satasio, P., Calle, M.E. Y Domínguez, V. (2004). Síndrome de Burnout en el personal de enfermería de un hospital de Madrid. *Revista Española de Salud Pública*, 78, 505-516.
- Albar, M.J., Romero, M.E., González, M.D., Carballo, E., García, A., Gutiérrez, I., y Algaba, S. (2004). Apoyo social, características sociodemográficas y burnout en enfermeras y auxiliares de hospital. *Enfermería Clínica*, 14, 281-5.
- Alberdi, R. (1992). La identidad profesional de la enfermera. *Revista Rol de enfermería*, 170, 39-44.

- Aliaga F. y Capafons, A. (1996). La medida del afrontamiento: revisión crítica de la "escala de modos de coping" (ways of coping). *Ansiedad y estrés*, 2, 17-26.
- Alimoglu, M.K. y Donmez, L. (2005). Daylight exposure and the other predictors of burnout among nurses in a University Hospital. *International Journal of Nursing Studies*, 42, 549-555.
- Almberg, B., Grafstorm, M. y Winbald, B. (1997). Caring for demented elderly-burden and burnout among care giving relatives. *Journal of Advanced Nursing*, 25, 109-116.
- Alonso, E., Pozo, C. y Hernández, J.M. (2002). La evaluación del estrés laboral en el personal sanitario. Factores relevantes para el diseño de intervenciones preventivas. *Ansiedad y estrés*, 8, 257-273.
- Ammertorp, J., Sabroe, S., Kofoed, P., y Mainz, J. (2007). The effect of training in communication skills on medical doctors' and nurses' self-efficacy: A randomized controlled trial. *Patient Education and Counseling*, 66, 270-277.
- Amutio, A. (2008, septiembre). *The burnout syndrome in the sanitary personnel at the basque country: work variables, Hardiness, Psychological well-Being and consequences*. Trabajo presentado en el VII Congreso Internacional de la SEAS, Benidorm.
- Antonovsky, A. (1979). *Health, stress and coping*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Aranaz, J. y Mira, J. (1988). Cuestionario Font Roja: un instrumento de medida de la satisfacción en el medio hospitalario. *Todo hospital*, 52, 63-66.
- Argentero, P., Dell'Olivo, B. y Ferretti, M.S. (2008). Staff burnout and patient satisfaction with the quality of dialysis care. *American journal of kidney diseases: the official journal of the National Kidney Foundation*, 51, 80-92.
- Atance, J.C. (1997). Aspectos epidemiológicos del síndrome de burnout en personal sanitario. *Revista Española de salud pública*, 71, 293-303.
- Augusto, J.M., Berrios-Martos, M.P., López-Zafra, E. y Aguilar, M.C. (2006). Relación entre burnout e inteligencia emocional y su impacto en salud mental, bienestar y satisfacción laboral en profesionales de enfermería. *Ansiedad y Estrés*, 12, 479-493.
- Badger, J.M. (2008). Critical Care Nurse Intern program: addressing psychological reactions related to critical care nursing. *Critical care nursing quarterly*, 31, 184-187.

- Baessler, J. Y Schwarzer, R. (1996). Evaluación de la autoeficacia: Adaptación española de la escala de autoeficacia general. *Ansiedad y estrés*, 2, 1-8.
- Bakker, A.B., y Heuven E. (2006). Emotional dissonance, Burnout, and in-role performance among nurses and police officers. *International Journal of Stress Management*, 13, 423-440.
- Bakker, A.B., Le Blanc, P.M. y Schaufeli, W.B. (2005). Burnout contagion among intensive care nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 51, 276-87.
- Bakker, A.B., van der Zee, K.I., Lewing, K.A. y Dollard, M.F. (2006). The relationship between the Big Five personality factors and burnout. A study among volunteer counsellors. *Journal of Social Psychology*, 146, 31-50.
- Bandura, A. (1992). Exercise of personal agency through the self-efficacy mechanism. En R. Schwarzer (Ed), *Self-efficacy: Thought Control of action*. Berlin: Taylor&Francis.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York, NY: Freeman.
- Bandura, A. (2001). Social cognitive theory: An agentic perspective. *Annual Review of Psychology*, 52, 1-26.
- Basset, C. (2002). Nurses' perceptions of care and caring. *International Journal of Nursery*, 8, 8-17.
- Bekker, M.H.J., Croon, M.A. y Bressers, B. (2005). Childcare involvement, job characteristics gender and work attitudes as predictors of emotional exhaustion and sickness absence. *Work and Stress*, 19, 221-237.
- Bellingrath, S., Weigl, T. y Kudielka, B.M. (2008). Cortisol dysregulation in school teachers in relation to burnout, vital exhaustion, and effort-reward-imbalance. *Biological Psychology*, 78, 104-113.
- Bencomo, J., Paz, C. y Liebster, E. (2004). Rasgos de personalidad, ajuste psicológico y síndrome de agotamiento en personal de enfermería. *Investigación clínica*, 45, 113-120.
- Benisheck, (1996). Evaluation of the factor structure underlying two measures of hardiness. *Assessment*, 3, 423-435.
- Ben-Zur, H. y Michael, K. (2007). Burnout, social support, and coping at work among social workers, psychologists, and nurses: the role of challenge/control appraisals. *Social work in health care*, 45, 63-82.

- Berland, A., Natvig, G.K. y Gundersen, D. (2008). Patient safety and job-related stress: a focus group study. *Intensive and critical care nursing: the official journal of the British Association of Critical Care Nurses*, 24, 90-97.
- Bermúdez, J., Rueda, B. y Pérez, A.M. (2005). Estudio de la competencia percibida a partir de sus dos componentes: expectativa de autoeficacia y expectativa de resultados. *Revista de psicología general y aplicada: Revista de la Federación Española de Asociaciones de Psicología*, 58, 75-88.
- Bettes, B.A., Chalas, E., Coleman, V.H., y Schulkin, M.A. (2004). Heavier workload, less personal control: Impact of delivery on obstetrician/gynecologists' career satisfaction. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 190, 851-857.
- Blasco, T., Fernández-Castro, J., Doval, E., Moix, J., Rovira, T. y Sanz, A. (1999). Competencia personal y estrés. *Ansiedad y Estrés*, 5, 261-273.
- Boada i Grau, J, Agulló E., y De Diego, R. (2004). El burnout y las manifestaciones psicosomáticas como consecuentes del clima organizacional y de la motivación laboral. *Psicothema*, 16, 125-131.
- Boada I Grau, J., De Diego, R., Agulló, E. y Mañas, M.A. (2005). El absentismo laboral como consecuente de variables organizacionales. *Psicothema*, 17, 212-218.
- Boletín Colegial Enfermería Región de Murcia. "El 43,7% de las enfermeras estaría en la primera fase del síndrome de desgaste profesional". Boletín nº 6. Marzo 2006.
- Borritz, M., Bültmann, U., Rugulies, R., Christensen, K.B., Villadsen, E., y Kristensen, T.S. (2005). Psychosocial work characteristics as predictors for burnout: findings from 3-year follow up of the PUMA Study. *Journal of occupational and environmental medicine*, 47, 1015-1025.
- Borritz, M., Rugulies, R., Chiristensen, K.B., Villadsen, E. y Kristensen, T.S. (2006). Burnout as a predictor of self-reported sickness absence among human service workers: prospective findings from three year follow up of the PUMA study. *Occupational and environmental medicine*, 63, 98-106.
- Bowers, L., Brennan, G., Flood, C., Lipang, M., y Oladapo, P. (2006). Preliminary outcomes of a trial to reduce conflict and containment on acute psychiatric wards: City Nurses. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 13, 165-172.

- Boyle, P.H., Grap, M. J. Younger, J. Y Thornby, D. (1991). Personality hardiness, ways of coping, social support and burnout in critical care nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 16, 850-857.
- Brenninkmeyer, V., y VanYperen, N. (2003). How to conduct research on burnout: advantages and disadvantages of a unidimensional approach in burnout research. *Occupational Environmental Medicine*, 60 (suppl I), i-16-i20.
- Brenninkmeyer, V., Van Yperen, N.V., y Buunk, B.P. (2001). Burnout and depresión are not identical twins: is decline of superiorita a distinguishing features? *Personality and Individual Differences*, 30, 873-880.
- Brewer, E.W. y Shapard, L. (2004). Employee burnout: a meta-analysis of the relationship between age or years of experience. *Human Resource Development Review*, 3, 102-123.
- Bresó, E., Salanova, M., y Schaufeli, W.B. (2007). In Search of the "Third Dimension" of Burnout: Efficacy or Inefficacy? *Applied Psychology*, 56, 460-478.
- Briseño C. E. Y otros (2005). Satisfacción laboral en el personal de enfermería del sector público. *Revista electrónica de Medicina Intensiva*. Artículo especial N° 30, Vol.5 (4), abril 2005. Disponible en: <http://remi.uninet.edu/2005/05/REMIA030.htm>.
- Browning, L., Ryan, C.S., Thomas, S., Greenberg, M. y Rolniak, S. (2007). Nursing specialty and burnout. *Psychology, health and medicine*, 12, 248-254.
- 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, 195-204.
- Burke, R.J., y Mikkelsen, A. (2006). Burnout among Norwegian police officers: potential antecedents and consequences. *International Journal of Stress Management*, 13, 64-83.
- Buunk, P.B., Zurriaga, R., Peiró, J.M., Nauta, A., y Gosalvez, I. (2005). Social comparisons at work as related to a cooperative social climate and to individual differences in social comparison orientation. *Applied Psychology*, 54, 61-80.

- Cáceres, V. (2001). *Estrés laboral, insatisfacción laboral y burnout en los profesionales de la salud: un estudio empírico*. Tesis doctoral. Universidad de Santiago de Compostela.
- Cameron, D., Kapur, R., y Campbell, P. (2005). Releasing the therapeutic potencial of the psychiatric nurse. A human relations perspective of the nurse-patient relationship. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 12, 64-74.
- Cano, M.A., García, C., García, E., López, M. y Parera, N. (1996). ¿Está quemada la enfermería?: síndrome de Burnout. *Enfermería Intensiva*, 7, 138-46.
- Carretero, N., Roldán, M.D., y Gil-Monte, P.R. (2005). Algunos procesos psicosociales sobre el síndrome de quemarse por el trabajo (burnout) en profesionales de enfermería. *Ansiedad y estrés*, 11, 281-290.
- Carver, C., Séller, M. F. y Kumari, J. (1989). Assesing Coping Strategies: A Theoretically Based Approach. *Journal of personality and social psychology*, 56, 267-283.
- Casas, J., Repullo, J. R. y Lorenzo, S. (2002). Estrés laboral en el medio sanitario y estrategias adaptativas de afrontamiento. *Calidad asistencial*, 17, 237-246.
- Cebriá J., Segura, J., Corbella, S., Comas, O., García, M., Rodríguez C, Pardo, M.J. y Pérez, J. (2001). Rasgos de Burnout y personalidad en médicos de familia. *Atención primaria*, 27, 459-468.
- Chacón, M., Grau, J., Massip, C., Infante, I., Grau, R. y Abadal, Y. (2006). El control del síndrome de desgaste profesional o burnout en enfermería oncológica: una experiencia de intervención. *Terapia psicológica*, 24, 39-53.
- Cherniss, C. (1980). *Staff burnout: job stress in the human services*. Beberly Hills: Sage Publications.
- Cherniss, C. (1993). Role of professional self-efficacy in the etiology and amelioration of burnout. En: Schaufeli, W. B. (Ed), Maslach, Ch. (Ed.), *Professional burnout: Recent developments in theory and research. Series in applied psychology: Social issues and questions*. (pp. 135-149). Washington, DC, USA: Taylor y Francis.
- Cheung, R.B., Aiken, L.H., Clarke, S.P. y Sloane, D.M. (2008). Nursing care and patient outcomes: international evidence. *Enfermería clínica*, 18, 35-40.
- Cohen S., Edwards, J.R. (1989). En: R. Neufeld (Ed), *Advances in the investigation of psychological stress* (pp. 235-283). New York: Wiley.

- Collins, M.A. (1996). The relations of work stress, hardiness, and burnout among full-time hospital staff nurses. *Journal of nursing staff development*, 12, 71-75.
- Cortese, C.G. (2007). Job satisfaction of Italians nurses: an exploratory study. *Journal of Nursing Management*, 15, 303-312.
- Cox, T. y Rial, E. (2002). El estrés laboral: panorámica europea. *Revista de la Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo*, 5, 4-6.
- Cubriilo-Turek, M., Urek, R. y Turek, S. (2006). Burnout Syndrome-Assessment of a Stressful Job among Intensive Care Staff. *Collegium antropologicum*, 30, 131-135.
- Da silva, H., Vega, E.D. y Pérez, A. (1999). Estudio del síndrome de desgaste profesional entre los profesionales sanitarios de un hospital general. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 27, 310-20.
- De Dreu, C.K.W., Van Dierendonck, D., y Dijkstra, M.T.M. (2004). Conflict at work and individual well-being. *Internacional Journal of Conflict Management*, 15, 6.
- Del Ríos Moro, O., Perezagua, M.C., Villalta, M.T. y Sánchez, A. (2005). Satisfacción personal de enfermería. ¿se cumplen nuestras expectativas?. *Enfermería cardiovascular – cuarto congreso virtual de cardiología*. Disponible en <http://www.fac.org.ar/ccvc/llave/tl014/tl014.php>
- De los Ríos, J.L., Barrios, P., Ocampo, M. y Avila, T.L. (2007). Síndrome de Burnout en enfermeras licenciadas: Aproximaciones a debate. *Revista médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 45, 417-418.
- Denollet, J. (1998). Personality and coronary heart disease: the Type D scale-16 (DS16). *Annals of behavioral medicine: a publication of the Society of Behavioral Medicine*, 20, 209-15.
- Denollet, J. (2005). DS14: Standard assessment of negative affectivity, social inhibition, and Type D personality. *Psychosomatic medicine*, 67, 89-97.
- De Pablo C. (2007). El síndrome de burnout y los profesionales sanitarios. *Nursing*, 25, 60-65.
- De Pew, C.L., Gordon, M., Yoder, L.H. y Goodwin, C.W. (1999). The relationship of burnout, stress, and hardiness in nurses in a military medical center: a replicated descriptive study. *Journal of Burn Care and Rehabilitation*, 20, 515-522.

- De Raeve, L., Vasse, R.M., Cansen, N.W., Van den Brandt, P.A. y Kant, I. (2007). Mental health effects of changes in psychosocial work characteristics: a prospective cohort study. *Journal of occupational and environmental medicine*, 49, 890-899.
- Di, L., María, L., Huerta, A. y Gutierrez, L. (2001) El estrés asistencial en los servicios de salud. En: *Revista Investigación en Salud*, 3, [serie en Internet]. Disponible en: www.rosario.gov.ar/sitio/salud/Revista_Inv_Web/principal.htm
- Diamantopoulou, A. (Comisaria de Empleo y Asuntos Sociales) (2002). Europa bajo los efectos del estrés. *Revista de la Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo*, 5, 3.
- Díaz-Muñoz, M.J. (2005). Síndrome del quemado en profesionales de Enfermería que trabajan en un hospital monográfico para pacientes cardíacos. *NURE inv*, 2. Disponible en: http://www.nureinvestigacion.es/originales_detalle.cfm?ID_ORIGINAL=88&ID_ORIGINAL_INI=1
- Díaz, M., Cilleros, L., García, M. y Díaz, R. (2007). Manejando el estrés, ¿Controlando el estrés laboral en enfermería? *Ciber Revista*, 49, URL: <http://www.enfermeriadeurgencias.com>
- .Dickinson, T. y Wright K.M. (2008). Stress and burnout in forensic mental health nursing: a literature review. *The British journal of nursing*, 17, 82-87.
- Doest, L., Maes, S. y Gebhardt, W.A. (2006). Personal goal facilitation through work: implications for employee satisfaction and well-being. *Applied Psychology: An International Review*, 55, 192-219.
- Dormann, C., y Zappf, D. (2004). Customer-Related Social Stressors and Burnout. *Journal of Occupational Health Psychology*, 9, 61-82.
- Dorz S, Novara C, Sica C. y Sanavio E. (2003). Predicting burnout among HIV/AIDS and oncology health care workers. *Psychology and Health*, 18, 677-684.
- Duquette, A., Kerouac, S., y Sandhu B. (1997). Psychosocial determinants of burnout in geriatric nursing. *International Journal of Nursing Studies*; 32, 443-456.
- Durán, D.M.A., Extremera, P.N., y Rey, P.L. (2004). Engagement and burnout: analyzing their association Patterns. *Psychological Reports*, 94, 1048-1050.

- Edwards, D., Coyle, D. y Hannigan, B. (2000). Stress and burnout in community mental health nursing. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 7, 7-14.
- Edwards, N., Peterson, W.E., y Davies, B.L. (2006). Evaluation of a multiple component intervention to support the implementation of a "Therapeutic Relationships" best practice guideline on nurses' communications skills. *Patient Education and Counseling*, 63, 3-11.
- Embriaco, N., Azoulay, E., Barrau, K., Kentish, N., Pochard, F., Moundou, A. y Papazian, L. (2007). High Level of Burnout in Intensivists. Prevalence and Associated Factors. *American journal of respiratory and critical care medicine*, 175, 686-692.
- Embriaco, N., Papazian, L., Kentish-Barnes, N., Pochard, F. y Azoulay, E. (2007). Burnout síndrome among critical care healthcare workers. *Current opinion in critical care*, 13, 482-488.
- El País, 2006 Marzo. "Las enfermeras que atienden a pacientes críticos presentan mayor estrés".
- Ericsson, U.B., Starrin, B. y Janson, S. (2008). Long-term sickness absence due to burnout: absentees' experiences. *Qualitative health research*, 18, 620-632.
- Escalera Urkiaga, A., Vargas, A., Moreno, M.C. y García, C. (1992). El absentismo del personal de Enfermería. *Nursing Research* (Ed. Española), 1, 3-16.
- Escribá-Agüir, V., Martín-Baena, D. y Pérez-Hoyos, S. (2006). Psychosocial work environment and burnout among emergency medical and nursing staff. *International archives of occupational and environmental health*, 80, 127-33.
- Escribá, V., Mas, R., Cárdenas, M., Burguete, D. y Fernández, R. (2000). Estresores laborales y bienestar psicológico, impacto en la enfermería hospitalaria. *Revista Rol de enfermería*, 23, 26-31.
- Escribá, V. y Tenías, J.M. (2004). Psychological well-being among hospital personnel: the role of family demands and psychosocial work environment. *International archives of occupational and environmental health*, 77, 401-8.
- Estryn-Béhar, M., Van der Heijden, B.I., Ogińska, H., Camerino, D., Le Nézet, O., Conway, P.M., Fry, C. y Hasselhorn, H.M.; NEXT Study Group. (2007). The impact of social work environment, teamwork characteristics, burnout, and personal factors upon intent to leave among European nurses. *Medical care*, 45, 939-950.

- Evers, J.G.W., Brouwers, A., y Tomic, W. (2002). Burnout and self-efficacy: a study on teachers' beliefs when implementing an innovative educational system in The Netherlands. *British Journal of Educational Psychology*, 72, 227-243.
- Fagoaga, M.L. y Lucas, F.J. (2000). El síndrome de Burnout y la enfermería de urgencias. *Enferm Univ Albacete*, 12, 6-12.
- Farreons, L., y Calvo, F. (2008). Estudio descriptivo del síndrome de burnout en una muestra de profesionales de enfermería en el área sur de Gran Canaria. *Ansiedad y Estrés*, 14, 101-113.
- Farrington, A. (1999). Models of clinical supervision. *British Journal of Nursing*, 4, 876-78.
- Fenga C., Faranda M., Aragona M., Micali E., Di Incola C., Trimarchi G., Crimi B. y Cacciola A. (2007). Burnout and occupational stress in nurses [Article in Italian]. *La Medicina del lavoro*, 98, 55-63.
- Fernández, G. (2000). Burnout y trastornos psicósomáticos. *Revista de psicología del trabajo y de las organizaciones*, 16, 229-235.
- Fernández, M.I., Omínelo, A., Villanueva, A., Andrade, C., Rivera, M., Gómez, J.M. y Parrilla, O. (2000). Satisfacción laboral de los profesionales de atención primaria del área 10 del Insalud de Madrid. *Revista Española de Salud Pública*, 74, 139-147.
- Fernández M.I., Villagrasa, J.R., Gamo, M.F., Vázquez, J., Cañas, E.C., Aguirre, M.V. y Andradas, V. (1995). Estudio de la satisfacción laboral y sus determinantes en los trabajadores sanitarios de un área de Madrid. *Revista Española de Salud Pública*, 69, 487-497.
- Fernández, O. (1998). *Estudio de la satisfacción laboral y el síndrome de burnout entre los profesionales sanitarios de un hospital general*. Tesis doctoral. Universidad de Zaragoza.
- Fillion, M.I., Tremblay, I., Truchon, M., Côte', D., Struthers, C.W., y Dupuis, R. (2007). Job satisfaction and emotional distress among nurses providing palliative care: empirical evidence for an integrative occupational stress. *International Journal of Stress Management*, 14, 1-25.
- Fornés, J., González, R., Serra, N. y Salvador, I. (1993). Estrés laboral versus salud personal. Enfermería y ciertas unidades de trabajo, víctimas indiscutibles. *Enfermería Científica*, 136, 23-27.

- Freudenberger, H. J. (1974). Staff burnout. *Journal of social Issues*, 30, 159-165.
- García, B. y Leza, J.C. (2008). Mecanismos inflamatorios/antiinflamatorios en el cerebro tras la exposición a estrés. *Revista de Neurología*, 46, 675-683.
- García Izquierdo, M. (1990). Burnout profesional en organizaciones. *Boletín de psicología*, 29, 7-27.
- García Izquierdo, M. (1991). Burnout en profesionales de enfermería de centros hospitalarios. *Revista de psicología del trabajo y de las organizaciones*, 7, 3-12.
- García Izquierdo, M. (1993). El estrés en contextos laborales: efectos psicológicos de los nuevos estresores. En Buendía, J. (Ed.) *Estrés y psicopatología* (pp. 26-40). Madrid: Pirámide.
- García Izquierdo, M. (1995). La escala EPB para la medida del B.O: estudio de fiabilidad, validez y estructura empírica. *Ansiedad y Estrés*, 1, 219-229.
- García Izquierdo, M. (1999). Estrés laboral. En García Izquierdo, M. (Ed.) *Psicología del trabajo y de las organizaciones* (pp. 229-249). Murcia: Diego Marín.
- García Izquierdo, M, Sáez Navarro, M.C. y Llor Esteban, B. (2000). Burnout, satisfacción laboral y bienestar en personal sanitario de salud mental. *Revista de psicología del trabajo y de las organizaciones*, 16, 215-228.
- García, N., Roca, A., Carmona, A. y Olona, M. (2004). Síndrome de Burnout en los equipos de Enfermería de Cuidados intensivos de Cataluña. *Metas de Enfermería*, 7, 6-12.
- Garman, N.A., Corrigan, W.P., y Morris, S. (2002). Staff burnout and patient satisfaction: evidence of relationships at the care unit level. *Journal of Occupational Health Psychology*, 7, 235-241.
- Garrosa, E. (2002). *Los procesos emocionales de resistencia: un afrontamiento adaptativo ante el desgaste profesional*. Estudio en una muestra de enfermería. Tesis doctoral. Universidad autónoma de Madrid.
- Garrosa, E., Moreno, B., Rodríguez, R., y Morante M.E. (2005). Variables predictoras del burnout en enfermería: importancia de los procesos emocionales de resistencia. *Revista de Medicina y Seguridad en el Trabajo*, LI (199), 5-13.

- Garrosa, E., Moreno, B., Liang, Y. y González, J.L. (2008). The relationship between socio-demographic variables, job stressors, burnout, and hardy personality in nurses: An exploratory study. *International Journal of Nursing Studies*, 45, 418-427.
- Garrosa, E., Moreno, B., Rodríguez, A., y Sanz, A. (2008). La influencia del estrés de rol y la competencia emocional en el desgaste profesional y en el engagement. *Informació psicológica*, 91-92, 80-94.
- Gelsema, T.I., Van der Doef, M., Maes, S., Janssen, M., Akerboom, S. y Verhoeven, C. (2006). A longitudinal study of job stress in the nursing profession: causes and consequences. *Journal of nursing management*, 14, 289-299.
- Gerits, L., Derksen, J.J.L., Verbruggen, A.B., y Katzko, M. (2005). Emotional intelligence profiles of nurses caring for people with severe behaviour problems. *Personality and Individual Differences*, 38, 33-43.
- Giardini, A., Frese, M., y Liebig, L. (2006). Reducing the negative effects of emotion work in service occupations: emotional competence as a psychological resource. *Journal of Occupational Health Psychology*, 11, 63-75.
- Gil Monte, P.R. (1996 a). La incidencia del síndrome de burnout sobre la salud: un estudio correlacional en profesionales de enfermería. *Psiquis*, 16, 37-42.
- Gil Monte, P.R. (1996 b). Incidencia de las variables sociodemográficas sobre el síndrome de burnout: un estudio en una muestra de profesionales de enfermería. *Revista de Psicología Social Aplicada*, 6, 43-63.
- Gil Monte, P.R. (2000). Aproximaciones psicosociales y estudios diagnósticos sobre el síndrome de quemarse por el trabajo (burnout). Monográfico, *Revista de Psicología del trabajo y de las organizaciones*; 16, 101-102.
- Gil Monte, P.R. (2001). Falta de reciprocidad en los intercambios sociales como antecedente del "síndrome de quemarse por el trabajo" (burnout) en profesionales de enfermería: un estudio longitudinal. *Revista de Psicología Social Aplicada*, 11, 21-31.
- Gil Monte, P.R. (2002). Influencia del género sobre el proceso del síndrome de quemarse por el trabajo (Burnout) en profesionales de enfermería. *Psychological studies*, 7, 3-10.

- Gil Monte, P.R. (2003a). Burnout síndrome: ¿síndrome de quemarse por el trabajo, desgaste profesional, estrés laboral o enfermedad de Tomás? *Revista de Psicología del trabajo y de las organizaciones*, 19, 181-197.
- Gil Monte, P.R. (2003b). El síndrome de quemarse por el trabajo (síndrome de burnout) en profesionales de enfermería. *Revista Electrónica InterAçãO Psy-Ano 1*, 1, 19-33.
- Gil Monte, P.R. (2005). *El síndrome de quemarse por el trabajo ("burnout"). Una enfermedad laboral en la sociedad del bienestar*. Madrid: Pirámide.
- Gil Monte, P.R. (2008). El síndrome de quemarse por el trabajo (burnout) como fenómeno transcultural. *Informació psicológica*, 91-92, 4-13.
- Gil Monte, P.R. (2008). Magnitud of relationship between burnout and absenteeism: a preliminary study. *Psychological reports*, 102, 465-468.
- Gil Monte, P.R., Carretero, N., y Roldán, M.D. (2005). Algunos procesos psicosociales sobre el síndrome de quemarse por el trabajo (burnout) en profesionales de enfermería. *Ansiedad y Estrés*, 11, 281-290.
- Gil Monte, P.R., Nuñez-Román, E.M., y Selva-Santoyo, Y. (2006). Relación entre Síndrome de Quemarse por el Trabajo (Burnout) y Síntomas Cardiovasculares: un estudio en técnicos de prevención de riesgos laborales. *Revista Interamericana de Psicología*, 40, 227-232.
- Gil Monte, P.R. (2007). *El síndrome de quemarse por el trabajo (burnout): grupos profesionales de riesgo*. Madrid: Pirámide.
- Gil Monte, P.R. y Peiró, J.M. (1997). *Desgaste Psíquico en el trabajo: el síndrome de quemarse*. Síntesis, S. A.
- Gil Monte, P. y Peiró, J.M. (1999a). Perspectivas teóricas y modelos interpretativos para el estudio del síndrome de quemarse por el trabajo. *Anales de Psicología*, 15, 261-268.
- Gil Monte, P.R., y Peiró, J.M (1999b). Validez factorial del Maslach Burnout Inventory en una muestra multiocupacional. *Psicothema*, 11, 679-689.
- Gil Monte, P.R. y Peiró, J.M. (2000). Un estudio comparativo sobre criterios normativos y diferenciales para el diagnóstico del síndrome de quemarse por el trabajo (burnout) según el MBI-HSS en España. *Revista de psicología del trabajo y de las organizaciones*, 16, 135-149.

- Gil Monte, P.R., y Schaufeli, W.B. (1991). Burnout en enfermería: un estudio comparativo España-Holanda. *Revista de Psicología del trabajo y de las organizaciones*, 7, 121-130.
- Gillespie M. y Melby V. (2003). Burnout among nursing staff in accident and emergency and acute medicine: a comparative study. *Journal of Clinical Nursing*, 12, 842-51.
- Glasberg, A.L., Eriksson, S. y Norberg, A. (2007). Burnout and "stress of conscience" among healthcare personnel. *Journal of advanced nursing*, 57, 392-403.
- Glazer, S. (2005). Six of one, half a dozen of the other: problems with working fixed and rotating shifts international. *Journal of Stress Management*, 12, 142-163.
- Godoy, D. y Godoy, J.F. (2002). La personalidad resistente: Una revisión de la conceptualización e investigación sobre la dureza. *Clínica y Salud*, 13, 135-162.
- Godoy Izquierdo, D. y Godoy, J.F. (2004). Propiedades psicométricas de la versión española de la escala para la evaluación de la dureza "personal Views Survey" (PVS). *Psicología Conductual: Revista intervención de psicología clínica y de la salud*, 1, 43-77.
- Godoy-Izquierdo, D., Godoy, J.F., López-Chicheri, I., Martínez, A., Gutiérrez, S., y Vázquez, L. (2008). Propiedades psicométricas de la Escala de Autoeficacia para el Afrontamiento del Estrés (EAAE). *Psicothema*, 20, 155-165.
- Godoy Izquierdo, D., Godoy, J.F., López-Torrecillas, F. y Sánchez-Barrera, M.B. (2002). Propiedades psicométricas de la versión española del "Cuestionario de Salud General de Goldberg-28". *Revista de Psicología de la Salud*, 14, 49-71.
- Goldberg, D.P. y Hillier, V.F. (1979). A scaled version of the General Health Questionnaire. *Psychological Medicine*, 9, 139-145.
- Goldberg D. y Williams P. (1996). *Cuestionario de salud general GHQ. Guía para el usuario de las distintas versiones*. Barcelona. Masson.
- Goldwag, R., Berg, A., Yuval, D. y Benbassat J. (2002). Predictors of patient Dissatisfaction with Emergency Care. *The Israel Medical Association journal*, 4, 603-6.

- Golembiewsky, R.T., Munzenrider, R. y Stevenson, J.G. (1986). *Stress in organizations: Toward a phase model of burnout*. New York: Praeger.
- González, A., Oramas, A., Álvarez, S. y Oliva, E. (2006). El síndrome de Burnout: un desafío ético para alcanzar la excelencia en enfermería. *Revista Habanera de ciencias médicas*, 5.
- Grau, A., Flichtentrei, D., Suñer, R., Font-Mayolas, S., Prats, M. y Braga, F. (2008). El burnout percibido o sensación de estar quemado en profesionales sanitarios prevalencia y factores asociados. *Informació psicológica*, 91-92, 64-79.
- Grau, E. (2007). *El síndrome de quemarse por el trabajo (Burnout) en profesionales de enfermería: un estudio longitudinal*. Tesis Doctoral. Universidad de Valencia.
- Grau, E., Gil Monte, P.R., García, J.A., y Figueiredo, H. (2008, septiembre). *Síndrome de quemarse por el trabajo (burnout) en profesionales de enfermería, estudio longitudinal comparativo de la prevalencia medida con el MBI-HSS*. Ponencia presentada en el VII Congreso Internacional de la SEAS, Benidorm.
- Grau, R., Salanova, M. y Peiró, J.M. (2000). Efectos moduladores de la autoeficacia en el estrés laboral. *Apuntes de psicología*, 18, 57-75.
- Gray Toft, P. y Anderson, J.G. (1981). Stress among hospital nursing staff: its causes and effects. *Social Science and Medicine*, 15, 639-47.
- Greene, R. y Nowack, K. (1995). Hassless, hardiness and absenteeism: results of a 3-year longitudinal study. *Work and Stress*, 9, 448-462.
- Greenglass, E.R., Burke, R.J., y Riksenbaum, L. (2001). Workload and burnout in nurses. *Journal of Community and Applied Social Psychology*, 11, 211-215.
- Hagström, T. y Kjerlberg, A. (2007). Stability and change in work values among male and female nurses and engineers. *Scandinavian Journal of Psychology*, 48, 143-151.
- Haim M., Peterson M., Kandels M., Sabo J., Blalock M., Braden R., Gryzman A., Krisko-Hagel K., Larson D., Lemay D., Sister B., Strom L. y Topham D. (2005). Hospital nurse staffing and patient mortality, emotional exhaustion, and job dissatisfaction. *Clin Nurse Specialist*, 19, 241-51.

- Halbesleben, J.R.B. (2006). Sources of social support and Burnout: a meta-analytic test of the conservation of resources model. *Journal of Applied Psychology*, 91, 1134-1145.
- Hallberg, U.E., Johansson, G. y Schaufeli, W.B. (2007). Type A behaviour and work situation: Associations with burnout and work engagement. *Scandinavian Journal of Psychology*, 48, 135-142.
- Hannigan, B., Edwards, D., Burnard, P., Coyle, D.P. y Fothertgill, A. (2000). Mental Health nurses feel the strain. *Mental Health Nursing* 20, 10-13.
- Happell, B., Martin, T. y Pinikahana, J. (2006). Burnout and job satisfaction: A comparative study of psychiatric nurses from forensic and a mainstream mental health service. *International Journal of Nursing Studies*, 43, 311-318.
- Haslam, S.A., O'Brien, A., Jetten, J., Vormedal, K., y Penna, S. (2005). Taking the strain: Social identity, social support, and the experience of stress. *British Journal of Social Psychology*, 44, 355-370.
- Hardiness Institute (1985): *Personal Views Survey*. Arlington Heights, IL: Author.
- Harrison, M., Loiselle, C. G., Duquette, A., y Semenic, S. E. (2002). Hardiness, work support and psychological distress among nursing assistants and registered nurses in Quebec. *Journal of Advanced Nursing*, 38, 584-591.
- Harrison, W. D. (1983). A social competence model of burnout. En: Farber, B. A. (Ed), *Stress and burnout in the human services professions*, (pp. 29-39). New York: Pergamon Press.
- Härtinem, M., Kinnunen, U., Pekkonen, M., y Aro, A. (2004). Burnout patterns in rehabilitation: short-term changes in job conditions, personal resources, and health. *Journal of Occupational Health Psychology*, 9, 220-237.
- Haslam, A., O'Brien, A., Jetten, J., Vormedal, K. y Penna, S. (2005). Taking the strain: Social identity, social support and the experience of stress. *British Journal of Social Psychology*, 44, 355-370.
- Hays, M.A., All, A.C., Mannahan, C., Cuaderes, E. y Wallace, D. (2006). Reported stressors and ways of coping utilized by intensive care unit nurses. *Dimensions of critical care nursing*, 25, 185-193.
- Helguera, F., Mozota, J. y Zubieta, J.C. (1995). Grado de satisfacción de los profesionales de los servicios de urgencia. *Todo Hospital*, 114, 63-73.

- Hernández, G.L., Olmedo, E. e Ibáñez, I. (2004). Estar quemado (burnout) y su relación con el afrontamiento. *Internacional Journal of Clinical and Health Psychology*, 4, 323-336.
- Hernández, G.L. y Olmedo, E. (2004). Un estudio correlacional acerca del síndrome del “estar quemado” (burnout) y su relación con la personalidad. *Apuntes de psicología*, 22, 121-136.
- Hernández, G.L., Olmedo, E. e Ibáñez, I. (2004). Un estudio exploratorio acerca de la relación entre el síndrome del “estar quemado” (Burnout) y la depresión. *Ciencia psicológica*, 9, 13-29.
- Hernández, L., Fernández, B., Ramos, F. y Contador, I. (2006). El síndrome de burnout en funcionarios de vigilancia de un centro penitenciario. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 6, 599-611.
- Hidalgo, I. y Díaz, R. B. (1994). Estudio de la influencia de los factores laborales y sociodemográficos en el desarrollo del síndrome de agotamiento profesional en el área de medicina especializada del INSALUD de Avila. *Medicina Clinica (Barc)*, 103, 408-412.
- Hochwalder, J.C. y Bergsten Brucefors, A. (2005). Psychological empowerment at the workplace as a predictor of ill health. *Personality and Individual Differences*, 39, 1237-1248.
- Homar, C. y Pades, A. (2006). Estrés laboral y burnout en Enfermería. *Metas de enfermería*, 9, 67-72.
- Honkonen, T., Ahola, K., Pertovaara, M., Isometä, E., Kalimo, R., Nykyri, E., Aromaa, A., y Lönnqvist, J. (2006). The association between burnout and physical illness in the general population—Results from the Finís Health 2000 Study. *Journal of Psychosomatic Research*, 6, 59-66.
- Hsieh, C.J., Hsieh, H.Y., Chen, P.H., Hsiao, Y.L. y Lee, L. (2004). The relationship between hardiness, coping strategies and burnout in psychiatric nurses. *Hu Li Za Zhi*, 51, 20-38.
- Hudak, C. y Gallo, B. (1994). *Critical Care Nursing- a Holistic Approach*, 1st and. Lippincott, Philadelphia.
- Hurtado, C., Martín, J. y Luceño, M.L. (2008, septiembre). *Diferencias de género en ansiedad y estrés laboral*. Trabajo presentado en el VII Congreso Internacional de la SEAS, Benidorm.

- Ibáñez, N., Vilaregut, A. y Abio, A. (2004). Prevalencia del síndrome de burnout y el estado general de salud en un grupo de enfermeras de un hospital de Barcelona. *Enfermería Clínica*, 14, 142-151.
- Ilhan, M.N., Durukan, E., Taner, E., Mara, I. y Bumin, M.A. (2008). Burnout and its correlatos among nursing staff: questionnaire survey. *Journal of Advanced Nursing*, 61, 100-106.
- Imai, H., Nakao, H., Tsuchiya, M., Kuroda, Y., y Katoh, T. (2004). Burnout and work environments of public health nurses involved in mental health care. *Occupational and Environmental Medicine*, 61, 764-768.
- Jawahar, I.M., Stone, T.H., y Kisamore, J.L. (2007). Role conflict and burnout: The direct and moderating effects of political skill and perceived organizational support on burnout dimensions. *International Journal of Stress Management*, 14, 142-159.
- Jenaro, C., Flores, N., y Arias B. (2007). Burnout and Coping in Human Service Practitioners. *Professional Psychology: Research and Practice*, 38, 80-87.
- Jenaro, C., Flores, N. y González, F. (2007). Síndrome de burnout y afrontamiento en trabajadores de acogimiento residencial de menores. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7, 107-121.
- Jenkins, R., y Elliott, P. (2004). Stressors, burnout and social support: nurses in acute mental health settings. *Journal of Advanced Nursing*, 48, 622-631.
- Jiménez, C., Morales, J. L. y Martínez, C. (2002). Estudio del síndrome de "Burnout" en cirujanos pediatras españoles. *Cirugía pediátrica: organo oficial de la Sociedad Española de Cirugía Pediátrica*, 15, 73-78.
- Jofré, V. y Valenzuela, S. (2005). Burnout en personal de enfermería de la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos. *Aquichan*, 5, 56-63.
- Juczynski, Z. y Oginska-Bulik, N. (2004). Measurements of personality predispositions favour etiopathogenesis of diseases. En: Kosinska-Dec, K., Szewczyk, L. (Eds) *Development, Health, Disease (pp 18-39)*. Warsaw: BEL Studio.
- Judkins, S. K. (2001). Stress, hardiness, and coping strategies among mid-level nurse managers: Implications for continuing higher education. (Disertación doctoral, Universidad de Norte de Texas). *Dissertation Abstracts International*, 63(129), 06^a. (UMI N° 3056800).

- Judkins, S. K., e Ingram, M. (2002). Decreasing stress among nurse managers: A long-term solution. *The Journal of Continuing Education in Nursing*, 33, 259-264.
- Judkins, S.K. y Furlow, L. (2003). Creating a hardy work environment: Can organizational policies help? *Texas Journal of Rural Health*, 21, 11-17.
- Judkins, S., Massey, C. y Huff, B. (2006). Hardiness, stress, and use of ill-time among nurse managers: is there a connection? *Nursing economics*, 24, 187-192.
- Judkins, S., Reid, B. y Furlow, L. (2006). Hardiness Training among Nurse Manarers: building a healthy workplace. *The Journal of Continuing Education in Nursing*, 37, 202-7.
- Kammeyer-Mueller, J.D., Wanberg, C.R. Glomb, T.M., y Ahlburg, D. (2005). The role of temporal shifts in turnover processes: it's about time. *Journal of Applied Psychology*, 90, 644-658.
- Kanste, O., Miettunen, J. y Kyngäs, H. (2006). Factor structure of the Maslach Burnout Inventory among Finnish nursing staff. *Nursing and health sciences*, 8, 201-207.
- Karasek, R.A. (1979). Job demands, job decision latitude, and mental strain: Implications for job redesign. *Administrative Science Quarterly*, 24, 285-308.
- Karasek, R., y Theorell, T. (1990). Healthy work: stress, productivity, and the reconstruction of working life. *The American Journal of Public Health*, 8, 1013-1014.
- Karatepe, O.M., Yavas, U., Babakus, E., y Avci, T. (2006). Does gender moderate the effects of role stress in frontline service jobs? *Journal of Business Research*, 59, 1087-1093.
- Keeton, K., Fenner, D.E., Johnson, T.R. y Hayward, R.A. (2007). Predictors of physician career satisfaction, work-life balance, and burnout. *Obstetrics and gynecology*, 109, 949-955.
- Kenney, J. W., y Bhattacharjee, A. (2000). Interactive model of women's stressors personality traits and health problems. *Journal of Advanced Nursing*, 32, 249-258.

- Kinnunen, M.L., Feldt, T., Kinnunen, U., Kaprio, J., y Pulkkinen, L. (2006). Association between long-term job strain and metabolic syndrome factor across sex and occupation. *Journal of Individual Differences*, 27, 151-161.
- Kluger, M.T. y Bryant, J. (2008). Job satisfaction, stress and burnout in anaesthetic technicians in New Zealand. *Anaesthesia and intensive care*, 36, 214-221.
- Kobasa, S. (1979). Stressful Life Events, Personality, and Health: An Inquiry into Hardiness. *Personality and social Psychology*, 37, 1-11.
- Kobasa, S.C. (1982). The Hardi personality: Toward a social psychology of stress and health. En G.S. Sanders and J. Sals (Eds.), *Social psychology of health and illness* (pp. 3-32). Hillsdales, N.J. Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
- Kobasa, S. y Maddi, S.R. (1982). Hardiness and health: A prospective study. *Journal of Personality and social Psychology*, 4Z, 168-177.
- Kobasa, S.C., Maddi, S.R. y Zola, M.A. (1983). Type A and hardiness. *Journal of Behavioral Medicine*, 6, 41-51.
- Kobasa, S.C. y Di Placido, J. (2001). Personality's role in the protection and enhancement of health: where the research has been, where it is stuck, how it might move. En: Baum, E., Revenson, T.A., Singer, J.E. (Eds.), *Han-book of Health Psychology* (pp.175-193). Erlbaum, Mahwah, N.J.
- Kokkinos, C.M. (2007). Job stressors, personality and burnout in primary school teachers. *The British journal of educational psychology*, 77, 229-43.
- Kovner, C., Brewer, C., Ying Cheng, Y.W.W., y Suzuki, M. (2006). Factors associated with work satisfaction of registered nurses. *Journal of Nursing Scholarship*, 38, 71-79.
- Lambert, V.A., Lambert, C.L., e Ito. M. (2004). Workplace stressors, ways of coping and demographic characteristics as predictors of pshysical and mental health of Japanese hospital nurses. *International Journal of Nuring Studies*, 41, 85-97.
- Lambert, V.A., Lambert, C.E., Petrini, M., Li, X.M. y Zhang, Y.J. (2007). Workplace and personal factors associated with physical and mental health in hospital nurses in China. *Nursing and health sciences*, 9, 120-126.
- Lang, J.C., y Lee, C.H. (2005). Identity accumulation, others' acceptance, job-search self-efficacy and stress. *Journal of Organizational Behavior*, 26, 293-312.

- Langelaan, S., Bakker, A.B., van Doornen, L.J.P., y Sachaufeli, W.B. (2006). Burnout and work engagement: Do individual differences make a difference? *Personality and Individual Differences*, 40, 521-532.
- Langelaan, S., Bakker, A.B., Schaufeli, W.B., Van Rhenen, W. y van Doornen, L.J. (2007). Is burnout related to allostatic load? *International journal of behavioral medicine*, 14, 213-221.
- Laria, J., Anguix, J., Higuera, M., Morata, C., Ribera, D., Cartagena, E., Romá-Ferri, M.T. e Higuera, M.A. (1995). Estrés en los profesionales de enfermería. *Enfermería clínica*, 5, 15-25.
- Larrabee, J., Janney, M. A., Ostrow, C. L., Withrow, M. L., Hobbs, G. R., Jr., y Burant, C. (2003). Predicting registered nurse job satisfaction and intent to leave. *Journal of Nursing Administration*, 33, 271-283.
- Lázaro, J.L. (2004). Estudio sobre Problemas Psicosociales en la Unidad de Cuidados Intensivos. *Excelencia enfermera*, 1(1). URL: http://www.ee.isics.es/servlet/Satellite?pagename=ExcelenciaEnfermera/Articulo EE/plantilla_articulo EE&numRevista=
- Lazarus, R.S. y Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca.
- Lederer, W., Kinzl, J.F., Traweger, C., Dosch, J. y Summann, G. (2008). Fully developed burnout and burnout risk in intensive care personnel at a university hospital. *Anaesthesia and intensive care*, 36, 208-213.
- Lee, S., Chen, T.Y. y Lin, S.C. (2005). Equipping nurses with psychiatric mental health nursing skills for the 21st century. *Hu Li Za Zhi*, 52, 5-10.
- Leiter, M.P. (1992). Burnout as a crisis in self-efficacy: Conceptual and practical implications. *Work and Stress*, 6, 107-115.
- Leiter, M.P. (2005). Perception of risk: An organizational model of occupational risk, burnout, and physical symptoms. *Anxiety, Stress and Coping*, 18, 131-144.
- Leiter, M., Harvie, P. y Frizell, C. (1998). The correspondence of patient satisfaction and nurse burnout. *Social science and medicine*, 47, 1611-1617.
- Leiter, M.P., Gascón, S., y Martínez Jarreta, B. (2008). Modelo de doble proceso sobre el "síndrome de quemarse por el trabajo" (burnout): su relevancia en profesionales de enfermería de España y Canadá. *Informació psicológica*, 1, 91-92, 95-109.
- Levy, M.M. (2004). Caring for the caregiver. *Critical care clinics*, 20, 541-7, xi.

- Ley de prevención de riesgos laborales. BOE del 10 de noviembre de 1995.
- Li Calzi, S., Farinelli, M., Ercolani, M., Alianti, M., Manigrasso, V. y Taroni, A.M. (2006). Physical rehabilitation and burnout: different aspects of the síndrome and comparison between healthcare professionals involved. *Europa medicophysica*, 42, 27-36.
- Lobo, A., Pérez-Echeverría, M.J. y Artal, J. (1986). Validity of the scaled versión of the General Health Questionnaire (GHQ-28) in a Spanish population. *Psychological Medicine*; 16, 135-140.
- Lomeña, J.A., Campaña, F.M., Nuevo Toro, G., Rosas D., Berrocal, A. y García, F. (2004). Burnout y satisfacción laboral en Atención Primaria. *Medicina de Familia (and)*, 5, 147-155.
- Lomeña, J.A., Martínez, C., Negrillo, M. y Naranjo de la Cruz, A. (1991). Malestar psíquico en profesionales de la salud: una aproximación a su estudio. *Atención Primaria*, 8, 549-54.
- López, B., Osca, A. y Peiró, J.M. (2007). El papel modulador de la implicación con el trabajo en la relación entre el estrés y la satisfacción laboral. *Psicothema*, 19, 81-87.
- López Soriano, F. y Bernal, L. (2002). Prevalencia y factores asociados con el síndrome de burnout en enfermería de atención hospitalaria. *Revista de Calidad asistencial*, 17, 201-205.
- López Soriano, F., Bernal, L. y Canovas, A. (2001). Satisfacción laboral de los profesionales en un hospital comarcal de Murcia. *Revista de Calidad Asistencial*, 16, 243-246.
- Lorente, L., Salanova, M., Martínez, I., y Schaufeli, W. (2008). Extension of the Job Demands-Resources model in the prediction of burnout and engagement among teachers over time. *Psicothema*, 20, 354-360.
- Llorens, S., García, M. y Salanova, M. (2005). Burnout como consecuencia de una crisis de eficacia: un estudio longitudinal en profesores de secundaria. *Revista de psicología del trabajo y las organizaciones*, 21, 55-70.
- Lu, K.Y., Chang, L.C. y Wu, H.L. (2007). Relationships between professional commitment, job satisfaction, and work stress in public health nurses in Taiwan. *Journal of professional nursing: official journal of the American Association of Colleges of Nursing*, 23, 110-116.

- Maddi, S.R. (2002). The story of hardiness: twenty years of theorizing, research, and practice. *Consulting Psychological Journal*, 54, 173-185.
- Manojlovich, M. (2005). Linking the practice environment to nurses' job satisfaction through nurse-physician communication. *Journal of Nursing Scholarship*, 37, 367-373.
- Manganelli, P. (1998). "Why do certain types of people fall ill and have time overcoming sickness while others seem to be unaffected by illness and can buffer a stressful situation?" Thesis. Department of psychology, Saint Anselm college. Manchester, NH 03102.
- Manzano, G. (2000). Organizaciones magnéticas: solución al síndrome de burnout. *Capital Humano*, 138, 50-64.
- Manzano, G. (2008). Síndrome de burnout y riesgos psicosociales en personal de enfermería. Prevalencia e intervención. *Informació psicológica*, 91-92, 23-31.
- Manzano, G. y Ramos, F. (2000). Enfermería hospitalaria y síndrome de burnout. *Revista de psicología del trabajo y de las organizaciones*, 16, 197-213.
- Mañas, M.A., Salvador, C.M., Boada, J., González, E., Agulló, E. (2007). La satisfacción y el bienestar psicológico como antecedentes del compromiso organizacional. *Psicothema*, 19, 395-400.
- Marín, N., Esteban, A., Palma, C., Vega, M., Mestre, L. y Fornés, J. (2005). Burnout en profesionales sanitarios en formación del hospital universitario Son Dureta. *Psiquiatria.Com*, 9(4).
- Maruco, M.A., Gil-Monte, P.R. y Flamenco, E. (2008). Síndrome de quemarse por el trabajo (burnout) en pediatras de hospitales generales, estudio comparativo de la prevalencia medida con el MBI-HSS y el CEST. *Información psicológica*, 91-92, 32-42.
- Martin, M.J., Viñas, J., Pérez, J., Luque, M. y Soler, P.A. (1997). Burnout en personal de enfermería. *Revista Psiquiatría Facultad de Medicina de Barna*, 24, 113-8.
- Maslach, C. (1976). Burned out. *Human Behavior*, 59:16-22.
- Maslach, C. (1982). *The cost of coping*. New York: Prentice Hall Press.
- Maslach, C. y Jackson, S.E. (1997). Maslach Burnout Inventory. En: Seisdedos N, editor. *Manual del Inventario Burnout de Maslach. Síndrome del "quemado" por estrés laboral asistencial*. Madrid: TEA Ediciones.

- Maslach, C., Schaufeli, W.B. y Leiter, M.P. (2001). Job Burnout. *Annual review of clinical psychology*, 52, 397.
- Massanero, M.A., García, E., Torrens, G., Ramis, C., Vázquez, A. y Ferrer, V.A. (2005). Burnout en la enseñanza: Aspectos atribucionales. *Revista de psicología del trabajo y las organizaciones*, 21, 89-105.
- Mattila, A.K., Ahola, K., Honkonen, T., Salminen, J.K., Huhtala, H. y Joukamaa, M. (2007). Alexitimia and occupational burnout are strongly associated in working population. *Journal of psychosomatic research*, 62, 657-665.
- Máximo, J., Avalos, F. y Jiménez, I. (2005). Burnout en enfermería de atención hospitalaria. *Enfermería Clínica*, 15, 275-282.
- McClendon, H. y Buckner, E.B. (2007). Distressing situations in the intensive care unit: a descriptive study of nurses' responses. *Dimensions of critical care nursing*, 26, 199-206.
- Mc. Cranie, E.W., Lambert, V.A. y Lambert, C.E. (1987). Work stress, hardiness, and burnout among hospital staff nurses. *Nursing Research*; 36: 374-378.
- McGoldrick, T. B., Menschner, E. F., y Pollok, M. L. (2001). Nurturing the transformation from staff nurse to leader. *Holistic Nursing Practice*, 16, 16-20.
- McGrath, A., Reid, N. y Boore, J. (1989). Occupational stress in nursing. *International journal of nursing studies*, 26, 345-58.
- McGrath, A., Reid, N., y Boore, J. (2003). Occupational stress in nursing. *International Journal of Nursing Studies*, 40, 555-565.
- McNeese-Smith, D.K. (1999). A content analysis of staff nurse descriptions of job satisfaction and dissatisfaction. *Journal of Advanced Nursing*, 29, 1332-1341.
- McVicar, A. (2003). Workplace stress in nursing: a literatura review. *Journal of Advanced Nursing*, 44, 633-642.
- Mebenzehl, M., Lukesch, H., Klein, H., Klein, H., Hajak, G., Schreiber, W., y Putzhammer, A. (2007). Burnout in mental health professionals in psychiatric hospitals. *Psychiatrische Praxis*, supplement, 34, 151-167.
- Melamed, S., Shirom, A., Toser, S., Berliner, S. y Shapira, I. (2006). Burnout and risk of cardiovascular disease: Evidence, possible causal paths, and promising research directions. *Psychological Bulletin*, 132, 327-353.

- Meliá, J.L. y Becerril, M. (2007). Psychosocial sources of stress and burnout in the construction sector: A structural equation model. *Psicothema*, 19, 679-686.
- Menezes de Lucena, V.A., Fernández, B., Hernández, L., Ramos, F. y Contador, I. (2006), Resiliencia y el modelo Burnout-Engagement en cuidadores formales de ancianos. *Psicothema*, 18,791-796.
- Meseguer, A., González, R. y Calatayud, E. (1996). Enfermería, burnout y unidades de alto riesgo. *Enfermería Clínica*, 6, 249-54.
- Michinov, N. (2005). Social comparison, perceived control and occupational burnout. *Applied Psychology*, 54, 99-118.
- Mingote, J.C. (1998). Síndrome burnout o síndrome de desgaste profesional. *Actualizaciones. Editorial Doyma*, 5, 493-509.
- Mira, J.J., Vitaller, J., Buil, J.A., Aranaz, J. y Rodríguez-Marín, J. (1994). Satisfacción y estrés laboral en médicos generalistas del sistema público de salud. *Atención primaria*, 14, 67-73.
- Miró, E., Solanes, A., Martínez, P., Sánchez, A.I. y Rodríguez, J. (2007). Relación entre el burnout o “síndrome de quemarse por el trabajo”, la tensión laboral y las características del sueño. *Psicothema*, 19, 388-394.
- Mobley, M.J., Rady, M.Y., Verheijde, J.L., Patel, B. y Larson, J.S. (2007). The relationship between moral distress and perception of futile care in the critical care unit. *Intensive and critical care nursing : the official journal of the British Association of Critical Care Nurses*, 23, 256-263.
- Mohr, A.T., y Puck, J.F. (2007). Role conflict, general manager job satisfaction and stress and the performance of IJVs. *European Management Journal*, 25, 25-35.
- Molina, J.M. y Avalos, F. (2007). Satisfacción laboral y desgaste profesional del personal de enfermería. [*Revista Tesela*], 1. Disponible en: <http://www.index-f.com/tesela/ts1/ts6327.php> Consultado el 3 de Enero 2008.
- Mommersteeg, P.M., Heijnen, C.J., Kavelaars, A. y van Doornen, L.J. (2006). Immune and endocrine function in burnout syndrome. *Psychomatic medicine*, 68, 879-886.
- Mommersteeg, P.M., Heijnen, C.J., Verbraak, M.J. y van Doornen, L.J. (2006). A longitudinal study of cortisol and complaint reduction in burnout. *Psychoneuroendocrinology*, 31,793-804.

- Montalbán, F.M., Durán, M.A. y Bravo, M. (2000). Autorreferencialidad y síndrome de burnout. *Apuntes de psicología*, 18, 77-95.
- Moreno, B., Alonso, M., y Álvarez, E. (1997). Sentido de coherencia, personalidad resistente, autoestima y salud. *Revista de Psicología de la Salud*, 9, 115-138.
- Moreno, B., Arcenillas, M.V., Morante, M.E. y Garrosa, E. (2005). Burnout en profesores de primaria: personalidad y sintomatología. *Revista de psicología del trabajo y de las organizaciones*, 21, 71-88.
- Moreno, B., Gálvez, M., Garrosa, E., y Mingote, J.C. (2006). Nuevos planteamientos en la evaluación del burnout. La evaluación específica del desgaste profesional médico. *Atención primaria*, 38, 544-549.
- Moreno, B., Garrosa, E. y González, J.L. (2000). Escala de personalidad resistente (CPR). El desgaste profesional de enfermería. Desarrollo y validación factorial del CDPE. *Archivos prevención de riesgos laborales*, 3, 1, 18-28.
- Moreno, B., Garrosa, E. y González, J.L. (2000). Personalidad resistente, burnout y salud. *Escritos de psicología*, 4, 64-77.
- Moreno, B., González, J.L. y Garrosa, E. (2002). Desgaste profesional (burnout), personalidad y salud percibida. En Buendía, J (Ed), *Empleo, estrés y salud* (pp. 59-83). Madrid: Pirámide.
- Moreno, B., Morante, M.E. y Rodríguez, R. (2008). Resistencia y vulnerabilidad ante el trauma: el efecto moderador de las variables de personalidad. *Psicothema*, 20, 124-130.
- Moreno, B., Morett, N.I., Rodríguez, A. y Morante, M.E. (2006). La personalidad resistente como variable moduladora del síndrome de burnout en una muestra de bomberos. *Psicothema*, 18, 413-418.
- Moreno, B. y Peñacoba, C. (1999). El estrés asistencial en los servicios de salud. En: *Manual de psicología de la salud: Fundamentos, metodología y aplicaciones* (pp. 739-759). Madrid: Biblioteca Nueva.
- Moreno, B., Rodríguez, R. y Escobar, E. (2001). La evaluación del Burnout profesional. Factorialización del MBI-GS. Un análisis preliminar. *Ansiedad y Estrés*, 7, 69-78.
- Moreno, R., González, J.L., Peñacoba, C., Alcocer, N., Alonso, L., Del Barco, P. y García, M. (2003). La personalidad resistente como variable protectora ante el burnout en terapeutas ocupacionales. *Encuentros en Psicología Social*, 1, 8-13.

- Moya Albiol, L., Serrano, M.A., González, E., Rodríguez, G. y Salvador, A. (2005). Respuesta psicofisiológica de estrés en una jornada laboral. *Psicothema*, 17, 205-211.
- Muñoz, J.C. (2007). Síndrome de burnout en unidades de Cuidados intensivos. *Enfermería Intensiva*, 18, 1-2.
- Muscatello, M.R., Bruno, A., Carroccio, C., Cedro, C., La Torre, D., Di Rosa, A.E., Zocali, R., Aragona, M., La Torre, F., Mattei, A., Angelote, A.M. y Di Orio, F. (2006). Association between burnout and anger in oncology versus ophthalmology health care professionals. *Psychological reports*, 99, 641-650.
- Narumoto, J., Nakamura, K., Kitabayashi, Y., Shibata, K., Nadamae, T. y Fujui, K. (2008). Relationships among burnout coping style and personality: study of Japanese professional caregivers for elderly. *Psychiatry and clinical neurosciences*, 62, 174-176.
- Novoa, M.M., Nieto, C., Forero, C., Caycedo, C.E., Palma, M., Montealegre, M.P., Bayona, M. y Sánchez, C. (2005). Relación entre perfil psicológico, calidad de vida y estrés asistencial en personal de enfermería. *Univ. Psicol. Bogotá (Colombia)*, 4, 63-75.
- Nowack, K. M. (1991). Psychosocial predictors of health status. *Work and Stress*, 5, 117-131.
- NTP 275. *Carga mental en el trabajo hospitalario. Guía para su valoración*. Madrid: Instituto Nacional de Salud e Higiene en el Trabajo; 2005.
- Oginska-Bulik, N. (2003). Personal resources protecting police officers against negative outcomes of occupational stress. En: Juczynski A, Oginska-Bulik, N (Eds) *Personal Resources Favorable to Individual's Health* (pp. 91-106). Łódz: University Press.
- Oginska Bulik, N. (2005). Type D personality and consequences of occupational stress. *Czas Psychol*, 1, 69-79.
- Oginska Bulik, N. (2005). The role of personal and social resources in preventing adverse health outcomes in employees of uniformed professions. *International journal of occupational medicine and environmental health*, 18, 233-40.
- Oginska Bulik, N. (2006). Occupational stress and its consequences in healthcare professionals: the role of type D personality. *International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health*, 19, 113-22.

- Oginska Bulik, N. y Kaflik Pieróg, M. (2006). *Occupational Stress in Emergency Services*. Łódz: Academy of Humanities and Economics.
- Oginska Bulik, N., Juczynski, Z. (2004). Distressed personality (Type D) and risk of occurrence of cardiovascular diseases. En: Kosinska-Dec, K., Szeweczyk, L. (Eds) *Development, Health, Disease* (pp. 18-39). Warsaw: BEL Studio.
- Olmedo, E. (1996). *Personalidad y afrontamiento. Determinantes del síndrome estar quemado en profesionales de enfermería*. Tesis doctoral. Universidad de La Laguna.
- O.M.S. (2000). *The World Health Report 2000. Health systems: Improving performance*. Web: <http://www.who.int/whr>.
- Ortega, C. y López, F. (2004). El burnout o síndrome de estar quemado en los profesionales sanitarios: revisión y perspectivas. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 4, 137-160.
- Pades, A. (2005). *Habilidades sociales en enfermería: Propuesta de un programa de intervención*. Tesis doctoral. Universitat de les Illes Balears.
- Palmer Morales, Y., Prince-Velez, R., Searcy Bernal, R. y Compean Saucedo, B. (2007). Prevalencia del síndrome de burnout en personal de enfermería de dos hospitales Mexicanos. *Enfermería clínica*, 17, 256-260.
- Parada, M.E., Moreno, R., Mejías, Z., Rivas, A., Rivas, F., Cerada, J. y Rivas, F. (2005). Satisfacción laboral y síndrome de burnout en el personal de enfermería del Instituto Autónomo Hospital Universitario Los Andes, Mérida, Venezuela. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública*, 23, 33-45.
- Parkes, K. (1980). Occupational stress amongs nurses – a comparison of medical and surgical wards-. *Occasional Papers, Nursing Times*, 113-116.
- Patrick, K. y Lavery, J.F. (2007). Burnout in nursing. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 24, 43-8.
- Peeters, M.C.W., Montgomery, A.J., Bakker, A.B. y Schaufeli, W.B. (2005). Balancing work and home: how job and home demands are related to Burnout. *International Journal of Stress Management*, 12, 43-61.
- Peñacoba, C. y Moreno, B. (1998). El concepto de personalidad resistente: consideraciones teóricas y repercusiones prácticas. *Boletín de psicología*, 58, 61-96.
- Peñacoba, C. y Moreno, B. (2000). Evaluación de la personalidad resistente y su influencia en la salud. *Boletín de psicología*, 67, 45-64.

- Peñalver, F., Ríos, M.I., Maestro, A., Almada, M.B., Martínez, M.A., Marín, T., Navarro, A., Alcolea, M.L., Pérez, I., Pérez, C. y Piñera, M.C. (2007, Junio). *Satisfacción laboral de las enfermeras de una unidad de Cuidados Intensivos Polivalente*. Trabajo presentado al XXXIII Congreso Nacional de la SEEIUC, Madrid.
- Pera, G. y Serra Prat, M. (2002). Prevalencia del síndrome del quemado y estudio de los factores asociados en los trabajadores de un hospital comarcal. *Gaceta Sanitaria*, 16, 480-6.
- Pérez, M.T., y Díaz, C. (2007). Satisfacción laboral en enfermeros/as de Atención Primaria del Servicio Gallego de Salud. *Metas de enfermería*, 10, 6-10.
- Perezagua, M.C., Vidal, B., y Del Río, O. (2004). Burnout en enfermeras del Hospital Virgen de la Salud: enfermeras de urgencias vs. Enfermeras resto hospital. *Ciber Revista*, 19. URL: <http://ciberrevista.enferurg.com/>
- Perrewé, P., Hochwarter, W.S., Rossic, A.M., Wallace, A., Maignane, I., Castrof, S.L. Ralstong, D.A., Westmanh, M., Vollmeri, G., Tangi, M., Wanj, P., y Van Deusen, C.A. (2002). Are work stress relationships universal? A nine-region examination of role stressors, general self-efficacy, and burnout. *Journal of International Management*, 8, 163-187.
- Perrewé, P., Zellars, K.L., Rossi, A.M., Ferris, G.R., Kacmar, C.J., Liu, Y., Zinko, R., y Hochwater, W.A. (2005). Political Skill: An antidote in the Overload-Strain Relationship. *Journal of Occupational Health Psychology*, 10, 239-250.
- Peterson, U., Demerouti, E., Bergström, G., Samuelsson, M., Asberg, M. y Nygren, A. (2008). Burnout and physical and mental health among Swedish healthcare workers. *Journal of Advanced Nursing*, 62, 84-95.
- Piko, B.F. (2006). Burnout, role conflict, job satisfaction and psychosocial health among Hungarian health care staff: a questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*, 43, 311-318.
- Piko, B.F., Jenaro, C., Flores, N., y Arias, B. (2007). Burnout, role conflict, job satisfaction and psychosocial health among Hungarian health care staff: A Questionnaire survey Burnout and Coping in Human Service Practitioners. *Professional Psychology: Research and Practice*, 38, 80-87.
- Pinedo, A.M., González, M.C., Undebeytia, L., y Eugenia, M.A. (2005). Factores psicosociales que inciden en el estrés laboral de una Unidad de Urgencias. *Hygia*, 60, 23-28.

- Pinto, A.M., Lima, M.L. y Silva, A. (2005). Fuentes de estrés, burnout y estrategias de coping en profesores portugueses. *Revista de psicología del trabajo y las organizaciones*, 21, 125-143.
- Poncet, M.C., Toullic, P., Panazian, L., Kentish-Barnes, N., Timsit, J.F., Pochard, F., Chevret, S., Schlemmer, B. y Azoulay, E. (2007). Burnout syndrome in critical care nursing staff. *American journal of respiratory and critical care medicine*, 175, 698-704.
- Potter, C. (2006). To what extent do nurses and physicians working within the emergency department experience burnout: A review of the literature. *Australian Emergency Nursing Journal*, 9, 57-64.
- Prins, J.T., Hoekstra, J.E., Gazendam, S.M., Vande Wiel, H.B., Sprangers, F.C. y Van Der Heijden, F.M. (2007). The role of social support in burnout among Dutch medical residents. *Psychology, health and medicine*, 12, 1-6.
- Puialto, M.J., Rodríguez, R. y Moure, L. (2006). Prevalencia del síndrome del quemado y estudio de factores relacionados en los enfermeros del CHUVI (Complejo Hospitalario Universitario de Vigo). *Enfermería Global*, 8. Disponible en Internet: www.um.es/eglobal/
- Raggio, B. y Malacarne, P. (2007) Burnout in intensive care unit. *Minerva anestesiológica*, 73, 195-200.
- Rauhala, A., Kivima, K.M., Fagestro, M.L., Elovainio, M., Virtanem, M., Batear, J., Rainio, A.K., Ojaniemo, K., y Kinnunen, J. (2007). What degree of work overload is likely to cause increased sickness absenteeism among nurses? Evidence from the RAFAELA patient classification system. *Journal of Advanced Nursing*, 57, 286-295.
- Reig, A. y Caruana, A. (1990). Insatisfacción laboral, patron A de comportamiento, estrés laboral y estado de salud en médicos. *Análisis y modificación de conducta*, 16, 345-373.
- Renzi, C., Tabolli, S. Lan, A. Di Pietro, C. y Puddu, P. (2005). Burnout and job satisfaction comparing healthcare staff of a dermatological hospital and a general hospital. *European Academy of Dermatology and Venereology*, 19, 153-157.
- Revicky, D. y May, H.J. (1989). Organizational Characteristics, Occupational Stress and Mental Health in Nurses. *Behavioral medicine*, 15, 30-6.

- Richardson, A.M., Burke, R.J., y Martinussen, M. (2006). Work and health outcomes among police officers: the mediating role of police cynicism and engagement. *International Journal of Stress Management*, 13, 555-574.
- Riding, R. Y Wheeler, H. H. (1995). Occupational stress and cognitive style in nurses. *The British journal of nursing*, 4, 103-107.
- Ríos, M.I. y Godoy, C. (2007 a). Burnout y salud percibidos en una muestra de enfermería de Urgencias. *Ciber Revista On line enfermeriadeurgencias.com*, 16, Noviembre. Disponible en: <http://ciberrevista.enfermeriadeurgencias.com/ciberrevista/2007/noviembre/burnout>
- Ríos, M.I. y Godoy, C. (2007 b, Julio). *Autoeficacia generalizada y bienestar psíquico en profesionales de enfermería de unidades de Críticos y Urgencias*. Trabajo presentado en el I Simposio de Medicina Conductual y Psicología de la Salud, Madrid.
- Ríos, M.I. y Godoy, C. (2007 c, septiembre). *Autoeficacia generalizada, rasgos de personalidad y síndrome de burnout en personal de enfermería de Cuidados Críticos y de Urgencias*. Trabajo presentado en el X Congreso Nacional de Psicología Social, Cádiz.
- Ríos, M.I. y Godoy, C. (2008 a) Satisfacción laboral y Salud general percibida en profesionales de enfermería de Urgencias. *Enfermería Clínica*, 18, 134-141.
- Ríos, M.I. y Godoy, C. (2008 b). Síndrome de burnout y satisfacción laboral en profesionales de enfermería de Urgencias y Cuidados Críticos. *Tesela [Rev Tesela]*, 3. Disponible en: <<http://www.index-f.com/tesela/ts3/ts6565.php>>.
- Ríos, M.I. y Godoy, C. (2008 c). Satisfacción laboral en un colectivo de enfermería de urgencias. *Ciber Revista SEEUE*, 0. Disponible en: <http://ciberrevista.enfermeriadeurgencias.com/pagina6.html>
ISSN: 1579-5527
- Ríos, M.I. y Godoy, C. (2008 d, septiembre). *Personalidad Resistente, Síndrome de Burnout y Bienestar Psíquico en una muestra de profesionales de Cuidados Críticos*. Trabajo presentado en el VII Congreso Internacional de la SEAS, Benidorm.

- Ríos, M.I. y Godoy, C. (2008 e, octubre). *Satisfacción Laboral y percepción de Autoeficacia Generalizada en una muestra de enfermería de Urgencias*. Trabajo presentado al 26º Congreso de la Sociedad Española de Calidad Asistencial, Zaragoza.
- Ríos, M.I., Godoy, C., Peñalver F, Alonso AR, López F, López A, Garnés S, Salmerón E, López MD, Ruiz R, Simón P, Manzanera JL, Menchón MA, y Liébanas R. (2008 f). Estudio comparativo del Burnout en personal de enfermería de Cuidados Intensivos y Urgencias. *Revista Enfermería Intensiva*, 19, 2-13.
- Ríos, M.I., Peñalver, F. y Godoy, C. (2008 g). Burnout y salud percibidos en profesionales de enfermería de Cuidados Intensivos. *Revista Enfermería Intensiva*, 19, 169-178.
- Rodríguez, F. J., Blanco, MA., Pérez, SI., Romero, L. y Gayoso, P. (2005). Relación de la calidad de vida profesional y el burnout en médicos de atención primaria. *Atención primaria*, 36, 442-447.
- Rowe, M. M. (1999). Hardiness as a stress mediating factor of burnout among healthcare providers. *American Journal of Health Studies*, 14, 16-20.
- Ruggiero, J. S. (2005). Health, work variables, and job satisfaction among nurses. *Journal of Nursing Administration*, 35, 254-263.
- Sáez, M.C. (1997). *Burnout en equipos de atención primaria de salud: Relaciones con clima, satisfacción y compromiso organizacional en el marco de la calidad asistencial*. Tesis Doctoral. Universidad de Murcia.
- Sáez, M.C. (1999). Satisfacción laboral. En García M (coord), *Psicología del trabajo y de las organizaciones* (pp. 131-146). Murcia: Diego Marín.
- Sahraian, A., Fazelzadeh, A., Mehdizadeh, A.R. y Toobae, S.H. (2008). Burnout in hospital nurses: a comparison of internal, surgery, psychiatry and burns wards. *International Nursing Review*, 55, 62-67.
- Salanova, M., Bresó, E. y Schaufeli, B. (2005). Hacia un modelo espiral de las creencias de eficacia en el estudio del burnout y del engagement. *Ansiedad y estrés*, 11, 215-231.
- Salanova, M., Cifre, E., Grau, R.M., Llorens, S. y Martínez, I.M. (2005). Antecedentes de la autoeficacia en profesores y estudiantes universitarios: un modelo causal. *Revista de psicología del trabajo y las organizaciones*, 21, 159-176.

- Salanova, M., Grau, R.M. y Martínez, I.M. (2005). Demandas laborales y conductas de afrontamiento: el rol modulador de la autoeficacia profesional. *Psicothema*, 17, 390-395.
- Salmond, S. y Ropis, P.E. (2005). Job stress and general wellbeing: a comparative study of medical-surgical and home care nurses. *Medsurg nursing: official journal of the Academy of Medical-Surgical Nurses*, 14, 301-309.
- Sánchez, S., Guillén, C.L. y León, J.M. (2006). La autoeficacia percibida en el afrontamiento de riesgos laborales psicosociales como variable moduladora del burnout. *Ansiedad y Estrés*, 12, 495-504.
- Sandín, B. (1993). Estrés y salud: factores que intervienen entre el estrés y la enfermedad física. En Buendía, J (Ed), *Estrés y psicopatología* (pp.148-180). Madrid: Ediciones Pirámide.
- Sandín, B. (1995). El estrés. En Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (Ed), *Manual de psicopatología*. (pp. 3-52). Madrid: Mc. Graw-Hill.
- Sanjuán Suárez, P., Pérez, A.M., y Bermúdez, J. (2000). Escala de autoeficacia general: datos psicométricos de la adaptación para población española. *Psicothema*, 12, 509-513.
- Santamaría, M.I. y Soto, R. (2005). Prevalencia del burnout en la enfermería de atención primaria. *Enfermería clínica*, 15, 123-130.
- SATSE (1999). *Guía para la prevención del estrés*. Madrid: SATSE.
- Schaufeli, W.B. (2005). Burnout en profesores: Una perspectiva social del intercambio. *Revista de psicología del trabajo y las organizaciones*, 21, 15-36.
- Schaufeli, W.B. (2006). The balance of give and take: toward a social exchange model of Burnout. *Revue Internationale de Psychologie Sociale*, 1, 86-131.
- Schaufeli, W.B., Bakker, A.B., Hoogduin, K., Schaap, C. y Kladler, A. (2001). On the clinical validity of the maslach burnout inventory and the burnout measure. *Psychology and Health*, 16, 565-582.
- Schaufeli, W.B. y Salanova M. (2007). Efficacy or inefficacy, that's the question: burnout and work engagement, and their relationships with efficacy beliefs. *Anxiety Stress Coping*, 20, 177-196.
- Schmitz, N., Neuman, W., y Opperman, R. (2000). Stress, burnout and loss of control in german nurses. *International Journal of Nursing Studies*, 37, 95-99.

- Schwarzer, R. (1999). General perceived self-efficacy in 14 cultures. *Self-efficacy assesment*, (<http://www.yorku.ca/faculty/academic/schwarze/world14.htm>).
- Sebastián, O. (2002, diciembre). *Los riesgos psicosociales y su prevención: mobbing, estrés y otros problemas*. Ponencia presentada en la Jornada Técnica de Actualización de “Los riesgos psicosociales y su prevención: mobbing, estrés y otros problemas”, Madrid.
- Segura, J., Ferrer, M., Palma, C., Ger, S., Doménech, M., Gutiérrez, I. y Cebriá, J. (2006). Valores personales y profesionales en médicos de familia y su relación con el síndrome del burnout. *Anales de psicología*, 22, 45-51.
- Serrano, M.F., Garcés, E.J. e Hidalgo, M.D. (2008). Burnout en fisioterapeutas españoles. *Psicothema*, 20, 361-368.
- Shirom, A., Nirel, N., y Vinokur, A.D. (2006). Overload, autonomy and burnout as predictors of physicians' quality of care. *Journal of Occupational Health Psychology*, 11, 328-342.
- Shullanberger, G. (2000). Nurse staffing decisions: An integrative review of the literature. *Nursing Economics*, 18, 124-132, 146-148.
- Siebert, D.C., y Siebert, C.F. (2007). Help seeking among helping professionals: A role identity perspective. *American Journal of Orthopsychiatry*, 77, 49-55.
- Simoni, P., y Paterson, J. J. (1997). Hardiness, doping, and burnout in the nursing workplace. *Journal of Professional Nursing*, 13, 178-185.
- So-Kum Tang, C., Wing-Tung, A., Schwarzer, R. y Schmitz, G. (2001). Mental health outcomes of job stress among Chinese teachers: role of stress resources factors and burnout. *Journal of Organizational Behaviour*, 22, 887-901.
- Solano, M.C., Hernández, P., Vizcaya, M.F. y Reig, A. (2002). Síndrome de Burnout en profesionales de enfermería de cuidados críticos. *Enfermería Intensiva*, 13, 9-16.
- Sonnenschein, M., Sorbi, M.J., Van Doornen, L.J., Shaufeli, W.B. y Maas, C.J. (2007). Evidence that impaired sleep recovery may complicate burnout improvement independently of depressive mood. *Journal of psychosomatic research*, 62, 487-494.
- Sortet, J.P., y Banks, S.R. (1996). Hardiness, job stress, and health in nurses. *Hospital Topics*, 74, 28-33.

- Sos, P., Sobreques, J., Segura, J., Manzano, E., Rodríguez, C., García, M. y Cebriá J. (2002). Desgaste profesional en los médicos de Atención primaria de Barcelona. *Medifam*, 12, 513-519.
- Spielberger, C.D. (2008, septiembre). *Occupational stress and health: measuring job pressure and organizational support in the workplace*. Conferencia presentada en el VII Congreso Internacional de la SEAS, Benidorm.
- Suñer, R., García, M.M. y Grau, A. (2005). Desgaste profesional en el personal sanitario y su relación con los factores personales y ambientales. *Gaceta sanitaria: Organo oficial de la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria*, 19,463-469.
- Stordeurs, S., D'Hoore, W. y the Next Study Group. (2007). Organizational configuration of hospitals succeeding in attracting and retaining nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 57, 45-58.
- Tabak, N., y Koprak, O. (2007). Relationship between how nurses resolve their conflicts with doctors, their stress and job satisfaction. *Journal of Nursing Management*, 15, 321-331.
- Tierney, M. J., y Lavelle, M. (1997). An investigation into modification of personality hardiness in staff nurses. *Journal of Nursing Staff Development*, 13, 212-217.
- Tomás, J. y Fernández, L. (2002). Estrés laboral en los profesionales de enfermería hospitalarios. *Metas de Enfermería*, 45, 6-12.
- Topa, G., Fernández, I. y Palací, F. (2005). Identidad social, burnout y satisfacción laboral: estudio empírico basado en el modelo de la categorización del Yo. *Revista de Psicología Social*, 21, 115-126.
- Topa Cantisano, G. y Morales Domínguez, J.F. (2007). Burnout e identificación con el grupo: el papel del apoyo social en un modelo de ecuaciones estructurales. *Internacional Journal of Clinical Psychology*, 7, 337-348.
- Topf, M. (1989). Personality hardiness, occupational stress, and burnout in critical care nurses. *Research in Nursing and Health*, 12, 174-186.
- Toppinen Tanner, S., Ojajärvi, A., Väänänen, A., Kalimo, R. y Jäppinen, P. (2005). Burnout as a predictor of medically certified sick-leave absences and their diagnosed causes. *Behavioral medicine*, 31, 18-27.

- Torres, E., San Sebastián, X., Ibarretxe, R. y Zumalebe, J.M. (2002). Autopercepción de estrés laboral y distrés: un estudio empírico en la policía municipal. *Psicothema*, 14, 215-220.
- Tous, J.M., Pont, N. y Muiños, R. (2005). *Manual "IA-TP" Inventario de adjetivos para la evaluación de los trastornos de la personalidad*. TEA ediciones, S. A.
- Usha Rout (2002). Estrés laboral en profesionales de la salud. En Buendía J y Ramos (Ed) *Empleo, estrés y salud* (pp. 93-108). Madrid: Pirámide.
- Vahey, D.C., Aiken, L.H., Sloane, D.M., Clarke, S.P. y Vargas, D. (2004). Nurse Burnout and Patient Satisfaction. *Medical Care*, 42, II-57-II-66.
- Van den Berg, T.A., Landeweerd, J.A., Tummers, G.E.R., y Van Merode, G.G. (2006). A comparative study of organizational characteristics, work characteristics and nurses' psychological work reactions in a hospital and nursing home setting. *International Journal of Nursing Studies*, 43, 491-505.
- Van Vegchel, N., De Jonge, J., Söderfeldt, M., Dormann, C., y Schaufeli, W.B. (2004). Quantitative versus emotional demands among Swedish human service employees: moderating effects of job control and social support. *International Journal of Stress Management*, 11, 21-40.
- Varela Centelles, P.I., Ferreiro, A., Fontao, L.F. y Martínez, A.M. (2004). Satisfacción laboral de los odontólogos y estomatólogos del servicio gallego de salud. *Revista Española de Salud Pública*; 78, 399-402.
- Vela, A., Moreno, B., Rodríguez, A., Olavarrieta, S., Fernández, J., De la Cruz, J.J., Bixler, E.O. y Vgontzas, A.N. (2008). Insomnia and sleep quality among primary care physicians with low and high burnout levels. *Journal of psychosomatic research*, 64, 435-442.
- Verplanken, B. (2004). Value congruence and job satisfaction among nurses: a human relations perspective. *International Journal of Nursing Studies*, 41, 599-605.
- Vilaseca, B. (2006). *El síndrome del trabajador quemado*. El País negocios, domingo 2 de julio, 37.
- Villanueva, R., Albadalejo, V.R., Ortega, P., Astasio, P., Calle M.E. y Domínguez, V. (2008). Epidemiología del síndrome de burnout. *Revista ROL de enfermería*, 31, 29-38.

- Warbah, L., Sathiyaseelan, M., Vijayakumar, C., Vasantharaj, B., Russell, S. y Jacob, K.S. (2007). Psychological distress, personality and adjustment among nursing students. *Nurse education today*, 27, 597-601.
- Weyers, S., Peter, R., Boggild, H., Jeppesen, H.J. y Siegrist, J. (2006). Psychosocial work stress is associated with poor self-rated health in Danish nurses: a test of the effort-reward imbalanced model. *Scandinavian journal of caring sciences*, 20, 26-34.
- Williams, S.J. (1990). The relationship among stress, hardiness, sense of coherence, and illness in critical care nurses. *Medical Psychotherapy An International Journal*, 3, 171-186.
- Wu, S., Zhu, W., Wang, Z., Wang, M. y Lan, Y. (2007). Relationship between burnout and occupational stress among nurses in China. *Journal of Advanced Nursing*, 59, 233-239.
- Yegler, M.C., Diez, T., Gómez, J.L., Carrasco, B., Miralles, T., y Gómez, J.A. (2003a). Identificación de los estresores laborales en el personal sanitario enfermero de una urgencia hospitalaria. *Ciber Revista*, 16. URL: <http://www.enfermeriadeurgencias.com/>
- Yegler, M.C., Diez, T., Gómez, J.L., Carrasco, B., Miralles, T. y Gómez, J.A. (2003b). Determinación del bienestar psicológico de un equipo de enfermería de un servicio de urgencia hospitalaria aplicando el cuestionario de salud general de Goldberg. *Ciber Revista*, 16. URL: <http://www.enfermeriadeurgencias.com>.
- Zapf, D., Seifert, C., Schmutte, B., Mertini, H. y Holz, M. (2001). Emotion work and job stressors and their effects on burnout. *Psychology and Health*, 16, 527-545.
- Zorilla, E.P., DeRubeis, R.J. y Redei, E. (1995). High self-esteem, hardiness and affective stability are associated with higher basal pituitary-adrenal hormone levels. *Psychoneuroendocrinology*, 20, 591-601.
- Zuzelo, P.R. (2007). Exploring the moral distress of registered nurses. *Nursing ethics*, 14, 4-5.

ANEXOS

ANEXO 1

Carta de presentación del estudio

INFORMACION SOBRE EL ESTUDIO DE ESTRÉS LABORAL

Se presentan una serie de cuestionarios, con el fin de estudiar la satisfacción y el desgaste laboral y su relación con determinadas variables psicológicas y de salud. Los datos recogidos se destinarán a dos estudios independientes pero cuyos temas están relacionados, por lo que se presentan varios cuestionarios que aparentemente son parecidos pero realmente están midiendo conceptos o variables diferentes.

Los resultados de los cuestionarios son estrictamente anónimos y confidenciales. No hay respuestas correctas o incorrectas, por lo que se ruega que contesten a los mismos con la mayor sinceridad de acuerdo a su opinión personal.

El objetivo del presente estudio es analizar las condiciones de trabajo, las variables individuales y de salud que están relacionadas con el estrés laboral, así como identificar el nivel de desgaste laboral presente en nuestro ámbito de trabajo. Partiendo de este análisis, se podrían plantear estrategias de cambio con el fin de mejorar la satisfacción laboral y disminuir los niveles de desgaste laboral, actuando sobre los factores que más incidan sobre el mismo.

Cada cuestionario incluye las instrucciones de cómo contestarlo. En el caso del cuestionario IA-TP podrán observar que existen dos versiones, una para varones y otra para mujeres, por lo que tendrán que escoger y contestar sólo a una de ellas según sea su sexo. También es importante que para que este cuestionario sea válido el número mínimo de adjetivos señalados deberá ser 7 y el número máximo 116.

Una vez finalizado el estudio, se pretende dar a conocer los resultados en una sesión a la que podrá asistir todo aquel que esté interesado en los mismos.

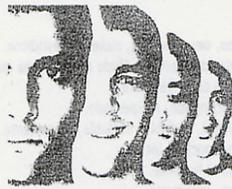
GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

ANEXO 2

Cuestionario de variables sociodemográficas y laborales

ANEXO 3

Inventario de Adjetivos para la Evaluación de los Trastornos de Personalidad



IA-TP

VARÓN

MARQUE CON UN ASPA (X) LOS ADJETIVOS QUE CREA QUE LE DEFINEN MEJOR (GLOSARIO AL DORSO DE ESTA PÁGINA).

- | | | | | |
|---|--|---|---|--|
| 1 <input type="checkbox"/> Pasivo | 31 <input type="checkbox"/> Cariñoso | 61 <input type="checkbox"/> Insociable | 91 <input type="checkbox"/> Molesto | 121 <input type="checkbox"/> Ético |
| 2 <input type="checkbox"/> Agitado | 32 <input type="checkbox"/> Animado | 62 <input type="checkbox"/> Inquieto | 92 <input type="checkbox"/> Solo | 122 <input type="checkbox"/> Temperamental |
| 3 <input type="checkbox"/> Consentido | 33 <input type="checkbox"/> Egoísta | 63 <input type="checkbox"/> Inseguro | 93 <input type="checkbox"/> Vacilante | 123 <input type="checkbox"/> Preciso |
| 4 <input type="checkbox"/> Activo | 34 <input type="checkbox"/> Brutal | 64 <input type="checkbox"/> Reservado | 94 <input type="checkbox"/> Murmurador | 124 <input type="checkbox"/> Abnegado |
| 5 <input type="checkbox"/> Arrogante | 35 <input type="checkbox"/> Formal | 65 <input type="checkbox"/> Miedoso | 95 <input type="checkbox"/> Organizado | 125 <input type="checkbox"/> Militante |
| 6 <input type="checkbox"/> Agresivo | 36 <input type="checkbox"/> Exaltado | 66 <input type="checkbox"/> Receloso | 96 <input type="checkbox"/> Mandón | 126 <input type="checkbox"/> Gregario |
| 7 <input type="checkbox"/> Cuidadoso | 37 <input type="checkbox"/> Sensible | 67 <input type="checkbox"/> Impulsivo | 97 <input type="checkbox"/> Orgullosa | 127 <input type="checkbox"/> Dependiente |
| 8 <input type="checkbox"/> Confuso | 38 <input type="checkbox"/> Impersonal | 68 <input type="checkbox"/> Importante | 98 <input type="checkbox"/> Impaciente | 128 <input type="checkbox"/> Tradicional |
| 9 <input type="checkbox"/> Distante | 39 <input type="checkbox"/> Discutidor | 69 <input type="checkbox"/> Combativo | 99 <input type="checkbox"/> Inocente | 129 <input type="checkbox"/> Aventurero |
| 10 <input type="checkbox"/> Triste | 40 <input type="checkbox"/> Comprensivo | 70 <input type="checkbox"/> Laborioso | 100 <input type="checkbox"/> Tímido | 130 <input type="checkbox"/> Antipático |
| 11 <input type="checkbox"/> Auxiliador | 41 <input type="checkbox"/> Dramatizador | 71 <input type="checkbox"/> Malhumorado | 101 <input type="checkbox"/> Educado | 131 <input type="checkbox"/> Desprendido |
| 12 <input type="checkbox"/> Complaciente | 42 <input type="checkbox"/> Fanfarrón | 72 <input type="checkbox"/> Frustrante | 102 <input type="checkbox"/> Apagado | 132 <input type="checkbox"/> Teatral |
| 13 <input type="checkbox"/> Creído | 43 <input type="checkbox"/> Competitivo | 73 <input type="checkbox"/> Rígido | 103 <input type="checkbox"/> Vago | 133 <input type="checkbox"/> Presumido |
| 14 <input type="checkbox"/> Autoritario | 44 <input type="checkbox"/> Honrado | 74 <input type="checkbox"/> Apreensivo | 104 <input type="checkbox"/> Rechazado | 134 <input type="checkbox"/> Tozudo |
| 15 <input type="checkbox"/> Disciplinado | 45 <input type="checkbox"/> Gruñón | 75 <input type="checkbox"/> Incómodo | 105 <input type="checkbox"/> Grupal | 135 <input type="checkbox"/> Serio |
| 16 <input type="checkbox"/> Exasperante | 46 <input type="checkbox"/> Abatido | 76 <input type="checkbox"/> Solitario | 106 <input type="checkbox"/> Sociable | 136 <input type="checkbox"/> Pesimista |
| 17 <input type="checkbox"/> Ansioso | 47 <input type="checkbox"/> Indiferente | 77 <input type="checkbox"/> Suspicaz | 107 <input type="checkbox"/> Vanidoso | 137 <input type="checkbox"/> Obstinado |
| 18 <input type="checkbox"/> Deprimido | 48 <input type="checkbox"/> Excluido | 78 <input type="checkbox"/> Voluble | 108 <input type="checkbox"/> Intimidante | 138 <input type="checkbox"/> Quisquilloso |
| 19 <input type="checkbox"/> Frío | 49 <input type="checkbox"/> Estricto | 79 <input type="checkbox"/> Hablador | 109 <input type="checkbox"/> Trabajador | 139 <input type="checkbox"/> Respetuoso |
| 20 <input type="checkbox"/> Desapercibido | 50 <input type="checkbox"/> Disgustado | 80 <input type="checkbox"/> Inmodesto | 110 <input type="checkbox"/> Susceptible | 140 <input type="checkbox"/> Poderoso |
| 21 <input type="checkbox"/> Cándido | 51 <input type="checkbox"/> Apático | 81 <input type="checkbox"/> Fuerte | 111 <input type="checkbox"/> Hostil | 141 <input type="checkbox"/> Virtuoso |
| 22 <input type="checkbox"/> Audaz | 52 <input type="checkbox"/> Ignorado | 82 <input type="checkbox"/> Ordenado | 112 <input type="checkbox"/> Obediente | 142 <input type="checkbox"/> Provocador |
| 23 <input type="checkbox"/> Confiado | 53 <input type="checkbox"/> Nervioso | 83 <input type="checkbox"/> Inconstante | 113 <input type="checkbox"/> Conformista | 143 <input type="checkbox"/> Encantador |
| 24 <input type="checkbox"/> Grosero | 54 <input type="checkbox"/> Feliz | 84 <input type="checkbox"/> Vengativo | 114 <input type="checkbox"/> Tenso | 144 <input type="checkbox"/> Desinteresado |
| 25 <input type="checkbox"/> Eficiente | 55 <input type="checkbox"/> Egocéntrico | 85 <input type="checkbox"/> Atrevido | 115 <input type="checkbox"/> Perfeccionista | 145 <input type="checkbox"/> Seductor |
| 26 <input type="checkbox"/> Variable | 56 <input type="checkbox"/> Dominante | 86 <input type="checkbox"/> Preocupado | 116 <input type="checkbox"/> Valiente | 146 <input type="checkbox"/> Insípido |
| 27 <input type="checkbox"/> Caótico | 57 <input type="checkbox"/> Limpio | 87 <input type="checkbox"/> Dócil | 117 <input type="checkbox"/> Satisfecho | |
| 28 <input type="checkbox"/> Extravagante | 58 <input type="checkbox"/> Irritable | 88 <input type="checkbox"/> Infantil | 118 <input type="checkbox"/> Vital | |
| 29 <input type="checkbox"/> Inexpresivo | 59 <input type="checkbox"/> Desagradable | 89 <input type="checkbox"/> Optimista | 119 <input type="checkbox"/> Sumiso | |
| 30 <input type="checkbox"/> Discreto | 60 <input type="checkbox"/> Pensativo | 90 <input type="checkbox"/> Violento | 120 <input type="checkbox"/> Temeroso | |



Autores: J. M. Tous, N. Pont y R. Muiños.
 Copyright © 2005 by TEA Ediciones, S.A.
 Prohibida la reproducción total o parcial. Todos los derechos reservados.
 Printed in Spain. Impreso en España.

32594



70	Pasivo. Que soporta algo sin oponer resistencia.	75	Incómodo. Embarazoso, desagradable, molesto, fastidioso.
71	Agitado. Accidentado, turbado, desasosegado.	76	Solitario. Retirado, retraído, cartujo. Alude a la persona que gusta de la soledad y que se aparta del trato con otra gente.
72	Consentido. Mimado, malacostumbrado, malcriado.	77	Suspicaz. Receloso, desconfiado, malpensado.
73	Activo. Rápido, vivo, emprendedor, resuelto, decidido, audaz, enérgico, dinámico.	78	Voluble. Inestable, versátil, variable, mudable, inconstante.
74	Arrogante. Altanero, altivo, orgulloso, soberbio, engreído.	79	Hablador. Charlatán, parlanchin, locuaz.
75	Agresivo. Impetuoso, belicoso.	80	Inmodesto. No modesto ni humilde.
76	Cuidadoso. Arreglado, moderado, ordenado, metódico.	81	Fuerte. Firme, enérgico, impetuoso.
77	Confuso. Confundido.	82	Ordenado. Arreglado, moderado, metódico, cuidadoso.
78	Distante. Apartado, alejado, lejano.	83	Inconstante. Inestable, mudable, variable, vario, incierto, cambiante.
79	Triste. Afligido, melancólico, apenado, abatido, apagado, desanimado.	84	Vengativo. Rencoroso, resentido.
80	Auxiliador. Que auxilia, que ayuda.	85	Atrevido. Audaz, osado, arriesgado, arriesgado, temerario, intrépido, valiente.
81	Complaciente. Condescendiente, servicial, acomodaticio.	86	Preocupado. Inquieto, intranquilo, desasosegado, turbado.
82	Creído. Engreído, presumido, vanidoso, presuntuoso.	87	Dócil. Obediente, sumiso, doblegable, manipulable, manejable.
83	Autoritario. Despótico, dominante, dictatorial, tiránico.	88	Infantil. Inocente, cándido, ingenuo.
84	Disciplinado. Que observa un conjunto de reglas para mantener el orden y la subordinación entre los miembros de un cuerpo.	89	Optimista. Confiado, esperanzado.
85	Exasperante. Que irrita, que da motivo de enojo grande a uno.	90	Violento. Impetuoso, fuerte, fogoso, iracundo.
86	Ansioso. Codicioso, anheloso, deseoso, impaciente, voraz, insaciable.	91	Molesto. Incómodo, fastidioso, pesado, desagradable.
87	Deprimido. Que sufre depresión fisiológica o moral.	92	Solo. Solitario, aislado, como alma en pena.
88	Frio. Indiferente, despegado, inexpresivo.	93	Vacilante. Incierto, indeterminado, inseguro, inconstante, indeciso, dudoso.
89	Desapercibido. Inadvertido. Que pasa sin llamar la atención.	94	Murmurador. Maldiciente, detractor, mala lengua, crítico, censor, chismoso.
90	Cándido. Sencillo, sin malicia.	95	Organizado. Se dice de la persona que dispone, ordena, coordina, decide, planea, planifica.
91	Audaz. Arriesgado, atrevido, osado, arriesgado, imprudente, temerario, valiente.	96	Mandón. Mandamás.
92	Confiado. Créduo, cándido, creído. Pagado de sí mismo, seguro de sí mismo.	97	Orgulloso. Ufano, engreído, envanecido, presuntuoso, arrogante, soberbio.
93	Grosero. Ordinario, tosco, basto, burdo, inculco, chabacano, maleducado.	98	Impaciente. Malsufrido, ansioso, deseoso, anheloso, intranquilo.
94	Eficiente. Eficaz, competente.	99	Inocente. Iluso, ingenuo, cándido.
95	Variable. Inestable, inconstante, mudable, voluble, cambiante.	100	Tímido, introvertido, apocado, temeroso.
96	Caótico. Confuso, desordenado, desarreglado, incomprensible.	101	Educado. Instruido, enseñado, formado.
97	Extravagante. Raro, chocante, estrafalario, estrambótico, excéntrico, pintoresco.	102	Apagado. Sosegado, apocado, débil, descolorido, gris, triste, lánguido.
98	Inexpresivo. Indiferente, frío, soso.	103	Vago. Gandul, holgazán, ocioso, desocupado.
99	Discreto. Reservado, recatado, cauto, comedido.	104	Rechazado. Rehusado, desestimado, hacerle a uno el feo, darle a uno calabazas (col.) desairado.
100	Cariñoso. Afectuoso, mimoso, tierno.	105	Grupal. Se dice de la persona que pertenece a un grupo.
101	Animado. Divertido, animoso, agitado.	106	Sociable. Afable, tratable, comunicativo, abierto, extravertido.
102	Egoísta. Que tiene immoderado y excesivo amor de sí mismo; carácter del que subordina el interés ajeno al suyo propio y juzga todas las cosas desde este punto de vista.	107	Vanidoso. Hinchado, engreído, presuntuoso, presumido, creído.
103	Brutal. Salvaje, feroz, bárbaro, atroz, fiero, cruel.	108	Intimidante. Se dice de la persona que asusta, espanta, atemoriza.
104	Formal. Serio, juicioso, sensato, responsable, consciente, veraz.	109	Trabajador. Laborioso, hacendoso, aplicado.
105	Exaltado. Entusiasta, apasionado, fanático.	110	Susceptible. Quisquilloso, puntilloso, sentido, delicado.
106	Sensible. Se dice de la persona que se emociona con facilidad o que tiene mucha capacidad para sentir.	111	Hostil. Adverso, contrario, opuesto, enfrentado, rival, enemigo.
107	Impersonal. Que no tiene o no manifiesta personalidad.	112	Obediente. Dócil, sumiso, manejable, bienmandado, manipulable.
108	Discutidor. Aficionado a discusiones.	113	Conformista. Acomodado, complaciente, dócil, flexible, adaptable.
109	Compreensivo. Tolerante, indulgente.	114	Tenso. Que se halla en tensión. Rígido, tirante.
110	Dramatizador. Escénico, dramático. Puede usarse en sentido figurado para referirse a una persona o a una acción exagerada o fingida.	115	Perfeccionista. Que tiende al perfeccionismo.
111	Fanfarrón. Perdonavidas, valentón, fachenda.	116	Valiente. Valeroso, intrépido, osado, resuelto, atrevido, decidido.
112	Competitivo. Que puede competir.	117	Satisfecho. Complacido, contento, feliz, dichoso, encantado.
113	Honrado. Integro, recto, leal, hombre de bien.	118	Vital. Se dice de la persona que posee un gran impulso o energía para actuar, desarrollarse o vivir.
114	Gruñón. Que gruñe con frecuencia.	119	Sumiso. Obediente, subordinado, dócil.
115	Abatido. Triste, alicaído, decaído, desanimado, desalentado.	120	Temeroso. Miedoso, cobarde, pusilánime, irresoluto.
116	Indiferente. Impasible, despegado, frío, inexpresivo, insensible.	121	Ético. Se dice de la persona conforme a los principios de la ética. Moralista.
117	Excluido. Sacado, a una persona o cosa, fuera del lugar que ocupaba; no admitida su entrada, su participación. Excluir a uno de una asamblea, lista, etc.	122	Temperamental. Se dice de la persona que presenta una alternancia de estados de ánimo e intensidades de reacción.
118	Estricto. Preciso, exacto, riguroso, ceñido, textual.	123	Preciso. Exacto, concreto, estricto, conciso, textual, cierto.
119	Disgustado. Descontento, molesto, enfadado, dolido, quejoso.	124	Abnegado. Altruista. Se dice de la persona que renuncia a su propia voluntad en beneficio de una idea de los demás.
120	Apático. Lento, imperturbable, calmoso.	125	Militante. Se dice de la persona que milita y lucha por un ideal.
121	Ignorado. Anónimo, desconocido.	126	Gregario. Que está en compañía de otros sin distinción.
122	Nervioso. Excitable, impresionable, inquieto, intranquilo, irritable.	127	Dependiente. Unido. El adjetivo dependiente pone el acento en la relación de subordinación que se establece entre una cosa o persona con respecto a otra.
123	Feliz. Dichoso, afortunado, contento, satisfecho.	128	Tradicional. Conservador, continuista.
124	Egocéntrico. Persona que tiene una extrema exaltación de la propia personalidad hasta considerarla como centro de la atención y actividad generales.	129	Aventurero. Vividor, golfo.
125	Dominante. Imperante, imperativo, avasallador, mandón, absorbente.	130	Antipático. Desagradable, aborrecible, enojoso, odioso, insufrible.
126	Limpio. Aseado, pulcro, depurado.	131	Desprendido. Generoso, espléndido, desinteresado.
127	Irritable. Irascible, colérico, nervioso.	132	Teatral. Escénico, dramático, histriónico. Se usa en sentido figurado para referirse a una persona o a una acción exagerada o fingida.
128	Desagradable. Molesto, irritante, fastidioso, enfadoso, pesado.	133	Presumido. Coqueto, vanidoso, vano, petulante.
129	Pensativo. Meditabundo, absorto, abstraído, reflexivo, ensimismado.	134	Tozudo. Terco, obstinado, testarudo, entestado, cabezota.
130	Insociable. Esquivo, arisco, hurano, intratable.	135	Serio. Grave, formal, mesurado, circunspecto, sensato, reflexivo. Alude a las personas que cumplen puntualmente, o de manera rigurosa, sus obligaciones.
131	Inquieto. Preocupado, intranquilo, desasosegado.	136	Pesimista. Derrotista, amargado.
132	Inseguro. Incierto, dudoso, indeciso, titubeante, vacilante.	137	Obstinado. Pertinaz, terco, tozudo, testarudo, tenaz, persistente.
133	Reservado. Discreto, cauteloso, comedido, silencioso.	138	Quisquilloso. Crítico, chinché. Se aplican a personas que se fijan mucho en pequeñas cosas.
134	Miedoso. Temeroso, cobarde, medida.	139	Respetuoso. Considerado, atento, mirado, correcto.
135	Receloso. Desconfiado, suspicaz, temeroso.	140	Poderoso. Potente, fuerte, enérgico, eficaz, activo.
136	Impulsivo. Se dice de la persona que, llevado de la impresión del momento, habla o procede sin reflexión ni cautela.	141	Virtuoso. Incorruptible, integro, bondadoso, benévolo.
137	Importante. Valioso, notable, fundamental, crucial, sustancial.	142	Provocador. Agitador, perturbador, activista, incitador, alborotador.
138	Combativo. Inclinado a la lucha, a la contienda o a la polémica; batallador, luchador.	143	Encantador. Cautivador, seductor, apacible.
139	Laborioso. Trabajador, aplicado, diligente.	144	Desinteresado. Generoso, espléndido, altruista, honesto.
140	Malhumorado. Irritable, irascible, destempleado, resentido.	145	Seductor. Atractivo, encantador, fascinador, cautivador, interesante.
141	Frustrante. Se aplica a la persona que priva a uno de lo que esperaba. Frustró las esperanzas de Juan.	146	Insipido. Insustancial, insulso, soso.
142	Rígido. Riguroso, severo, austero.		
143	Aprensivo. Se aplica a la persona que tiene temor, escrúpulo, miramiento excesivo.		



IA-TP

MUJER

MARQUE CON UN ASPA (X) LOS ADJETIVOS QUE CREA QUE LE DEFINEN MEJOR (GLOSARIO AL DORSO DE ESTA PÁGINA).

- | | | | | |
|---|---|---|---|--|
| 1 <input type="checkbox"/> Pasiva | 31 <input type="checkbox"/> Cariñosa | 61 <input type="checkbox"/> Insociable | 91 <input type="checkbox"/> Molesta | 121 <input type="checkbox"/> Ética |
| 2 <input type="checkbox"/> Agitada | 32 <input type="checkbox"/> Animada | 62 <input type="checkbox"/> Inquieta | 92 <input type="checkbox"/> Sola | 122 <input type="checkbox"/> Temperamental |
| 3 <input type="checkbox"/> Consentida | 33 <input type="checkbox"/> Egoísta | 63 <input type="checkbox"/> Insegura | 93 <input type="checkbox"/> Vacilante | 123 <input type="checkbox"/> Precisa |
| 4 <input type="checkbox"/> Activa | 34 <input type="checkbox"/> Brutal | 64 <input type="checkbox"/> Reservada | 94 <input type="checkbox"/> Murmuradora | 124 <input type="checkbox"/> Abnegada |
| 5 <input type="checkbox"/> Arrogante | 35 <input type="checkbox"/> Formal | 65 <input type="checkbox"/> Miedosa | 95 <input type="checkbox"/> Organizada | 125 <input type="checkbox"/> Militante |
| 6 <input type="checkbox"/> Agresiva | 36 <input type="checkbox"/> Exaltada | 66 <input type="checkbox"/> Recelosa | 96 <input type="checkbox"/> Mandona | 126 <input type="checkbox"/> Gregaria |
| 7 <input type="checkbox"/> Cuidadosa | 37 <input type="checkbox"/> Sensible | 67 <input type="checkbox"/> Impulsiva | 97 <input type="checkbox"/> Orgullosa | 127 <input type="checkbox"/> Dependiente |
| 8 <input type="checkbox"/> Confusa | 38 <input type="checkbox"/> Impersonal | 68 <input type="checkbox"/> Importante | 98 <input type="checkbox"/> Impaciente | 128 <input type="checkbox"/> Tradicional |
| 9 <input type="checkbox"/> Distante | 39 <input type="checkbox"/> Discutidora | 69 <input type="checkbox"/> Combativa | 99 <input type="checkbox"/> Inocente | 129 <input type="checkbox"/> Aventurera |
| 10 <input type="checkbox"/> Triste | 40 <input type="checkbox"/> Comprensiva | 70 <input type="checkbox"/> Laboriosa | 100 <input type="checkbox"/> Tímida | 130 <input type="checkbox"/> Antipática |
| 11 <input type="checkbox"/> Auxiliadora | 41 <input type="checkbox"/> Dramatizadora | 71 <input type="checkbox"/> Malhumorada | 101 <input type="checkbox"/> Educada | 131 <input type="checkbox"/> Desprendida |
| 12 <input type="checkbox"/> Complaciente | 42 <input type="checkbox"/> Fanfarrona | 72 <input type="checkbox"/> Frustrante | 102 <input type="checkbox"/> Apagada | 132 <input type="checkbox"/> Teatral |
| 13 <input type="checkbox"/> Creída | 43 <input type="checkbox"/> Competitiva | 73 <input type="checkbox"/> Rígida | 103 <input type="checkbox"/> Vaga | 133 <input type="checkbox"/> Presumida |
| 14 <input type="checkbox"/> Autoritaria | 44 <input type="checkbox"/> Honrada | 74 <input type="checkbox"/> Aprensiva | 104 <input type="checkbox"/> Rechazada | 134 <input type="checkbox"/> Tozuda |
| 15 <input type="checkbox"/> Disciplinada | 45 <input type="checkbox"/> Gruñona | 75 <input type="checkbox"/> Incómoda | 105 <input type="checkbox"/> Grupal | 135 <input type="checkbox"/> Seria |
| 16 <input type="checkbox"/> Exasperante | 46 <input type="checkbox"/> Abatida | 76 <input type="checkbox"/> Solitaria | 106 <input type="checkbox"/> Sociable | 136 <input type="checkbox"/> Pesimista |
| 17 <input type="checkbox"/> Ansiosa | 47 <input type="checkbox"/> Indiferente | 77 <input type="checkbox"/> Suspica | 107 <input type="checkbox"/> Vanidosa | 137 <input type="checkbox"/> Obstinada |
| 18 <input type="checkbox"/> Deprimida | 48 <input type="checkbox"/> Excluida | 78 <input type="checkbox"/> Voluble | 108 <input type="checkbox"/> Intimidante | 138 <input type="checkbox"/> Quisquillosa |
| 19 <input type="checkbox"/> Fría | 49 <input type="checkbox"/> Estricta | 79 <input type="checkbox"/> Habladora | 109 <input type="checkbox"/> Trabajadora | 139 <input type="checkbox"/> Respetuosa |
| 20 <input type="checkbox"/> Desapercibida | 50 <input type="checkbox"/> Disgustada | 80 <input type="checkbox"/> Inmodesta | 110 <input type="checkbox"/> Susceptible | 140 <input type="checkbox"/> Poderosa |
| 21 <input type="checkbox"/> Cándida | 51 <input type="checkbox"/> Apática | 81 <input type="checkbox"/> Fuerte | 111 <input type="checkbox"/> Hostil | 141 <input type="checkbox"/> Virtuosa |
| 22 <input type="checkbox"/> Audaz | 52 <input type="checkbox"/> Ignorada | 82 <input type="checkbox"/> Ordenada | 112 <input type="checkbox"/> Obediente | 142 <input type="checkbox"/> Provocadora |
| 23 <input type="checkbox"/> Confiada | 53 <input type="checkbox"/> Nerviosa | 83 <input type="checkbox"/> Inconstante | 113 <input type="checkbox"/> Conformista | 143 <input type="checkbox"/> Encantadora |
| 24 <input type="checkbox"/> Grosera | 54 <input type="checkbox"/> Feliz | 84 <input type="checkbox"/> Vengativa | 114 <input type="checkbox"/> Tensa | 144 <input type="checkbox"/> Desinteresada |
| 25 <input type="checkbox"/> Eficiente | 55 <input type="checkbox"/> Egocéntrica | 85 <input type="checkbox"/> Atrevida | 115 <input type="checkbox"/> Perfeccionista | 145 <input type="checkbox"/> Seductora |
| 26 <input type="checkbox"/> Variable | 56 <input type="checkbox"/> Dominante | 86 <input type="checkbox"/> Preocupada | 116 <input type="checkbox"/> Valiente | 146 <input type="checkbox"/> Insípida |
| 27 <input type="checkbox"/> Caótica | 57 <input type="checkbox"/> Limpia | 87 <input type="checkbox"/> Dócil | 117 <input type="checkbox"/> Satisfecha | |
| 28 <input type="checkbox"/> Extravagante | 58 <input type="checkbox"/> Irritable | 88 <input type="checkbox"/> Infantil | 118 <input type="checkbox"/> Vital | |
| 29 <input type="checkbox"/> Inexpresiva | 59 <input type="checkbox"/> Desagradable | 89 <input type="checkbox"/> Optimista | 119 <input type="checkbox"/> Sumisa | |
| 30 <input type="checkbox"/> Discreta | 60 <input type="checkbox"/> Pensativa | 90 <input type="checkbox"/> Violenta | 120 <input type="checkbox"/> Temerosa | |



Autores: J. M. Tous, N. Pont y R. Muños.
 Copyright © 2005 by TEA Ediciones, S.A.
 Prohibida la reproducción total o parcial. Todos los derechos reservados.
 Printed in Spain. Impreso en España.

32594



ANEXO 4

Escala de Autoeficacia Generalizada (EAG)

EAG

Instrucciones: Enseguida se incluyen algunas afirmaciones que tienen que ver con maneras en las que las personas enfrentan diversas situaciones de la vida. Lea atentamente cada afirmación y, a continuación, marque la opción de respuesta que refleje mejor cómo cree usted que se comportaría si tal situación se le presentara, colocando un aspa (X) en el espacio que crea más pertinente.

Trabaje con rapidez y elija la respuesta que vino a su mente en primer lugar. No se olvide de poner su marca en cada afirmación, pero ponga cuidado de no poner más de dos marcas (X) en respuesta a una afirmación.

AFIRMACIONES	Incorrecto	Apenas cierto	Más cierto	Cierto
1 Puedo encontrar la manera de obtener lo que quiero aunque alguien se me oponga.				
2 Puedo resolver problemas difíciles si me esfuerzo lo suficiente.				
3 Me es fácil persistir en lo que me he propuesto hasta llegar a alcanzar mis metas.				
4 Tengo confianza en que podría manejar eficazmente acontecimientos inesperados.				
5 Gracias a mis cualidades y recursos puedo superar situaciones imprevistas.				
6 Cuando me encuentro en dificultades puedo permanecer tranquilo/a porque cuento con las habilidades necesarias para enfrentarlas.				
7 Venga lo que venga, por lo general soy capaz de manejarlo.				
8 Puedo resolver la mayoría de los problemas si me esfuerzo lo necesario.				
9 Si me encuentro en una situación difícil, generalmente se me ocurre qué debo hacer.				
10 Al tener que hacer frente a un problema, generalmente se me ocurren varias alternativas de cómo resolverlo.				

ANEXO 5

Cuestionario de Personalidad Resistente (CPR)

CPR

A continuación encontrará una serie de cuestiones con las que podrá estar de acuerdo o no. Por favor, indique lo que piensa en relación con cada una de ellas, marcando con una cruz el número que mejor describa su opinión según la siguiente escala de respuesta:

- 1= totalmente en desacuerdo
 2= en desacuerdo
 3= de acuerdo
 4= totalmente de acuerdo

1. Me gusta que haya una gran variedad en mi trabajo	1	2	3	4
2. Tengo una gran curiosidad por lo novedoso tanto a nivel personal como profesional	1	2	3	4
3. Mi trabajo cotidiano me satisface y hace que me dedique totalmente a él	1	2	3	4
4. Considero que el trabajo que realizo es de valor para la sociedad y no me importa dedicarle todos mis esfuerzos	1	2	3	4
5. Frecuentemente siento que puedo cambiar lo que podría ocurrir mañana a través de lo que estoy haciendo hoy	1	2	3	4
6. Aunque me esfuerce no se consigue nada	1	2	3	4
7. Mis propias ilusiones son las que hacen que siga adelante con la realización de mi actividad	1	2	3	4
8. Realmente me preocupo y me identifico con mi trabajo	1	2	3	4
9. Aún cuando suponga mayor esfuerzo, opto por los trabajos que suponen para mí una experiencia nueva	1	2	3	4
10. En mi trabajo profesional me atraen aquellas tareas y situaciones implican un desafío personal	1	2	3	4
11. No importa lo que me empeñe, a pesar de mis esfuerzos no suelo conseguir nada	1	2	3	4
12. La mejor manera que tengo de alcanzar mis propias metas es implicándome a fondo	1	2	3	4
13. A menudo trabajo duro, pues es la mejor manera para alcanzar mis propias metas	1	2	3	4
14. La mayoría de las veces mis jefes o superiores toman en consideración lo que yo tenga que decir	1	2	3	4
15. No me esfuerzo en mi trabajo, ya que, de cualquier forma, el resultado es el mismo	1	2	3	4
16. Siento que si alguien trata de herirme, poco puedo hacer para intentar pararle	1	2	3	4
17. En la medida que puedo trato de tener nuevas experiencias en mi trabajo cotidiano	1	2	3	4
18. En mi trabajo me atraen preferentemente las innovaciones y novedades en los procedimientos	1	2	3	4
19. La mayoría de las veces no merece la pena que me esfuerce ya que haga lo que haga las cosas nunca me salen	1	2	3	4
20. Aunque hagas un buen trabajo jamás alcanzarás las metas	1	2	3	4
21. Dentro de lo posible busco situaciones nuevas y diferentes en mi ambiente de trabajo	1	2	3	4

ANEXO 6

Inventario de Burnout de Maslach (MBI)

MBI

Las 22 frases, que se exponen a continuación, se relacionan con los sentimientos que Ud. Encuentra en su trabajo. Lea cada frase y responda anotando la frecuencia con que Ud. Haya tenido ese sentimiento de acuerdo con la escala siguiente:

- | | |
|----------------------------|----------------------------|
| 0: nunca | 4: una vez a la semana |
| 1: Pocas veces al año | 5: pocas veces a la semana |
| 2: una vez al mes o menos | 6: todos los días |
| 3: unas pocas veces al mes | |

	FRECUENCIA
1. Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo.....	()
2. Me siento cansado al final de la jornada de trabajo	()
3. Me siento fatigado cuando me levanto por la mañana y tengo que enfrentarme con otro día de trabajo.....	()
4. Fácilmente comprendo como se sienten las personas.....	()
5. Creo que trato a algunas personas como si fuesen objetos impersonales.....	()
6. Trabajar todo el día con personas es un esfuerzo.....	()
7. Trato muy eficazmente los problemas de las personas.....	()
8. Me siento “quemado” por mi trabajo.....	()
9. Creo que estoy influyendo positivamente con mi trabajo en la vida de los demás.....	()
10. Me he vuelto más insensible con la gente desde que ejerzo esta profesión.....	()
11. Me preocupa el hecho de que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente.....	()
12. Me siento muy activo.....	()
13. Me siento frustrado en mi trabajo.....	()
14. Creo que estoy trabajando demasiado.....	()
15. No me preocupa realmente lo que les ocurre a algunas personas a las que doy servicio.....	()
16. Trabajar directamente con personas me produce estrés.....	()
17. Fácilmente puedo crear una atmósfera relajada con las personas a las que doy servicio.....	()
18. Me siento estimulado después de trabajar en contacto con personas.....	()
19. He conseguido muchas cosas útiles en mi profesión.....	()
20. Me siento acabado.....	()
21. En mi trabajo trato los problemas emocionales con mucha calma.....	()
22. Creo que las personas que trato me culpan de algunos de sus problemas.....	()

ANEXO 7

Cuestionario de Satisfacción Laboral Font Roja

FONT ROJA

Instrucciones: Este cuestionario contiene una serie de preguntas sobre su trabajo y sobre cómo se encuentra Vd. En el mismo. Debe marcar con una X la respuesta que considere se ajusta más a su opinión sobre lo que se le pregunta, de acuerdo a la siguiente escala de respuesta:

- | | |
|--|-----------|
| 1. Mi actual trabajo en el hospital es el mismo todos los días,
No varía nunca..... | 1 2 3 4 5 |
| 2. Creo que tengo poca responsabilidad en mi trabajo en el hospital..... | 1 2 3 4 5 |
| 3. Al final de la jornada de un día de trabajo corriente y normal me suelo
encontrar muy cansado..... | 1 2 3 4 5 |
| 4. Con bastante frecuencia me he sorprendido fuera del hospital pensando
en cuestiones relacionadas con mi trabajo..... | 1 2 3 4 5 |
| 5. Muy pocas veces me he visto obligado a emplear "a tope" toda mi
energía y capacidad para realizar mi trabajo..... | 1 2 3 4 5 |
| 6. Muy pocas veces mi trabajo en el hospital perturba mi estado de ánimo,
o a mi salud, o a mis horas de sueño..... | 1 2 3 4 5 |
| 7. En mi trabajo me encuentro satisfecho..... | 1 2 3 4 5 |
| 8. Para organizar el trabajo que realizo, según mi puesto concreto o
categoría profesional, tengo poca independencia..... | 1 2 3 4 5 |
| 9. Tengo pocas oportunidades para aprender a hacer cosas nuevas..... | 1 2 3 4 5 |
| 10. Tengo muy poco interés por las cosas que realizo en mi trabajo..... | 1 2 3 4 5 |
| 11. Tengo la sensación de que lo que estoy haciendo no vale la pena..... | 1 2 3 4 5 |
| 12. Generalmente el reconocimiento que obtengo por mi trabajo es
muy reconfortante..... | 1 2 3 4 5 |
| 13. La relación con mi jefe/a, jefes/as es muy cordial..... | 1 2 3 4 5 |
| 14. Las relaciones con mis compañeros/as son muy cordiales..... | 1 2 3 4 5 |
| 15. El sueldo que percibo es muy adecuado..... | 1 2 3 4 5 |
| 16. Estoy convencido que el puesto de trabajo que ocupo es el que me
corresponde por capacidad y preparación..... | 1 2 3 4 5 |
| 17. Tengo muchas posibilidades de promoción profesional..... | 1 2 3 4 5 |
| 18. Con frecuencia tengo la sensación de que me falta tiempo para realizar
mi trabajo..... | 1 2 3 4 5 |
| 19. Estoy seguro de conocer lo que se espera de mí en el trabajo, por
parte de mis jefes/as..... | 1 2 3 4 5 |
| 20. Creo que mi trabajo es excesivo, no doy abasto con las cosas que hay
que hacer..... | 1 2 3 4 5 |
| 21. Los problemas personales de mis compañeros/as de trabajo,
habitualmente me suelen afectar..... | 1 2 3 4 5 |
| 22. Con frecuencia tengo la sensación de no estar capacitado para realizar
mi trabajo..... | 1 2 3 4 5 |
| 23. Con frecuencia siento no tener recursos suficientes para hacer mi trabajo
tan bien como sería deseable..... | 1 2 3 4 5 |
| 24. Con frecuencia la competitividad, o el estar a la altura de los demás,
en mi puesto de trabajo me causa estrés o tensión..... | 1 2 3 4 5 |

ANEXO 8

Cuestionario General de Salud (GHQ-28)

Nos gustaría saber si tiene algún problema médico y cómo ha estado de salud, en general, durante las últimas semanas. Por favor, conteste a TODAS las preguntas subrayando la respuesta, que según su criterio, mejor se adapte a su situación. Recuerde que sólo debe responder sobre los problemas recientes, no sobre los que tuvo en el pasado.

*Es importante que intente contestar TODAS las preguntas.
Muchas gracias por su colaboración.*

ÚLTIMAMENTE:

A. 1. ¿Se ha sentido perfectamente bien de salud y en plena forma?

- | | |
|---|--|
| <input type="radio"/> Mejor que lo habitual | <input type="radio"/> Peor que lo habitual |
| <input type="radio"/> Igual que lo habitual | <input type="radio"/> Mucho peor que lo habitual |

2. ¿Ha tenido la sensación de que necesitaba un reconstituyente?

- | | |
|--|--|
| <input type="radio"/> No, en absoluto | <input type="radio"/> Bastante más que lo habitual |
| <input type="radio"/> No más que lo habitual | <input type="radio"/> Mucho más que lo habitual |

3. ¿Se ha sentido agotado y sin fuerzas para nada?

- | | |
|--|--|
| <input type="radio"/> No, en absoluto | <input type="radio"/> Bastante más que lo habitual |
| <input type="radio"/> No más que lo habitual | <input type="radio"/> Mucho más que lo habitual |

4. ¿Ha tenido la sensación de que estaba enfermo?

- | | |
|--|--|
| <input type="radio"/> No, en absoluto | <input type="radio"/> Bastante más que lo habitual |
| <input type="radio"/> No más que lo habitual | <input type="radio"/> Mucho más que lo habitual |

5. ¿Ha padecido dolores de cabeza?

- | | |
|--|--|
| <input type="radio"/> No, en absoluto | <input type="radio"/> Bastante más que lo habitual |
| <input type="radio"/> No más que lo habitual | <input type="radio"/> Mucho más que lo habitual |

6. ¿Ha tenido sensación de opresión en la cabeza, o de que la cabeza le va a estallar?

- | | |
|--|--|
| <input type="radio"/> No, en absoluto | <input type="radio"/> Bastante más que lo habitual |
| <input type="radio"/> No más que lo habitual | <input type="radio"/> Mucho más que lo habitual |

7. ¿Ha tenido oleadas de calor o escalofríos?

- | | |
|--|--|
| <input type="radio"/> No, en absoluto | <input type="radio"/> Bastante más que lo habitual |
| <input type="radio"/> No más que lo habitual | <input type="radio"/> Mucho más que lo habitual |

B. 1. ¿Sus preocupaciones le han hecho perder mucho sueño?

- | | |
|--|--|
| <input type="radio"/> No, en absoluto | <input type="radio"/> Bastante más que lo habitual |
| <input type="radio"/> No más que lo habitual | <input type="radio"/> Mucho más que lo habitual |

2. ¿Ha tenido dificultades para seguir durmiendo de un tirón toda la noche?

- | | |
|--|--|
| <input type="radio"/> No, en absoluto | <input type="radio"/> Bastante más que lo habitual |
| <input type="radio"/> No más que lo habitual | <input type="radio"/> Mucho más que lo habitual |

3. ¿Se ha notado constantemente agobiado y en tensión?

- | | |
|--|--|
| <input type="radio"/> No, en absoluto | <input type="radio"/> Bastante más que lo habitual |
| <input type="radio"/> No más que lo habitual | <input type="radio"/> Mucho más que lo habitual |

4. ¿Se ha sentido con los nervios a flor de piel y malhumorado?

- | | |
|--|--|
| <input type="radio"/> No, en absoluto | <input type="radio"/> Bastante más que lo habitual |
| <input type="radio"/> No más que lo habitual | <input type="radio"/> Mucho más que lo habitual |

5. ¿Se ha asustado o ha tenido pánico sin motivo?

- | | |
|--|--|
| <input type="radio"/> No, en absoluto | <input type="radio"/> Bastante más que lo habitual |
| <input type="radio"/> No más que lo habitual | <input type="radio"/> Mucho más que lo habitual |

6. ¿Ha tenido la sensación de que todo se le viene encima?

- | | |
|--|--|
| <input type="radio"/> No, en absoluto | <input type="radio"/> Bastante más que lo habitual |
| <input type="radio"/> No más que lo habitual | <input type="radio"/> Mucho más que lo habitual |

7. ¿Se ha notado nervioso y “a punto de explotar” constantemente?

- | | |
|--|--|
| <input type="radio"/> No, en absoluto | <input type="radio"/> Bastante más que lo habitual |
| <input type="radio"/> No más que lo habitual | <input type="radio"/> Mucho más que lo habitual |

C.1. ¿Se las ha arreglado para mantenerse ocupado y activo?

- | | |
|--|--|
| <input type="radio"/> Más activo que lo habitual | <input type="radio"/> Bastante menos que lo habitual |
| <input type="radio"/> Igual que lo habitual | <input type="radio"/> Mucho menos que lo habitual |

2. ¿Le cuesta más tiempo hacer las cosas?

- | | |
|--|--|
| <input type="radio"/> Menos tiempo que lo habitual | <input type="radio"/> Más tiempo que lo habitual |
| <input type="radio"/> Igual que lo habitual | <input type="radio"/> Mucho más tiempo que lo habitual |

3. ¿Ha tenido la impresión, en conjunto, de que está haciendo las cosas bien?

- | | |
|---|--|
| <input type="radio"/> Mejor que lo habitual | <input type="radio"/> Peor que lo habitual |
| <input type="radio"/> Igual que lo habitual | <input type="radio"/> Mucho peor que lo habitual |

4. ¿Se ha sentido satisfecho con su manera de hacer las cosas?

- | | |
|--|--|
| <input type="radio"/> Mas satisfecho que lo habitual | <input type="radio"/> Menos satisfecho que lo habitual |
| <input type="radio"/> Igual que lo habitual | <input type="radio"/> Mucho menos satisfecho que lo habitual |

5. ¿Ha sentido que está desempeñando un papel útil en la vida?

- | | |
|---|--|
| <input type="radio"/> Más útil que lo habitual | <input type="radio"/> Menos útil que lo habitual |
| <input type="radio"/> Igual de útil que lo habitual | <input type="radio"/> Mucho menos útil que lo habitual |

6. ¿Se ha sentido capaz de tomar decisiones?

- | | |
|---|---|
| <input type="radio"/> Más que lo habitual | <input type="radio"/> Menos que lo habitual |
| <input type="radio"/> Igual que lo habitual | <input type="radio"/> Mucho menos que lo habitual |

7. ¿Ha sido capaz de disfrutar de sus actividades normales de cada día?

- | | |
|---|---|
| <input type="radio"/> Más que lo habitual | <input type="radio"/> Menos que lo habitual |
| <input type="radio"/> Igual que lo habitual | <input type="radio"/> Mucho menos que lo habitual |

D.1. ¿Ha pensado que usted es una persona que no vale para nada?

- | | |
|--|--|
| <input type="radio"/> No, en absoluto | <input type="radio"/> Bastante más que lo habitual |
| <input type="radio"/> No más que lo habitual | <input type="radio"/> Mucho más que lo habitual |

2. ¿Ha estado viviendo la vida totalmente sin esperanza?

- | | |
|--|--|
| <input type="radio"/> No, en absoluto | <input type="radio"/> Bastante más que lo habitual |
| <input type="radio"/> No más que lo habitual | <input type="radio"/> Mucho más que lo habitual |

3. ¿Ha tenido el sentimiento de que la vida no merece la pena vivirse?

- | | |
|--|--|
| <input type="radio"/> No, en absoluto | <input type="radio"/> Bastante más que lo habitual |
| <input type="radio"/> No más que lo habitual | <input type="radio"/> Mucho más que lo habitual |

4. ¿Ha pensado en la posibilidad de “quitarse de en medio”?

- | | |
|--|---|
| <input type="radio"/> Claramente, no | <input type="radio"/> Se me ha cruzado por la mente |
| <input type="radio"/> Me parece que no | <input type="radio"/> Claramente, lo he pensado |

5. ¿Ha notado que a veces no puede hacer nada porque tiene los nervios desquiciados?

- | | |
|--|--|
| <input type="radio"/> No, en absoluto | <input type="radio"/> Bastante más que lo habitual |
| <input type="radio"/> No más que lo habitual | <input type="radio"/> Mucho más que lo habitual |

6. ¿Ha notado que desea estar muerto y lejos de todo?

- | | |
|--|--|
| <input type="radio"/> No, en absoluto | <input type="radio"/> Bastante más que lo habitual |
| <input type="radio"/> No más que lo habitual | <input type="radio"/> Mucho más que lo habitual |

7. ¿Ha notado que la idea de quitarse la vida le viene repentinamente a la cabeza?

- | | |
|--|---|
| <input type="radio"/> Claramente, no | <input type="radio"/> Se me ha cruzado por la mente |
| <input type="radio"/> Me parece que no | <input type="radio"/> Claramente, lo he pensado |

